

THESIS / THÈSE

DOCTEUR EN SCIENCES POLITIQUES ET SOCIALES

Évolution d'un malaise professionnel infirmier: entre récurrences et mutations

Enquêtes auprès d'infirmiers-ères hospitaliers-ères en Belgique et en Fédération Wallonie-Bruxelles

Decleire, Céline

Award date:
2019

Awarding institution:
Université de Namur

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



Faculté des Sciences économiques, sociales et de gestion
Département des sciences politiques, sociales et de la communication

Évolution d'un malaise professionnel infirmier : entre récurrences et mutations

**Enquêtes auprès d'infirmiers-ères hospitaliers-ères en Belgique et en
Fédération Wallonie-Bruxelles**

Dissertation doctorale présentée par

Céline Decleire

en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences politiques et sociales

Composition du Jury

Promoteurs

Professeure Nathalie Burnay (secrétaire), Université de Namur, Université catholique de Louvain

Professeur Abraham Franssen, Université Saint-Louis Bruxelles, Université catholique de Louvain

Autres membres du Jury

Professeure Marie Alderson, Université de Montréal

Professeure Catherine Gourbin, Université catholique de Louvain

Professeure Claire Lobet-Maris, Université de Namur

Président du Jury

Professeur Thierry Braspenning Balzacq, Université de Namur

2018-2019

Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours.

(Louis Pasteur)

*S'étonner de ce qui ne surprend personne,
c'est peut-être la vocation du savant ;
telle est, en tout cas, celle du sociologue.*

(François Tollu)

Je tiens d'abord à remercier chaleureusement toutes les infirmières et tous les infirmiers qui ont bien voulu m'accorder leur temps précieux et leur confiance au cours des entretiens compréhensifs, lors de séminaires, ateliers et conférences. Sans ces échanges, cette recherche n'aurait absolument pas pu voir le jour.

Je voudrais ensuite remercier vivement Nathalie Burnay, ma promotrice de thèse, de m'avoir accueillie dans le monde de la recherche et de m'avoir initiée aux arcanes intellectuels et institutionnels de la recherche. Parmi ses nombreuses qualités, je retiendrai son indéfectible foi en moi, ses multiples encouragements, sa patience, ses éclairages didactiques, sa disponibilité infaillible, et surtout son incroyable art de la maïeutique, procédé socratique qui consiste à faire accoucher les esprits. Nos conversations toujours redoutablement efficaces et à la fois agréables et enthousiastes ont consolidé notre amitié professionnelle au fil des ans.

Mon promoteur de thèse a aussi joué un rôle important dans la réussite de ce processus doctoral. Abraham Franssen m'a offert plusieurs pistes d'ouverture intellectuelle, notamment à travers ses recherches sur les travailleurs-euses du non-marchand. Son aide à la réflexivité de l'objet, à l'identification du chercheur à son sujet et à l'effet miroir du chercheur face à son objet de recherche m'a été très précieuse. Je le remercie aussi pour son impulsion à clôturer cette recherche, ce qui m'a encouragée à chasser certaines incertitudes.

Je remercie également les membres de mon comité d'accompagnement, Claire Lobet-Maris et Catherine Gourbin, d'avoir accepté de m'accompagner dans ce processus de thèse. Claire Lobet-Maris m'a montré l'intérêt de la recherche collective et multidisciplinaire. Son immuable appui à travers toute épreuve, son infinie confiance en mon travail, sa ferveur intellectuelle, ainsi que ses analyses fines et compréhensives m'ont été d'un grand soutien et je l'en remercie sincèrement. Catherine Gourbin m'a suivie et soutenue au fil des ans, depuis mes études en démographie. Je la remercie franchement pour ses retours toujours rigoureux, minutieux, constructifs et pédagogiques. Je veux aussi manifester ma reconnaissance envers feu Micheline Gobert pour son engagement emballé dans mon projet de thèse et ses nombreuses pistes de réflexion intellectuelle, méthodologique et internationale.

Un grand merci à Marie Alderson pour l'honneur qu'elle me fait d'être dans mon jury de thèse et pour le temps qu'elle y aura consacré. La lecture de ses travaux en sciences infirmières m'ont amplement permis d'alimenter et de faire avancer mes réflexions sociologiques sur le malaise/plaisir infirmier. Merci aussi à Thierry Braspenning Balzacq d'avoir volontiers accepté de présider ce jury de thèse.

Je tiens spécialement à remercier les institutions universitaires qui m'ont permis structurellement et humainement de réaliser cette thèse : l'Université Saint-Louis à Bruxelles et son Centre d'Études Sociologiques, d'abord, et l'Université de Namur et son département des sciences politiques, sociales et de la communication et l'ancienne Cellule Interdisciplinaire de Technology Assessment, ensuite, pour leur accueil généreux et cordial. Merci aussi au Centre de Recherche Public luxembourgeois Henri Tudor, et notamment à Anne Rousseau, qui m'a permis de dessiner et préciser mon projet doctoral.

À différents moments charnières de mon cheminement doctoral, Thierry Lavendhomme, par son écoute passionnée et stimulante, et Benedikte Zitouni, par son attention et son intérêt, m'ont aidée à dissiper des doutes et des craintes paralysantes, et je les en remercie infiniment. Ce qui n'a été pour eux sans doute que de simples discussions m'a grandement aidée à avancer et reprendre confiance en mon travail. Merci aussi à André Hardy qui m'a généreusement soutenue et encouragée dans ma dernière année d'écriture. Aux participant-e-s de l'atelier méthodologique de Grabuges, merci pour vos conseils et vos multiples pistes de réflexion. J'exprime également ma gratitude envers Michel Nadot, pour son accueil fribourgeois et sa constante réflexivité intellectuelle puisée dans l'histoire : grâce à lui, j'ai pu, entre autres, découvrir un pan assez révolutionnaire des sciences infirmières et je l'en remercie vraiment.

Avoir été au bout de ce parcours doctoral n'a pas non plus été sans l'aide indispensable de mes collègues, actuel-le-s ou ancien-nes-s, qui pour la plupart sont devenu-e-s de véritables ami-e-s. Je les remercie toutes et tous du fond du cœur pour leurs encouragements, pour les longues discussions, pour le partage des questionnements et surtout pour leur bienveillance et leur compréhension. La liste est longue mais je voudrais remercier particulièrement Nathalie Grandjean pour son empathie, nos échanges féministes et sa grande curiosité intellectuelle ; Alexis Van Espen pour nos discussions méthodologiques à bâtons rompus ; Harmony Glinne-Demaret pour nos riches partages d'expériences de recherche et d'enseignement ; et Anne Piret, pour nos conversations exaltées sur le monde infirmier.

Pour leur soutien et leur intérêt pour cette longue démarche doctorale parfois difficile à comprendre, je voudrais également remercier ma famille et mes ami-e-s proches, qui m'ont aidée à prendre du recul, relativiser et persévérer. Et enfin, mes derniers remerciements, et non des moindres, vont directement à mon compagnon, François Mareschal, pour sa présence fidèle, constante et ancrée, sans laquelle je n'aurais pas pu trouver l'énergie suffisante pour mener à bien (et surtout à terme) ce projet de thèse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
PARTIE I – DE LA PROBLÉMATIQUE À LA MÉTHODOLOGIE	7
CHAPITRE 1 – UN MALAISE INFIRMIER AUX CONTOURS FLOUS.....	8
CHAPITRE 2 – UN CADRE THÉORIQUE POUR L’ANALYSE DU MALAISE INFIRMIER	59
CHAPITRE 3 – UNE MÉTHODOLOGIE MIXTE	89
PARTIE II – IDENTIFICATION DU MALAISE.....	115
CHAPITRE 4 – OPÉRATIONNALISATION DU CADRE THÉORIQUE.....	117
CHAPITRE 5 – ANALYSES STATISTIQUES	142
PARTIE III – EXPRESSIONS DU MALAISE	181
CHAPITRE 6 – SÉCURITÉ DE L’EMPLOI	186
CHAPITRE 7 – <i>HOMO ŒCONOMICUS</i>	196
CHAPITRE 8 – <i>HOMO SOCIOLOGICUS</i>	213
CHAPITRE 9 – <i>HOMO FABER</i>	287
CONCLUSION	331
ANNEXES.....	348
BIBLIOGRAPHIE.....	378
INDEX DES FIGURES	387
INDEX DES TABLEAUX	388
TABLE DES MATIÈRES.....	390

INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, divers changements ont été observés dans le métier infirmier en Europe, et plus particulièrement en Belgique. Ces changements semblent mener à un certain malaise ou mal-être professionnel. Même si les infirmiers-ères paraissent globalement satisfait-e-s par leur travail, plusieurs insatisfactions peuvent les entraîner vers un départ définitif de leur emploi.

Des manifestations de la fin des années 1980 à l'allongement du bachelier en soins infirmiers de trois à quatre ans depuis la rentrée 2016, la profession infirmière a toujours fait couler beaucoup d'encre, en Belgique notamment. Régulièrement, dans les journaux, des offres d'emploi pour des postes d'infirmiers-ères sont diffusées. Des enquêtes locales ou nationales, de petite ou grande envergure, sont relayées dans la presse concernant les infirmiers-ères. On peut y lire notamment que leur « charge de travail est excessive », que « 99% du personnel infirmier est soumis à du stress suite à des contraintes de temps, un esprit de compétition et une administration trop vaste », mais aussi que « si c'était à refaire, 70% des infirmier(ère)s choisiraient à nouveau le même métier » parce que « leur principale motivation est l'estime dont ils/elles bénéficient sur leur lieu de travail, mais aussi (...) le fait de pouvoir venir en aide aux autres (33%) »¹. Les patient-e-s sont devenus plus exigeant-e-s, plus impatient-e-s, plus consommateurs-trices de soins, ce qui requiert de passer plus de temps avec eux pour leur expliquer les situations, mais les contraintes budgétaires et de temps l'empêchent. « 99% des sondés se disent stressés » car « le nouvel échange qui doit se faire avec le patient pour répondre à toutes ses questions demande du temps. Or justement, les problèmes de pénurie de personnel et les questions de rendement font que le personnel a moins de temps à consacrer à chaque patient. Lors d'une hospitalisation il faut tout faire de plus en plus vite car la durée de celle-ci diminue »².

Jérôme le Maire, scénariste belge, a réalisé en 2017 le documentaire « Burning-out, dans le ventre de l'hôpital ». Pendant trois ans, de 2013 à 2016, il se rend presque chaque semaine dans le service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital Saint-Louis à Paris. Il s'intéresse à la souffrance des infirmiers-ères et des chirurgien-ne-s au travail, dans un bloc opératoire où règne une certaine violence, non seulement biologique (scalpel, hémoglobine, seringues), mais aussi relationnelle (tension, disputes, insultes). Interrogé par Pascal Chabot, dont le livre « Global burn-out » a inspiré le film, le Maire se souvient davantage du malaise, de l'inconfort et des tensions du service auxquels les protagonistes finalement s'adaptent, jusqu'à l'épuisement ou le burn-out. Usé-e-s par les conditions de travail, les soignant-e-s passionné-e-s par leur travail, en arrivent au dégoût ; c'est un film sur l'amour du travail mais aussi sur la perte de cet amour. Ce n'est plus la qualité de vie au travail qui compte, mais la performance, l'accélération et l'optimisation, donc les soignant-e-s se lassent et sont déçu-e-s. Le turnover dans les postes administratifs et de direction amène forcément le règne du court-terme et le manque de communication et d'écoute, ce qui entraîne bouleversements et manque de reconnaissance.

Dans son documentaire, on assiste à des discussions et des disputes entre soignant-e-s, avec la direction et notamment autour d'une demande d'audit. Une anesthésiste déclare : « je suis fière de mon métier mais mon travail n'a plus de sens ». Une infirmière s'exprime : « on n'a pas le temps de s'organiser avec les cadres, de se parler. On est chacun dans son coin, avec une

¹ Ces citations sont extraites d'un article du journal Metro, du 09/10/17, intitulé « Les infirmier(ère)s sont satisfait(e)s de leur emploi ».

² Berger, Solange, « Neuf infirmiers sur dix trouvent les patients de plus en plus exigeants ». Journal La Libre, 12/05/17.

souffrance plus ou moins importante, donc quelques fois ça pète ou ça ne pète pas ». Pour un chirurgien : « quand on a envie, c'est déjà difficile. Quand t'as plus envie, c'est très difficile. Je ne travaille plus par passion. Je fais ce que je peux ». Un cadre infirmier dit : « le sens de notre travail, il est éclaté ». On y voit de la colère, de l'énervement, des pleurs, de la fatigue. La direction et les médecins sont en conflit d'intérêt quand il s'agit de l'audit, et les soignant-e-s passent constamment de l'espoir d'un mieux au scepticisme. Le tableau est sombre. Le réalisateur voulait tout de même finir son histoire sur une note positive et a filmé l'idée d'une boîte de suggestions et de questions à la coordination. Finalement, les remarques portent sur l'amélioration des conditions de travail, du matériel à utiliser, de l'hygiène et de la prise en charge du patient.

Louise Gallez (2017) est infirmière et a décidé un jour de publier certaines (més)aventures de son quotidien professionnel, afin de sensibiliser les lecteurs aux soins de santé et plus particulièrement au métier infirmier. Elle cache tous les noms (y compris le sien) des patient-e-s et des soignant-e-s, mais aussi des hôpitaux. Ses histoires peuvent se dérouler en Belgique, en France, au Luxembourg, au Québec ou en Suisse. « Chaque année, chez nous, des centaines d'étudiants infirmiers obtiennent leur diplôme. Des diplômés, il y en a beaucoup. Mais rares sont ceux qui, une fois au travail, tiennent le coup. Dans les 5 ans de leur entrée en fonction, beaucoup abandonnent la profession, tant les conditions de travail sont désastreuses. (...) Nous sommes mal payées, nos tâches s'accumulent et nous sommes de moins en moins nombreuses pour accomplir le travail qui nous est demandé. Dès qu'il nous est possible d'obliquer vers une voie de garage, nous nous y précipitons » (Gallez, 2017, p. 35;48). Les possibilités de changer de service ou d'institution sont nombreuses : l'auteure elle-même reçoit entre dix et trente propositions d'emploi par jour, et elle est maintenant infirmière à mi-temps et professeure en soins infirmiers.

Dans son ouvrage, Gallez (2017) relate des réalités que peu de personnes soupçonnent, comme certaines intrigues financières au sein des hôpitaux, un manque de reconnaissance fondamental des heures supplémentaires effectuées pour le patient ou encore des rythmes de travail accélérés voire dangereux à la fois pour le patient, mais aussi pour les soignant-e-s. Les dossiers infirmiers à remplir sont également extrêmement chronophages et contrôlant, et les patient-e-s sont de plus en plus impatient-e-s, voire arrogant-e-s. Elle démontre aussi, avec force détails, l'inadéquation, le manque d'empathie et d'expérience, et donc les fautes professionnelles, de ses plus jeunes collègues (et de certains moins jeunes), la désorganisation de certains services où il manque la moitié du matériel, les agrandissements des hôpitaux qui occasionnent davantage de déplacements et donc de perte de temps précieux, mais aussi leur manque crucial de lits (qui engendre parfois des attentes de plusieurs jours aux urgences avant de « monter » en chambre). Elle y décrit la flexibilité de leurs horaires « décalés », de nuit ou encore « coupés » (c'est-à-dire travailler quelques heures, revenir chez soi quelques heures, et retourner travailler quelques heures, pour « combler les trous »), qui sont très rarement agrémentés de pauses effectives. Elle mentionne forcément le turnover : « dans ce service des urgences, en seize mois, une vingtaine de personnes ont présenté leur démission et six ont demandé leur mutation. Un collègue seulement est revenu, au bout de six mois. Une personne centrale de l'équipe a été mise à la porte ; une autre n'a pas eu son CDD renouvelé. Cela doit correspondre à près de 60% de départs. Il ne restait plus, dans le service, que trois infirmiers qui possédaient la formation d'infirmier urgentiste » (Gallez, 2017, p. 161).

Gallez met quand même en évidence quelques anecdotes positives qui montrent qu'elle aime certains côtés de son métier : « la raison pour laquelle (...) probablement dans tous les services palliatifs du monde, nos patients peuvent être heureux, malgré la mort qui frappe à la porte, c'est que nous, les soignants, sommes là respectueux, sensibles, attachés à des mourants que

nous avons appris à aimer » (2017, p. 128). Mais, il faut chercher le positif dans son ouvrage, qui se veut déroutant, interpellant, parfois au bord de l'écœurant : « nous avons la mort, chaque jour, devant nous. Parfois nous sauvons une vie, parfois, nous n'y parvenons pas. Nous hésitons aussi, parfois, à sauver des vies qui ne seraient plus que végétales. (...) Cet esprit du "tout est foutu", c'est l'attitude générale des soignants aujourd'hui » (Gallez, 2017, pp. 162-163). Et même si elle veut terminer son message par un appel belliqueux à ses collègues « guerrières » à mener une « armée en blouse blanche » vers de meilleurs droits, un salaire décent et de la reconnaissance, ses mots laissent un goût amer presque physique et des questions. Comment font-ils-elles pour supporter tout cela ? N'y a-t-il réellement que désillusion et désertion ou y a-t-il une once d'espoir chez les infirmiers-ères en place ? Gallez dresse-t-elle un tableau noir existant ou caricatural ? Comment faire pleinement confiance aux soins prodigués après une telle lecture ? Et surtout, quel est l'avenir de la prise en charge de notre propre vulnérabilité (Tronto, 2012) dans de pareilles conditions ? Les informations autour du malaise infirmier semblent aller dans tous les sens, mais restent toujours ombragées.

Que ce soit dans la presse ou via des témoignages, un élément semble récurrent : être infirmier-ère paraît difficile, tant au niveau des horaires de travail que dans certains soins corporels, tant dans la relation avec les médecins que dans celle avec les patient-e-s et leurs familles, de plus en plus exigeant-e-s et saturé-e-s d'informations véhiculées sur le Net. Leurs plaintes salariales aussi ne sont un secret pour personne. En bref, l'idéal de « l'ange blanc »³ fait un peu moins rêver. Les stéréotypes envers l'infirmier-ère sont divers, soit critiques, soit élogieux, mais personne ne peut nier son utilité, qui ne va que s'accroître, au vu des espérances de vie en croissance constante. Les formidables progrès médicaux nécessitent forcément plus de personnel pour soigner cette société vieillissante, d'autant plus que la génération des « Baby-Boomers » gonfle les statistiques de la population du troisième âge. Il manque déjà du personnel soignant et ce manque ne va que s'accroître. En Belgique, il existe, depuis plusieurs années déjà, des politiques incitatives à la formation en soins infirmiers. Toutefois, penser à favoriser l'entrée dans la profession doit aussi s'accompagner d'une réflexion profonde sur le maintien à l'emploi. En effet, entrer dans la profession infirmière est une chose ; y rester en est une autre.

Les démonstrations médiatiques du malaise infirmier sont courantes et récurrentes. L'expression du malaise professionnel infirmier est partout, mais les fantasmes perdurent, et il demeure quand même difficile de se mettre de l'autre côté de la barrière. Comme les anciens élèves ont du mal à être empathiques avec les professeurs, le malade ancien, actuel ou potentiel, c'est-à-dire tout le monde, a du mal à se mettre dans la peau des soignant-e-s. Le malaise infirmier est à la fois actuel et très ancré dans la civilisation occidentale, mais comment peut-il être décrit, défini ou même mesuré ? Il existe manifestement toute une série de causes à ce malaise, mais comment les organiser et les comprendre ? Même si pour tout un chacun le malaise infirmier peut être réduit à un facteur, comme le salaire, l'accélération du rythme du travail ou encore le côtoiement de la souffrance (voire la mort) d'autrui, le malaise infirmier n'est pas si simple, et n'est certainement pas unisémiotique. Le questionnement fondamental de cette thèse porte donc sur l'identification et la compréhension du malaise infirmier en Belgique. Un canevas de réponse sera proposé afin d'organiser des facteurs du malaise selon différents niveaux et dimensions.

Cette étude sur le métier infirmier s'inscrit entre autres dans la sociologie des professions, « distincte de la sociologie du travail, de la sociologie des organisations ou de la sociologie économique des marchés du travail » (Dubar, Tripiet, & Boussard, 2011, p. 337). En effet, ces auteurs affirment la spécificité du champ disciplinaire suivant quatre arguments qui semblent

³ L'image de « l'ange blanc » vient de la reine Élisabeth qui soignait les blessés de la première Guerre mondiale, remplie d'amour et de tendresse, habillée en blanc.

primordiaux pour justifier l'intérêt de cette recherche. Premièrement, le fait professionnel est un fait social total, car « il constitue à la fois la catégorisation sociale "objective" la plus pertinente sans doute des sociétés modernes (...) et l'identification "subjective" des individus à partir de leur activité professionnelle. (...) Ce n'est plus seulement le travail qu'il faut analyser (...), ce n'est plus seulement les organisations, (...) ce sont les catégorisations et identités professionnelles en tant que "structures de base" des sociétés individualistes et des personnalités socialisées de leurs membres » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 338). En deuxième lieu, étudier les professions permet d'analyser le processus social d'intégration et de différenciation et de rendre compte des formes de coalition et d'exclusion des travailleurs. Le troisième argument est que la sociologie des professions a pour but la compréhension des sociétés modernes, et l'interprétation « de la dynamique historique des sociétés, du processus menant de la domination de la sphère symbolique-religieuse à la sphère économique-axiologique » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 339). Enfin, la sociologie des professions prend en compte la pluralité des temporalités, en incluant « nécessairement la question des cycles de vie professionnelle, des carrières et trajectoires individuelles en même temps que des dynamiques organisationnelles au sein desquelles se structurent et se déstructurent les groupes professionnels. (...) Dès qu'elle peut articuler cette temporalité historique avec la temporalité organisationnelle des entreprises, administrations, associations qui encadrent les groupes professionnels, elle est en mesure de comprendre et interpréter les trajectoires, itinéraires, carrières des individus concernés » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 339). Il s'agira donc aussi d'étudier l'histoire du métier infirmier, ainsi que penser l'influence de l'institution hospitalière sur la pratique.

Dans la première partie de cette thèse, la problématique générale sera exposée en trois chapitres. Le premier chapitre s'attelle principalement à définir le malaise infirmier en trois parties. D'abord, il s'agira de broser le paysage du travail infirmier, via son histoire et son actualité, les valeurs professionnelles véhiculées et la recherche scientifique naissante en soins infirmiers. Ensuite, ce sera au tour du malaise en tant que concept émergeant en sciences sociales d'être défini et contextualisé dans une société en mutation (Saint-Martin, 2009; Ehrenberg, 2012; Monneuse, 2014). Enfin, seront présentées quelques particularités du statut professionnel des infirmiers-ères accentuant par essence un malaise. Le second chapitre expose le cadre théorique qui va permettre d'analyser les données récoltées selon une structure définie. Cette théorie est celle de Serge Paugam concernant les différentes intégrations professionnelles (2000), basée sur deux axes : le rapport à la stabilité de l'emploi et le rapport à la satisfaction dans le travail. Si l'on croise ces deux rapports, nous obtenons quatre formes d'intégration professionnelle, dans lesquelles les travailleurs-euses se répartissent selon la stabilité ou l'instabilité de leur emploi et selon la satisfaction ou l'insatisfaction de leur travail. Grâce à ce cadre théorique, agrémenté d'autres auteurs pour mieux cerner les concepts utilisés, des facteurs de malaise seront définis afin de les tester sur le terrain. Les choix méthodologiques de cette thèse seront explicités dans un troisième chapitre en deux temps : premièrement, par une analyse quantitative de données secondaires de l'enquête européenne NEXT⁴ ; deuxièmement, par une série d'entretiens compréhensifs associés à une lecture historique des facteurs de malaise. Ce chapitre méthodologique permet aussi de comprendre la structure et l'organisation des deux autres parties de ce travail directement corrélées aux deux méthodes utilisées.

La deuxième partie tâche de mesurer le malaise et d'identifier quantitativement une série de facteurs d'insatisfaction des infirmiers-ères en Belgique. La notion de départ anticipé (ou volonté de) est utilisée comme révélateur du malaise. Les indicateurs de malaise sont donc insérés dans

⁴ Nurses Early Exit Study.

les analyses, en mesurant notamment leur impact sur la volonté de départ des infirmiers-ères. Le chapitre quatre traite donc de l'opérationnalisation des concepts utilisés dans le cadre théorique afin de les transformer en indicateurs statistiques mesurables, grâce à des analyses en composantes principales. Les analyses statistiques *per se* sont développées dans un cinquième chapitre, suivant un protocole quantitatif classique : d'abord, les analyses univariées ; ensuite, les analyses bivariées ; et enfin, les analyses multivariées, où des régressions linéaires sont préconisées.

Suite aux résultats statistiques, des entretiens compréhensifs sont analysés dans une troisième et dernière partie. Il s'agit dans cette partie d'aller au-delà de l'identification et de la mesure du malaise et de ses facteurs, et de questionner les expressions du malaise. Cette partie n'est pas présentée selon un protocole méthodologique comme pour l'analyse statistique, mais elle est divisée en quatre chapitres, représentant chacun un des concepts-clés de la théorie des intégrations professionnelles de Paugam (2000). Le chapitre six regroupe les dires des infirmiers-ères interrogé-e-s à propos de la sécurité de leur emploi, qui est notamment occasionnée par un manque de personnel adéquat, ce qui entraîne un travail en sous-effectifs permanent. Les insatisfactions matérielles et financières (ou l'*homo œconomicus*) des infirmiers-ères sont expliquées dans le chapitre sept. Les insatisfactions professionnelles concernant les relations sociales intermédiaires et intersectionnelles des infirmiers-ères se retrouvent dans le chapitre 8 intitulé *homo sociologicus*. Le neuvième et dernier chapitre examine les conditions de travail (*homo faber*) à l'hôpital, amenant plus ou moins de sens au métier. Chacun des chapitres de cette dernière partie est présenté en deux points : les expressions du facteur de malaise étudié et les stratégies ou compensations des infirmiers-ères pour contrer ou s'adapter à ce facteur. De plus, pour les chapitres huit et neuf, une particularité sera mise en avant : l'aspect nouveau de ce facteur. En effet, grâce à l'étude de l'histoire du métier infirmier et des réactions des protagonistes interrogé-e-s directement, il s'est avéré que les facteurs de malaise sont de deux natures : soit ancienne et récurrente, soit nouvelle et en mutation. Les expressions du malaise infirmier dans les deux derniers chapitres – portant sur l'*homo sociologicus* et sur l'*homo faber* – sont donc dissociées en fonction de la partie récurrente ou constitutive du malaise et en fonction de la partie nouvelle du malaise. Il va de soi que les stratégies ou compensations de ces deux derniers chapitres sont aussi différenciées en fonction du caractère constitutif ou nouveau du facteur du malaise.

PARTIE I – DE LA PROBLÉMATIQUE À LA MÉTHODOLOGIE

CHAPITRE 1 – UN MALAISE INFIRMIER AUX CONTOURS FLOUS

Si le dessein de cette thèse est d'améliorer la compréhension d'un malaise infirmier, il s'agit aussi, dans un premier temps, de questionner les évidences. Tout le monde semble en effet connaître la fonction infirmière et ce que recouvre un malaise professionnel, et pourtant les définitions ne semblent pas si unisémiques pour autant. Si ces termes ont l'air si communs, il n'en demeure pas moins qu'il faille les définir et les préciser, justement pour enlever toute impression de flou autour de ces notions. Le propos de ce premier chapitre est donc d'objectiver quelque peu le malaise infirmier, selon trois questionnements fondamentaux. Tout d'abord, qu'est-ce qu'un-e infirmier-ère ? Quel est l'historique du métier et qu'en est-il maintenant ? Ensuite, quel est donc ce terme de « malaise » qui semble issu du langage courant ? Peut-il être considéré comme un nouveau concept en sciences sociales ? Et enfin, qu'y a-t-il de si particulier dans le métier infirmier qui mette les travailleurs-euses en malaise ? Pour circonscrire le champ de travail, des définitions et concepts issus des sciences sociales, de la sociologie, mais aussi du champ des sciences infirmières, seront utilisés.

1. Le travail de l'infirmier-ère

Comment a émergé la fonction infirmière au cours de l'histoire ? Comment devient-on infirmier-ère ? Quelles sont les valeurs portées par les infirmiers-ères et quelles sont leurs motivations premières pour rentrer dans le métier ? En bref, qu'est-ce qu'un-e infirmier-ère aujourd'hui ? Nous allons traiter du travail infirmier en quatre temps : son historique, son état actuel, ses valeurs professionnelles et sa recherche scientifique.

A. Au fil de l'histoire : du Moyen-Âge au XX^{ème} siècle

Le métier infirmier a évolué au fil des ans et s'est construit selon son environnement économique, religieux et social. Dès le Moyen-Âge, les congrégations catholiques (essentiellement féminines) se sont approprié les soins, les imprégnant ainsi de qualités religieuses comme la vocation, le dévouement, l'altruisme, l'abnégation, l'humilité, la charité, la bienveillance, la qualité de cœur, le zèle religieux, l'obéissance, la pauvreté, la chasteté. D'après les travaux d'Arlette Joiris, « la femme consacrée va secourir les pauvres, racheter le corps malade du pécheur et ainsi se sauver elle-même » (2009). L'empreinte religieuse restera palpable jusqu'après la Seconde Guerre mondiale, mais sera cependant mise à mal à plusieurs reprises au cours du XIX^{ème} siècle.

Cette partie plus historique se divise en quatre périodes : avant le XIX^{ème} siècle, le XIX^{ème} siècle, le XX^{ème} siècle et l'époque contemporaine. Nous tâcherons d'exposer les faits de manière chronologique, sauf pour le XIX^{ème} siècle où l'approche par thèmes synchroniques sera adoptée.

1) Moyen-Âge, Ancien Régime et début du christianisme

Dès les premiers siècles après Jésus-Christ, les soins aux malades et indigent-e-s prennent de l'importance, notamment grâce à l'Ordre des Diaconesses s'occupant de rendre visite aux malades et faisant preuve de compassion envers les souffrant-e-s, les pauvres et les prisonniers-ères (Busiau & Héraud, 2009). Au IV^{ème} siècle, les premiers hôpitaux – ou Maison-Dieu ou hôtel-Dieu – sont construits près des églises ou cathédrales, souvent grâce à l'initiative de quelque noble femme riche convertie au christianisme. Les soins restent donc bénévoles, sans aucune valeur économique ou culturelle, pris en charge par les structures religieuses (Busiau & Héraud, 2009). Ces structures d'accueil proposent le gîte et le couvert aux passants, aux pèlerins et aux indigents errants (Joiris, 2009).

Grâce à l'évolution des villes et des initiatives tant publiques que privées, une nouvelle institution appelée « hospice » voit le jour au XII^{ème} siècle. On y tâche de voir les pauvres, les malades et les infirmes autrement, avec plus de *caritas*, autrement dit avec plus d'amour, d'affection, de tendresse, dans le but aussi « de s'approcher de Dieu et d'assurer son propre salut » (Joiris, 2009, p. 17) ; maxime que suivront encore les religieuses du XIX^{ème} siècle. Tout d'abord, ces hospices sont gérés par des laïcs (hommes et femmes) qui s'occupent des nécessiteux. D'ailleurs, le terme « infirmier » n'y est pas encore présent. Michel Nadot, infirmier suisse, historien, docteur et épistémologue des sciences infirmières, a longuement étudié l'origine du mot « infirmier ». Le mot « infirmier » n'apparaît pas avant le XVIII^{ème} siècle. « Du XII^{ème} au XVIII^{ème} siècle (600 ans tout de même !), prendre soin de la vie du domaine (*Domus*), prendre soin de la vie du groupe ou de la collectivité (*familia*) et prendre soin de l'humain (*hominem*) au plan institutionnel est exclusivement l'affaire de soignantes laïques dans les hôpitaux publics, parfois de soignants masculins, tous issus de la classe populaire et des servantes » (Nadot, 2012, p. 67). Ces soignant-e-s sont aussi appelé-e-s hospitaliers-ères et s'occupent principalement du gîte, du couvert et d'une assistance logistique et de soins aux voyageurs et indigents.

Les soins au début de l'humanité n'ont donc pas le qualificatif de « infirmiers ». C'est seulement quand l'Église impose ses valeurs et langages en reprenant les institutions de soins laïcs que le terme émerge. Au XIII^{ème} siècle, le mot « enfermier » apparaît, et, selon Nadot, il viendrait à la fois du latin *infirmus* (faible physiquement et moralement) et de l'ancien français *enferm* (infirm, malade, mauvais, malsain). L'étymon du mot « infirmier » serait « l'Enfer », évoquant les démons autour de la maladie et de la mort. « Il fait de celui (*enfermier*) ou de celle (*enfermière*) qui vit au quotidien proche de cette représentation démoniaque des *enfermetés*, le personnel domestique utile au fonctionnement de l'hôpital religieux médiéval et de l'Ancien Régime. (...) Accompagnée de vœux de pauvreté, l'action représente au plan économique une activité relativement bon marché » (Nadot, 2012, p. 233). Ces *enfermiers* et *enfermières* sont alors des personnes du monde religieux s'occupant de l'*enfermeté* (souffrance, malsain, mauvais) du corps. La maladie serait apportée du dehors et viendrait donc des démons de l'Enfer pour punir le patient offensant son Dieu. Les soins religieux préconisés étaient alors la prière, l'eau bénite et l'huile sainte, afin de chasser ces démons et de conjurer le sort, sans chercher les causes présumées des maux.

Petit à petit, l'Église, désirant la mainmise sur les établissements hospitaliers, introduit donc ses préceptes religieux par l'intermédiaire des religieuses, gommant le masculin et le laïc au fur et à mesure, jusqu'à devenir majoritairement féminin et religieux au XIV^{ème} siècle. La vie à l'hospice est alors cadencée par les offices religieux, et la maladie reste synonyme de péché et de formidable occasion pour les religieux-ses de ramener la brebis égarée au sein du troupeau. Le terme « infirmier » ne sera vraiment utilisé pour désigner la fonction soignante qu'à partir du XVIII^{ème} siècle. Les hommes n'en sont pas absents car ils s'occupent des blessés de guerre ou de chasse.

L'hospice est plutôt fréquenté par les « laissés-pour-compte de l'essor économique » (Joiris, 2009, p. 18) que par les bourgeois, ayant les moyens de se faire « soigner à domicile où le risque de contagion est moindre » (Joiris, 2009, p. 18). Le rôle de l'hospice change alors irrémédiablement vers un rôle de maintien de l'ordre social, où les marginaux peuvent être contrôlés. Outre les nantis, d'autres catégories de personnes sont exclues des hospices, telles que les « enfants pauvres, filles repenties, vieillards, aliénés, aveugles, vénériens, contagieux » (Joiris, 2009, p. 18), pour qui des institutions plus spécialisées seront créées. Peu à peu, le terme hospice sera alors utilisé lorsqu'il s'agira de soins chroniques ou propres à une certaine pathologie (médicale ou sociale), et l'hôpital se chargera des soins plus aigus. Toutefois, ces

établissements restent côtoyés par les tranches les moins riches de la population qui ne peuvent se payer des soins à domicile.

Une des caractéristiques principales de l'hospice à travers les siècles est qu'il se suffit à lui-même, grâce au travail de la terre fournissant du pain, des légumes, de la bière, de la viande (vaches et poules), grâce à un lavoir et une pharmacie (Joiris, 2009). L'hospice reste une parenthèse dans la vie. Ce n'est qu'après la révolution française que les premiers hôpitaux laïcs se développent, pourtant les religieuses continuent à y occuper la place de garde-malades.

2) XIX^{ème} siècle

Le XIX^{ème} siècle constitue un véritable tournant pour les soins infirmiers car on y voit les prémices d'un nouveau métier. Ce siècle sera présenté ici sous forme d'événements-clés simultanés : les premiers conflits anticléricaux, les premières idées d'émancipation de la femme, l'émergence de l'antisepsie et de l'asepsie comme révolutions médicales et enfin le développement progressif d'une identité infirmière.

Au début du XIX^{ème} siècle, les hôpitaux belges sont dirigés par le corps médical et les congrégations religieuses. La Sœur, demeurant une femme asexuée, est chef de salle, aidant le médecin dans ses tâches, surveillant le travail domestique des servant-e-s « infirmiers » et « infirmières » (distribution des repas et médicaments, ménage) et prodiguant des soins spirituels. Le soin n'est pas pris en compte pour lui-même, ni son apprentissage.

Les servant-e-s « infirmiers » et « infirmières », dits ignorant-e-s, sans moralité et sans éducation, sont donc au service des religieuses, en fonction des besoins multiples. « Ces travailleurs subalternes sont interchangeable, car sans qualification particulière. Ils passent donc d'une catégorie à l'autre en fonction des besoins du service et non de leur compétence propre. Ce petit personnel, souvent méprisé, partage tâches, dortoirs, nourritures et gages » (Joiris, 2009, p. 47). Ils effectuent un travail long (12-14h/jour) et pénible comme la toilette des malades et la réfection des lits, la distribution des repas, le transport des malades, leurs gages sont dérisoires, ils vivent dans la promiscuité et n'ont ni loisirs, ni vie privée. « Ces soignants effectuent tous les travaux lourds : nettoyage de la salle, coupe du bois, allumage et entretiens des feux, remplacement des paillasses, vidange des pots de chambre et des latrines. La sale besogne leur incombe sous la surveillance constante et la supervision minutieuse des nonettes, à qui ils doivent une obéissance absolue » (Joiris, 2009, p. 53). Les infirmiers-ères du XIX^{ème} siècle sont donc de véritables domestiques de l'hôpital, des servant-e-s, des garçons ou filles de peine (ou de service), du personnel subalterne ou inférieur, féminin et masculin. Les filles vont plutôt s'occuper du nettoyage, de la lessive, de la cuisine et de certains soins ; les garçons se chargeront des cadavres et du cimetière (Piette, 1995). Les tâches sont donc bien différentes entre infirmières et infirmiers. De plus, les femmes doivent se lever plus tôt et gagnent moins que les hommes.

Voici les tâches quotidiennes chronologiques d'une infirmière, à la fin du XIX^{ème} siècle : nettoyer les salles, apporter le petit déjeuner, laver les salles de bain, nettoyer la cour, suivre le service médical, servir le dîner, faire la vaisselle, emporter les pansements sales, mettre de l'ordre dans la salle, préparer du bois pour le feu à entretenir, servir le souper, distribuer les tisanes, arranger les lits, vider les vases, surveiller les couloirs la nuit (Piette, 1995). Elles dorment par terre dans les salles des malades ou dans un dortoir sous le toit (sans eau, sans éclairage, sans chauffage). Leurs conditions de travail sont donc insalubres et très précaires : comme elles n'ont pas de temps ni suffisamment d'argent (leurs gages sont dérisoires), leur vie privée est quasi inexistante. Bien souvent elles proviennent des campagnes, espérant s'émanciper en ville. On se plaint alors de leur ignorance et de leur mauvaise éducation, de leur alcoolisme et de leur

instabilité, de leur violence, de leur manque d'hygiène, de leur cupidité, de leur frivolité. On peut donc imaginer les conflits existant entre les religieuses et ces infirmières « immorales », les deuxièmes soumises aux premières.

A) DÉBUT DES CONFLITS ANTICLÉRICAUX

Le XIX^{ème} siècle va voir émerger les premiers conflits clérico-libéraux dénonçant la mainmise des catholiques sur les écoles et les hôpitaux. Depuis le Moyen-Âge, ce sont des religieuses qui s'occupent des malades. À titre d'exemple, à Bruxelles, ce sont principalement des Sœurs Augustines. Au début du XIX^{ème} siècle, elles sont entretenues par le Conseil des Hospices au sein de l'hôpital. Leurs tâches sont réparties entre le service aux malades, la pharmacie, la chapelle et les tâches ménagères (ou bien la surveillance de la cuisine ou du linge). Pour le service aux malades, la formation se borne à la transmission de la part des Sœurs aînées (Cocriamont, 1995).

Un des premiers conflits porte sur leur rôle en pharmacie (préparation des médicaments et gestion de l'officine). En 1821, un arrêté royal leur enlève ce pouvoir au profit d'un pharmacien patenté et en 1849, une loi amène la pharmacie au rang de discipline universitaire et octroie le monopole de la vente et de la préparation des médicaments aux pharmaciens diplômés. Pourtant, les Sœurs continuent à préparer des médicaments dans l'ombre (Cocriamont, 1995).

D'autres tensions existent entre les religieuses et différentes formes de pouvoir masculin : le pouvoir clérical (archevêques, aumôniers, confesseurs), le pouvoir médical et le pouvoir de l'autorité civile. Pour asseoir leur volonté d'indépendance, elles deviennent plus exigeantes quant à l'approvisionnement pour les malades ou quant à leurs rapports avec les domestiques. Ceux-ci, appelés infirmiers-ères, dépendent du directeur de l'hôpital au niveau contractuel, mais des Sœurs pour les tâches à prester. La mère supérieure revendique le pouvoir de les engager, de les payer et de les renvoyer, afin de mieux les soumettre à son autorité. Non seulement les Sœurs résistent aux décisions de l'autorité civile ou médicale, mais la mère supérieure ne réagit nullement face aux plaintes proférées vis-à-vis des Sœurs. Ces plaintes portent particulièrement sur les tâches ménagères (buanderie) qui ne sont pas faites convenablement. Le Conseil des Hospices leur retire donc ce service en 1850. Les jeux de pouvoir entre les religieuses et les hommes laïcs de position dominante sont constants. Au même moment, de nouvelles techniques médicales requièrent un personnel plus compétent et qualifié que de simples garde-malades. « Si le dévouement des sœurs est rarement contesté, on se plaint désormais de leur ignorance et de leur zèle intempestif à vouloir convertir les malades » (Cocriamont, 1995, p. 30).

B) IDÉES D'ÉMANCIPATION DE LA FEMME

Même si l'image catholique de la femme épouse-mère au foyer demeure prépondérante, des idées d'émancipation de la femme apparaissent, avec une volonté d'instruction et de droit au travail, sans pour autant se substituer au rôle masculin de responsable de ménage ou rentrer en concurrence avec ce dernier. Selon les travaux de Rose-Marie Laurent (1999), dans les métiers féminins émergeant, celui d'infirmière se développe. Vers la fin du siècle, lorsque les premières ébauches de formation sérieuse pour infirmières voient le jour, les féministes voient en cela une opportunité d'une nouvelle carrière pour les femmes, réunissant des qualités dites féminines, telles que le dévouement, la patience et l'abnégation. Même si l'infirmière reste soumise aux médecins, ce nouveau métier offre la possibilité d'une indépendance financière doublée de moralité (Arguello, 1995).

C) RÉVOLUTION MÉDICALE : ANTISEPSIE ET ASEPSIE

La grande révolution médicale de l'antisepsie⁵ (1877) puis de l'asepsie⁶ (1892) entraînent l'essor de la chirurgie à partir de 1880, requérant de nouvelles règles d'hygiène, « l'introduction d'instruments plus sophistiqués, faciles à stériliser et l'application de procédures de désinfection pour tous locaux et tous les acteurs hospitaliers » (Joiris, 2009). Cette nouvelle exigence médicale se trouvera en porte-à-faux avec les préceptes religieux de sauver davantage l'âme d'un-e patient-e que son enveloppe charnelle. D'autant plus que la culpabilité catholique prétend que la maladie ou la mort proviennent d'une punition divine. Pour les religieuses, il faut donc laisser ce corps souffrir, comme une entité différente qui « paie » nos péchés à notre place. Dans cet ordre d'idée, il n'est pas question de prendre soin de son propre corps, méprisable, réceptacle impur du châtement divin, juste là pour nous montrer la voie de l'expiation, de la guérison de l'âme et de la rédemption. Non seulement les habitudes non-hygiéniques des religieuses vont être décrites par ces nouvelles règles médicales, mais, en plus, les pouvoirs laïcs (libéraux et socialistes) vont saisir cet argument pour appuyer leur dénonciation de la mainmise de l'Église sur les institutions de soin (Joiris, 2009).

D) EMERGENCE DU MÉTIER ET PREMIÈRES ÉCOLES INFIRMIÈRES

Petit à petit, ce sont les servant-e-s « infirmiers » et « infirmières » qui vont remplacer les Sœurs soignantes et être formé-e-s par les médecins souhaitant « un personnel auxiliaire instruit et spécialement formé, obéissant et soumis, prêt à les seconder efficacement, sans prendre d'initiatives intempestives. Outre les tâches domestiques, il doit connaître les actes techniques qui vont lui être peu à peu délégués : prise de température, pansement, bandage, piqûre, prise de sang » (Joiris, 2009). Il est entendu que ce personnel ne doit pas empiéter sur la zone du pouvoir médical, donc leur formation ne doit pas être trop intellectuelle (Piette, 1995).

C'est donc à l'intersection de plusieurs phénomènes au XIX^{ème} siècle que ce nouveau métier « d'infirmière auxiliaire » prend racine : infirmière au féminin car il est pensé que la femme possède de manière innée les qualités requises pour le soin, ces mêmes qualités que la religieuse possède, à savoir le dévouement et l'abnégation de soi. On assiste donc à la naissance d'un nouveau métier typiquement féminin, qui sera vu comme « une possibilité de réalisation de soi, d'indépendance économique » (Laurent, 2013).

La volonté de former du personnel soignant n'est pourtant pas neuve et existe déjà au début du siècle, hors de la Belgique. Le pasteur allemand Théodore Fliedner nommé à la paroisse de Kaiserswerth est l'un des précurseurs de cette conscientisation : en 1835, il fonde une École normale, où il pose les principes fondateurs d'une formation pour les soignantes (Loodts, 2005). Il rétablit l'Ordre soignant des Diaconesses, qui obtient un vif succès et qui sera même visité par plusieurs futures fondatrices du métier et des premières écoles, comme Florence Nightingale ou Elisabeth Fry. « Les diaconesses desserviront l'ensemble des hôpitaux allemands pour constituer (...) l'essentiel des infirmières militaires » (Arguello, 1995, p. 63). Pourtant, Fliedner ne posera pas vraiment les jalons du nursing moderne, tant son instruction ne demeure pas assez scientifique.

⁵ L'antisepsie est une méthode thérapeutique (médicaments) qui consiste à lutter contre les microbes, dès que ceux-ci ont pénétré dans l'organisme par les voies naturelles.

⁶ L'asepsie est un ensemble de mesures préventives (désinfection, stérilisation, etc.) devant écarter tout microbe.

La première école de gardes-malades est créée par la comtesse Agénor de Gasparin, née Valérie Boissier, à Lausanne en Suisse, en 1859. Cette école, intitulée l'École Normale Évangélique des Gardes-malades Indépendantes, appelée « La Source », comporte deux principes : la liberté personnelle et la rémunération des infirmières (qui seraient alors non liées par des Vœux) (Arguello, 1995; Loodts, 2005). Valérie de Gasparin « insiste sur l'importance de l'enseignement scientifique et rejette le monopole religieux dans le domaine des soins, elle base cependant, comme le pasteur Fliedner, sa conception de la profession sur l'idée de devoir moral » (Arguello, 1995, p. 63). Sa formation comporte un aspect théorique et un aspect pratique dans des hôpitaux extérieurs.

En Angleterre, le métier infirmier naît grâce à l'initiative d'infirmières telles qu'Élisabeth Fry ou Florence Nightingale, contrairement à la Belgique où il émerge grâce à l'impulsion de médecins ayant besoin d'aide. Élisabeth Fry, pasteure de sa paroisse, réalise la nécessité d'une formation spéciale pour les jeunes filles désirant soigner les malades. Elle veut faire du *nursing* une vraie profession et crée vers 1840 « The Institute of Nursing Sisters » qui propose une formation non théorique de 3 mois (Arguello, 1995; Loodts, 2005). Florence Nightingale amène véritablement une réforme du nursing hospitalier car, pour elle, la conception du métier est plus horizontale, c'est-à-dire que le rôle de l'infirmier-ère est bien séparé de celui du médecin, possédant chacun des connaissances propres. Selon elle, « le chirurgien sauve la vie, l'infirmière aide le patient à vivre » (Laurent, 1999). Elle a réussi à convaincre l'opinion publique et les autorités de la nécessité de disposer de *nurses* diplômées pour les soins aux malades. Elle est la première aussi à avoir employé les statistiques en santé publique (Loodts, 2005). Florence Nightingale fonde une des premières écoles infirmières en 1860. « La grande innovation est d'intégrer l'école au sein d'un hôpital, d'instaurer une formation en internat, combinée à une discipline quasi militaire » (Arguello, 1995, p. 66). « Le modèle "Nightingale", ce sont l'école dans l'hôpital, l'internat, une discipline militaire, une stricte hiérarchie féminine et une maîtrise parfaite de l'objet premier des études, "l'art infirmier" » (Joiris, 2009, p. 87). Pour Nightingale, il existe « deux types de soins : ceux qui réparent en réponse à la maladie, ceux liés à la personne et à son environnement qui sont des adjuvants nécessaires au traitement » (Joiris, 2009, p. 89). Une première définition du rôle infirmier est née. Son côté novateur réside dans le principe que les soins ne sont pas basés sur de la charité ou de la philanthropie, mais sur des connaissances. Les soins infirmiers font le lien entre le soin, la personne, la santé et l'environnement et se basent sur l'observation, la compassion et des connaissances (en hygiène et en gestion). En cela, Nightingale reste trop avant-garde sur son temps car elle cherche déjà à « dénaturiser » le côté féminin des soins en insistant sur l'apprentissage et non sur le côté inné ou « naturel ». La société du XIX^{ème} siècle est prête tout doucement à entendre le besoin d'apprentissage, mais le soin reste l'apanage des femmes, idée robuste et indétronable pour de longues décennies encore.

En France, il faut attendre 1882 pour voir la première école libre de gardes-malades de maison de santé à Bordeaux. Cependant, les Français cherchent à laïciser les hôpitaux de manière tellement brutale qu'ils aboutissent régulièrement à des échecs.

En Belgique, uniquement des études de sage-femmes sont organisées entre 1884 et 1887, mais l'acceptation de la nécessité de former le personnel soignant se fait lente. En 1887, le médecin socialiste César De Paepe organise à Bruxelles un « cours pour infirmiers et infirmières laïques », avouant son combat contre le monopole des congrégations religieuses, ce qui lui réduit le soutien des pouvoirs politiques et médicaux. Petit à petit, ses cours seront transformés en école du soir, et disparaîtront en 1921 (Arguello, 1995; Loodts, 2005).

E) POIDS DE PARADOXES DES RELIGIEUSES SUR L'IDENTITÉ INFIRMIÈRE

Le patrimoine historique pèse lourd dans l'identité du métier infirmier et joue sur un manque de reconnaissance et une insatisfaction financière. En effet, rappelons certains paradoxes du XIX^{ème} siècle. Premièrement, les religieuses avaient la mainmise sur les soins prodigués aux indigents. Pourtant, alors qu'elles se disaient servantes de l'âme pour l'aider à atteindre son ciel, elles devaient aussi s'occuper des corps dans ce qu'ils présentent de plus misérable. Deuxièmement, l'avantage des religieuses résidait dans leur caractère asexué. Elles étaient donc censées aider hommes et femmes de manière égale, sans faire montre d'un parti pris pour l'un ou l'autre sexe. Or, leurs qualités de dévouement et d'abnégation ont vite été associées à leur caractère « féminin ». On les appelait « Mère » ou « Sœur », mais officiellement elles n'avaient pas de sexe. Le troisième paradoxe réside dans l'exigence croissante d'un personnel aidant, à la fois qualifié et compétent, mais subordonné et bon marché, donc non autonome. D'emblée, la qualification attendue n'est reconnue ni socialement, ni financièrement.

Trois grandes caractéristiques du métier infirmier, d'hier et encore d'aujourd'hui, se dégagent de ces paradoxes. D'abord, la tâche reste ingrate : s'occuper des corps et de ses souillures reste une activité vile, non noble. La position sociale de l'infirmière n'est donc pas enviable. Alors, pour accepter cette moindre position sociale, ou bien il faut avoir la foi, ou bien il faut penser être « fait-e pour ça ». Autrement dit, les mères et les Sœurs, ayant l'habitude de s'occuper des autres, sont toutes désignées pour être infirmières, au nom de Dieu ou au nom d'un côté naturel déterminé et déterminant. Le dévouement et la vocation, féminins, constituent donc la deuxième caractéristique du métier. Troisièmement, si ces qualités sont innées, elles peuvent être peaufinées grâce à des formations, mais il y a peu de mérite à exercer ce pour quoi l'on est fait-e, donc un salaire conséquent n'est pas nécessaire. La satisfaction d'exercer un métier réside seulement dans l'accomplissement d'une destinée ; la reconnaissance reste morale, donc noble, et l'aspect pécuniaire n'y a pas de place.

Les seules personnes, attirées par un tel métier, ne pouvaient donc être que des femmes convaincues d'une détermination souveraine dont elles ne peuvent se défaire, acceptant une position sociale non enviable et un bas salaire. La femme et l'homme du XXI^{ème} siècle peuvent-ils encore s'identifier à ce tableau ? Peut-être est-ce là une première hypothèse de réponse à cette question de pénurie de main-d'œuvre dite récurrente. L'image d'Épinal de l'infirmière du XIX^{ème} siècle ne peut sans doute plus faire écho aux aspirations professionnelles actuelles. L'image change et se doit d'être changée.

3) XX^{ème} siècle.

Le début du XX^{ème} siècle verra les conflits anticléricaux s'accroître et les premières écoles infirmières belges émerger. Le métier infirmier s'installe progressivement, notamment suite aux deux Guerres mondiales, renforçant son utilité sociale et sa reconnaissance. Un souhait corporatiste pointe le bout de son nez. Le XX^{ème} siècle sera présenté ici de manière plutôt chronologique.

A) CONFLITS CLÉRICO-LIBÉRAUX

Les critiques contre le prosélytisme intempestif des religieuses se font plus féroces. En effet, leur dévotion rentre en contradiction avec l'hôpital, censé être un lieu de guérison et non de conversion. Leur foi plus ardue en le salut de l'âme qu'en la protection du corps porte forcément préjudice à une guérison. Par exemple, elles envoient des malades souffrant d'affections graves à l'église, endroit froid et humide, ce qui, si ça n'aggrave pas leur condition, freine leur rétablissement. Des conflits éclatent entre les élèves internes, formé-e-s à la science moderne,

et les religieuses, qui veulent garder la mainmise sur le contact avec les malades. Ces tensions révèlent les oppositions politiques entre les catholiques et les libéraux. L'emprise religieuse sur l'organisation alimentaire de l'hôpital et les périodes de jeûne catholique, par exemple, peuvent aussi être dangereuses pour certain-e-s patient-e-s. Les religieuses sont réfractaires aux nouvelles techniques médicales, aux règles élémentaires d'hygiène et aussi aux soins d'une certaine catégorie de personnes considérées comme *personae non gratae*, à savoir les prostitué-e-s, les vénériens-ennes ou les patientes des services de gynécologie et d'accouchement. Ces personnes n'ont donc pas droit à leur aide, que ce soit au niveau des soins ou de la literie, pour raison idéologique ou par pudeur naturelle (Cocriamont, 1995). C'est notamment auprès de ces personnes que les domestiques, appelé-e-s à remplacer les Sœurs démissionnaires, vont être amené-e-s à gagner une plus grande liberté dans l'apprentissage des soins (Piette, 1995).

Malgré ces critiques, la société ne semble pas à même d'accueillir facilement la laïcisation des hôpitaux. Commence un grand conflit entre les partisans d'une religieuse entièrement dévouée, désintéressée et bon marché, mais prosélytique, ignorante et intolérante, d'une part ; et les partisans d'une soignante laïque aux préoccupations personnelles (avoir une vie en dehors de l'hôpital) donc moins morale, plus chère, mais éduquée donc plus compétente et plus neutre vis-à-vis des patient-e-s et des maladies, d'autre part (Cocriamont, 1995). Pour les catholiques, les soins aux hommes prodigués par des femmes laïques, qui n'ont pas fait vœu de chasteté et qui sont donc sexuées, posent question ; comme si la femme, même éduquée au soin universel, ne pouvait faire preuve de neutralité. Pour les féministes, les libéraux et les socialistes de cette époque, les religieuses symbolisent le contre-exemple de l'émancipation féminine.

B) ECOLES INFIRMIÈRES EN BELGIQUE

En Belgique, même si les cours organisés par César De Paepe existaient, ce n'est vraiment qu'au début du XX^{ème} siècle que des projets d'écoles infirmières naissent. L'Ecole communale d'Infirmières à l'hôpital du Stuyvenberg, à Anvers, propose en 1902 une formation professionnelle des infirmières d'une durée de trois ans.

1907 reste une année-clé pour les écoles de soins infirmiers en Belgique. D'abord, une école et une clinique à Bruxelles sont construites par le chirurgien Antoine Depage, sa femme Marie Depage-Picard et Édith Cavell, nurse anglaise recrutée personnellement pour diriger l'école d'infirmières. Depage emploie déjà des infirmières laïques dans son service et se trouve au cœur du conflit anticlérical critiquant l'ignorance des religieuses face à l'asepsie, leur intolérance et leur prosélytisme. Ce conflit devenant de plus en plus prégnant au fil des ans, il n'engagera, à terme, principalement que des infirmières laïques. Quelques mois après la création de l'École Édith Cavell-Marie Depage, en réaction, c'est au tour d'une école catholique (pour jeunes filles catholiques et religieuses), l'école Saint-Camille, de voir le jour sous l'impulsion de la comtesse van den Steen. Malgré une présence de presque 20 ans à l'hôpital les Deux Alice à Bruxelles, cette école est finalement installée à la Clinique Sainte-Elisabeth à Uccle. Peu à peu, suivre une formation et obtenir un diplôme va distinguer la servante de l'infirmière, prémices d'une future reconnaissance du métier infirmier. Une troisième école s'ouvre cette année-là, l'École Saint-Jean, directement reliée à l'hôpital Saint-Jean à Bruxelles. Les difficultés pour recruter des élèves sont telles que l'école ne prendra vraiment son essor qu'en 1911 (Arguello, 1995; Loodts, 2005; Joiris, 2009).

En 1908, un certificat de capacité pour infirmières est instauré par arrêté royal, officialisant la formation minimale organisée par les médecins (par la Commission médicale provinciale, plus précisément). Ensuite, plusieurs autres écoles voient le jour à Charleroi en 1913, à Bruxelles en 1913 et 1919 et à Gand en 1921. Grâce à cet arrêté royal, on assiste au début d'un long chemin de reconnaissance des compétences particulières requises pour les soins infirmiers, puisque

même les religieuses doivent se conformer à cette législation. On n'assimile plus les soins infirmiers à des femmes « débauchées », mais bien à une rigueur morale et un sérieux scientifique, bref à une image d'austérité et de professionnalisme (Cocriamont, 1995; Arguello, 1995).

Par ailleurs, dès 1910, l'Association des Ouvriers s'inquiète du statut des travailleurs-ses domestiques dans les hôpitaux. Ces derniers-ères revendiquent de devenir externes à l'hôpital, de réduire la cadence de travail, d'obtenir des logements décentes, la fin du travail à 18h, des congés annuels et de pouvoir se marier. La journée de huit heures est accordée en 1919, même si cette nouvelle obligation n'est pas suivie par tous. On assiste donc à la distinction de deux rôles : l'infirmière moderne et le travail domestique en hôpital (Piette, 1995).

C) 1914-1918

La Grande Guerre arrive si soudainement et les blessés sont si vite nombreux qu'on manque cruellement de personnel qualifié. Les infirmières diplômées ne sont reconnues que depuis quelques années, elles ne sont donc pas assez nombreuses pour répondre aux énormes besoins en soins aux personnes. Beaucoup de femmes volontaires sont alors recrutées, venant de toutes les conditions (des dames issues de la haute bourgeoisie ou de la noblesse, des ouvrières, des institutrices, etc.) ; la majorité sont célibataires. Pourtant, malgré leur bonne volonté, n'étant pas formées aux soins, elles sont donc aussi peu utiles que les religieuses. Le manque de professionnalisme et d'efficacité est tel que des infirmières anglaises sont recrutées pour pallier le manque de personnel soignant. Elles ont une grande expérience des soins de guerre et amènent, telles des militaires, ordre, discipline et uniforme particulier. L'orgueil des soins de santé belges en prend un coup et le contraste montre l'amateurisme belge. Certaines femmes se font même envoyer d'urgence à Londres, au King Albert's Hospital, pour être formées aux soins. D'autres « nurses » américaines, danoises, suisses, au tempérament plus doux, sans être moins professionnelles, viennent aussi aider la Croix-Rouge belge. Ces échanges internationaux permettront néanmoins à la Belgique de prendre conscience du chemin à parcourir en termes de soins infirmiers (Gubin & Montens, 1995).

Deux initiatives ont lieu, issues des deux écoles d'infirmières concurrentes, à savoir l'École catholique Saint-Camille et l'École du chirurgien Antoine Depage. Ce dernier installe, à La Panne, l'Ambulance de l'Océan, pour les blessés graves nécessitant des interventions chirurgicales, sous la demande de la reine Élisabeth. Il saisit alors l'occasion pour asseoir son idéal d'un nursing plus moderne et laïc en n'engageant que des *nurses* anglaises, américaines, canadiennes, suisses ou quelques rares infirmières belges habituées à leur discipline de fer (connaissances scientifiques, tenue impeccable, soumissions aux ordres, etc.), comme celles formées à Londres. Les infirmières belges sont rémunérées modestement par le Ministère de la Guerre et les étrangères par la Croix-Rouge de leur pays d'origine. Même si l'autorité des *nurses* anglaises peut être contestée, le taux de mortalité des blessés de guerre est incroyablement bas, grâce à leurs soins. L'autre initiative est prise par la comtesse Marie van den Steen en dirigeant une ambulance civile à Poperinghe. Elle est aidée des congrégations religieuses, mais les connaissances sanitaires (même de base) de celles-ci sont insuffisantes. Elle fera alors venir des étudiantes de son école Saint-Camille ; bien qu'elles soient « militarisées », elles demeurent très peu nombreuses et bénévoles, dans l'esprit de la charité chrétienne (Gubin & Montens, 1995).

L'influence anglaise est donc énorme pour le métier infirmier pendant la guerre de 14-18 imposant, dans un rythme militaire, un uniforme de couleur claire, une discipline stricte et un dévouement. Parallèlement, la reine Élisabeth elle-même va au chevet des blessés remplie d'amour et de tendresse, habillée de blanc. Depuis, le métier devient symbolisé notamment par cette image de « l'ange blanc », il est valorisé et n'est plus assimilé à des religieuses ou à des

femmes immorales et frivoles. Naît une nouvelle image d'héroïne qualifiée, compétente, dévouée corps et âme ; mais acceptant la soumission au règlement, au médecin et à son salaire médiocre (Gubin & Montens, 1995). Grâce à la Grande Guerre, l'utilité sociale du métier infirmier est reconnue ; il est possible de gagner dignement sa vie en prodiguant des soins, ce qui va ouvrir la porte au marché de l'emploi pour de nombreuses célibataires, veuves ou bourgeoises appauvries. L'ange blanc est synonyme de « vocation, dévouement, générosité, courage, sens du devoir, (...) discipline militaire, soumission au règlement » (Joiris, 2009, p. 155). Pourtant il reste entièrement féminin et « la valorisation du sacrifice "naturel" de la femme soignante justifient pour de nombreuses années encore les bas salaires, les horaires infernaux, le travail de nuit et la soumission au pouvoir médical masculin » (Joiris, 2009, p. 157). Un siècle plus tard, ces discours pourraient presque encore être prononcés.

D) ENTRE LES DEUX GUERRES

Entre la Première et la deuxième Guerre mondiale, même si l'imprégnation du modèle anglo-saxon est général, les salaires restent bas et les conditions de travail ne s'améliorent pas : « l'infirmière reste tributaire de ses origines congréganistes et de son statut féminin. Cela implique célibat, internat, abnégation, dévouement. [...] L'infirmière doit renoncer à la vie ordinaire, à tout projet familial pour se donner uniquement à sa profession. Elle sera femme célibataire, "enfermée" sur le lieu de son dévouement » (Joiris, 2009). Comme l'infirmière est « naturellement » au service des autres, sa reconnaissance économique n'est pas remise en question. C'est aussi pour cette raison que le métier n'attire que très peu d'hommes, cherchant un salaire plus conséquent pour subvenir aux besoins de leur famille. Il est revendiqué d'interdire aux femmes des professions nuisibles à leur santé ; il vaut mieux chercher un métier pour les femmes, « afin de n'être plus obligées de faire concurrence aux hommes et de leur gâcher de bons métiers » (Laurent, 1999). Même les féministes de l'époque prônent le métier infirmier comme une manière de ne pas rentrer en compétition avec les métiers masculins et de ne pas risquer le chômage (Jacques, 1995; Joiris, 2009).

L'entre-deux-guerres symbolise l'oscillation constante entre, d'une part, l'image de la *nurse* anglaise compétente, payée, rigoureuse, scientifique, sérieuse, travailleuse et professionnelle, et, d'autre part, l'image indélébile de l'ange blanc qui prodigue un réconfort humain et « naturellement féminin », aidant son prochain charitablement (ou religieusement), donc gratuitement, désintéressé et dévoué, et laissant l'autorité et les responsabilités aux médecins. Soit être infirmier-ère est un métier comme un autre, rémunéré, aux horaires compatibles avec une vie privée et sociale, soit c'est une « vocation », une manière d'être utile socialement, sans rentrer dans les affres politiques et économiques de la société, une manière d'avoir une jolie place altruiste, sans être reconnu-e comme effectuant un véritable travail.

Il est très difficile de recruter du personnel hospitalier pendant cette période, alors que les besoins en infirmiers-ère se font plus grands en raison des avancées médicales d'après-guerre. Seule l'idée (facile) de la « vocation » peut permettre de faire coexister la pénurie, la nécessité de personnel qualifié et les mauvaises conditions de travail. On peut éventuellement croire en la vocation du médecin, dont le travail est tout de même bien rétribué, mais il est presque obligatoire de croire en la vocation de l'infirmière, tant sa rétribution financière reste secondaire par rapport à la rétribution de l'allégresse que procure l'accomplissement de sa voie. Peu importe si les conditions de travail ressemblent encore à celles du « petit personnel » du XIX^{ème} siècle ou si les conditions de vie sont calquées sur celles des religieuses du XIV^{ème} siècle (vies privée et sociale inexistantes), pourvu que la vocation puisse s'épanouir pleinement. Ce n'est pas un renoncement, mais un privilège de servir les autres. L'austérité et le sérieux seront davantage

respectés que la frivolité et la légèreté. La moralité chrétienne désintéressée imprègne encore le métier à travers cette idée de « vocation » nécessaire.

Après la Grande Guerre, toute une série d'associations professionnelles infirmières voient le jour, ce qui montre une volonté de définir une identité professionnelle et une certaine prise de conscience de constituer un corps professionnel à part entière, « dépendant et dévoué aux médecins sans doute mais autonome dans ses revendications » (Jacques, 1995, p. 107). Ces associations sont surtout portées à bras le corps par des femmes de la haute bourgeoisie et de la noblesse. Anciennes infirmières de guerre, elles ne partagent plus les conditions de travail des infirmières au quotidien, mais elles se démènent justement pour que ces associations soient reconnues, dans un but « caritatif » et non syndical. Même si elles obtiennent des améliorations indéniables, leur discours reste curieusement presque aussi traditionnel que celui des congrégations religieuses. Aider les autres en tant qu'infirmière est réservé à une « élite morale et désintéressée ». Aider les blessés pendant la guerre, c'était une action citoyenne, respectable, et tellement féminine dans ses aspects « de bonté, d'altruisme, de dévouement, d'oubli de soi », mais ces mêmes femmes, après la guerre, ne recherchent pas à travailler et être rémunérées comme infirmières. C'est un métier qui convient aux autres, et surtout aux jeunes filles pour les préparer à la vie de foyer et à la vie de mère et d'épouse (Jacques, 1995). Décidément, être infirmier ou infirmière demeure encore synonyme d'ascension sociale et n'est pas encore reconnu comme étant un métier à part entière.

En 1919, l'Union professionnelle des infirmières (la FNIB⁷ actuelle) est créée, n'admettant que des infirmières diplômées, dans le but de défendre leurs propres intérêts. Quelques années plus tard, en 1925, l'Association des infirmières catholiques de Belgique (l'ACN⁸ actuelle) voit le jour, ce qui divisera davantage « les forces censées défendre la profession » (Jacques, 1995; Laurent, 1999).

En 1921, le diplôme d'infirmières visiteuses est institué par un arrêté royal et les études d'infirmières hospitalières sont réorganisées sur trois ans, en internat, et toujours largement dispensées par les médecins. L'internat est obligatoire pour les filles uniquement et sert de formation psychologique et morale, grâce à une discipline stricte, dans le but d'apprendre son rôle d'auxiliaire de médecin et non son substitut. Les cours d'économie domestique sont considérés comme utiles pour toute femme, dans toutes les circonstances de la vie (Joiris, 2009).

Afin de promouvoir le *nursing* en Belgique, la Fédération des Écoles d'Infirmières (FNIB) se constitue en asbl en 1922. En 1926, un cours de soignage est créé par arrêt ministériel, afin de veiller les malades ou de remplir des fonctions d'ordre secondaire dans les hôpitaux. Ce cours est dispensé en une seule année, ce qui représentera le début du morcellement du métier entre infirmiers-ères breveté-e-s et gradué-e-s. L'application de la loi des huit heures de travail est enfin obtenue en 1937, 16 ans après les autres travailleurs-ses. Juste avant la Deuxième Guerre, en 1939, un syndicat professionnel est créé, UNITAS, censé protéger les intérêts du métier, mais il perd son accréditation en 1948, en raison de trop peu de membres. La défense du métier infirmier continue à travers les deux grandes associations professionnelles (Joiris, 2009).

Dans les années 1920, on assiste également à une formidable récupération politique du métier infirmier. Depuis le début du siècle, la mortalité infantile inquiète l'État, car l'enfant reste « un atout non seulement économique mais aussi militaire » (Massart, 1995, p. 128). L'éducation des enfants, mais donc aussi de leurs mères, devient une affaire d'État, qui lance alors une politique féroce d'éducation à la santé afin de faire baisser ce taux de mortalité infantile. Il faut enseigner

⁷ Fédération nationale des infirmiers de Belgique.

⁸ Association belge des praticiens de l'art infirmier.

aux femmes (futures mères) comment bien nourrir son enfant et comment appliquer les règles élémentaires d'hygiène. En gros, il faudrait que chaque femme devienne une infirmière, qui apprend ces enseignements dans sa formation. Pour ce faire, il faut aller au plus proche des gens, au sein de leurs foyers. C'est alors que l'ONE (Œuvre Nationale de l'Enfance) est créée, en 1919, et élabore un programme de formation d'infirmières visiteuses en créant son Association des infirmières visiteuses de Belgique, véritables agents de propagande pour la santé des bébés et pour l'éducation des (futures) mères. Il est donc important de convaincre ces femmes de l'importance de renforcer leur rôle maternel « naturel », afin de décroître les taux de mortalité infantile. Tout un système de consultations de nourrissons, ainsi que de surveillance à domicile, sera mis sur pieds et porté au front par ces infirmières visiteuses (qui doivent être des femmes pour rester proches des familles), toujours sous contrôle d'un médecin (homme). Il s'agit, en parallèle, d'imprégner la société de l'idée de la femme (épouse et mère) restant au foyer. On reconnaît qu'il faille un véritable enseignement pour être une « bonne » mère – on parle même de « métier » de mère – mais l'ignorance est assimilée aux classes sociales « laborieuses ». Car les femmes qui travaillent à cette époque sont bien sûr issues des milieux plus pauvres, économiquement, socialement et culturellement. La responsabilité de hausser le taux de natalité national leur incombe donc à ces « ménagères incompetentes ». Une véritable « Croisade nationale de la santé » est lancée en 1937 par l'État, aidé de plusieurs associations, telles que l'ONE. Améliorer la santé et en diffuser les notions élémentaires d'hygiène et de puériculture est crucial, mais requiert le « retour » de la femme au foyer. Ce mouvement sera progressivement récupéré par les mutualités (socialistes, chrétiennes, libres) et par leurs partis politiques correspondant, qui organisent à leur tour des consultations de nourrissons et prénatales, afin de rallier les mères (et leur famille) à leur cause idéologique (Massart, 1995). L'infirmière, toujours sous le joug médical, se retrouve instrument d'une formidable orchestration sanitaire, politique, économique, démographique et genrée.

E) AUTOUR DE LA DEUXIÈME GUERRE MONDIALE

En 1946, on assiste à une féminisation massive du salariat permettant aux infirmières une nouvelle reconnaissance professionnelle : le titre d'infirmière devient protégé, mais pas sa fonction, ouverte aux non-diplômé-e-s. Un certificat de gardes-malades est créé à la même période.

Après la Seconde Guerre mondiale, l'image de l'infirmière reste féminine, dévouée, altruiste et ses revendications demeurent au nom du bien-être des patient-e-s, et non en son nom propre. Les conditions de travail ne changent pas et l'internat est toujours obligatoire : on observe alors peu de candidates ou bien elles ne travaillent que quelques années avant de se retirer pour fonder une famille. Finalement, apprendre le métier infirmier devient utile pour devenir une bonne maîtresse de maison et de foyer, comme un instrument d'éducation sociale.

On assiste à un morcellement de plus en plus grand du métier lorsqu'en 1957 est créé un brevet d'hospitalières (en deux ans) et, en 1960, un brevet d'infirmières. Depuis, deux niveaux de formation se distinguent toujours en Belgique : le graduat/bachelier et les brevets. Pourtant, en cas de sous-effectifs, les rôles distinctifs ne sont pas bien spécifiés entre infirmiers-ères breveté-e-s, gradué-e-s, aides-soignant-e-s qualifié-e-s ou non et garde-malades (Jacques, 1995; Laurent, 1999; Joiris, 2009).

F) AUTOUR DES ANNÉES 1970

Un arrêté royal paraît en 1967 reconnaissant l'Exercice de l'Art de guérir et des professions paramédicales. L'exercice illégal est poursuivi par des Commissions Médicales Provinciales. En

1974, une Loi sur l'art de soigner et l'Exercice de l'Art Infirmier est définie, séparant la « fonction dépendante et interdépendante (collaboration au diagnostic par l'observation) du médecin et une fonction autonome » pour maintenir, améliorer ou rétablir la santé d'un-e patient-e, ou l'assister dans l'agonie (Laurent, 1999, p. 11). En 1990, la fonction dépendante est arrêtée. Dans les textes de 1974 sont précisés :

- 1) les prestations de l'exercice général de l'art infirmier ;
- 2) les prestations techniques autonomes de l'art infirmier ne nécessitant pas de prescription médicale ;
- 3) les prestations techniques de l'art infirmier nécessitant une prescription médicale ;
- 4) les actes médicaux pouvant être confiés à l'infirmier-ère.

C'est aussi à partir des années 1970 que le domaine de la recherche en soins infirmiers se développe, précisant ainsi la spécificité du rôle infirmier, afin d'éviter son côté trop polyvalent. Le métier infirmier rentre alors dans une nouvelle ère où « les infirmières mettent en avant leurs compétences, la recherche de conditions de travail où peuvent se conjuguer plaisir et efficacité (...) ainsi que les revendications salariales qui accompagnent le mouvement ascendant de la profession infirmière, tant dans son niveau de formation que de compétences requises » (Joiris, 2009, p. 198).

En 1988 et 1989, lors des manifestations infirmières pour une hausse de salaires, l'amélioration des conditions de travail (entre autres, des horaires) et une égalité des statuts entre secteur privé et secteur public, le slogan « ni bonne, ni nonne, ni conne » fait fureur. Les infirmières veulent rompre avec cette image de dévouement absolu, de travail sacerdotal et d'exécution subalterne (Laurent, 1999). Pourtant, ces images continuent à leur coller à la peau et empêchent de se défaire d'une image maternante naturalisée. Même si ces manifestations apportent une augmentation des barèmes et de l'encadrement, le métier infirmier se définit toujours comme féminin, comme si le dévouement et la charité étaient innés chez la femme. Le slogan sous-jacent à ces manifestations montre donc une volonté de changer ces images symboliques.

Pour Catherine Mercadier, quatre images symboliques de la femme infirmière peuvent encore être distinguées à l'heure actuelle, « qui représentent les archétypes hérités des siècles passés : la religieuse, la bonne, la pute et la mère » (2013, p. 375). La religieuse représente les qualités de dévouement et de don de soi, reniant son propre corps et sa vie privée pour se consacrer aux patient-e-s. L'image de la bonne est héritée des premiers-ères infirmiers-ères du XIX^{ème} siècle, domestiques de l'hôpital, s'occupant des basses besognes de nettoyage et récurage des salles et latrines. La pute correspond à « une vision fantasmatique de l'infirmière » (Mercadier, 2013, p. 376), c'est-à-dire que le fantasme de l'infirmière comme objet sexuel reste très prégnant. Peut-être est-ce une manière de réduire le pouvoir de cette professionnelle des soins sur un patient (masculin) vulnérable et amoindri. À moins que ça ne soit également un héritage des ces premières infirmières domestiques du XIX^{ème} siècle, considérées comme des femmes de mauvaise vie, incultes, frivoles et non fiables. La quatrième image symbolique de l'infirmière demeure celle de la mère, héritée probablement de la Grande Guerre et de l'image de « l'ange blanc » véhiculée par la reine Élisabeth, mère de tous les soldats. Le point commun entre ces quatre images de la femme infirmière reste le côté « naturel » de rôles sociaux dits féminins : la sacrifiée, la ménagère, l'aguicheuse et la maman. Dans ces archétypes, il ne semble pas y avoir de place pour l'homme. Comme si ce n'était pas légitime qu'un homme pense à devenir infirmier. Même s'ils sont largement minoritaires dans le métier, d'autres archétypes existent aussi pour les hommes infirmiers, les rangeant dans des rôles soit de « chef », soit de « demi-hommes ».

Ces images sont bien ancrées dans l’imaginaire collectif depuis plusieurs siècles. Pour atteindre une meilleure reconnaissance professionnelle, l’enjeu reste donc de promouvoir une autre image plus valorisante de l’infirmier et de l’infirmière, liée à des compétences plus rationnelles à acquérir lors d’une formation. Le défi est donc de taille.

B. Hic et nunc

Le métier infirmier s’est construit à partir de plusieurs lignes de tensions et hérite de plusieurs écueils issus de différents rôles sociaux : la religieuse (ou l’ange blanc) dévouée corps et âme mais récalcitrante face à la médecine moderne, la domestique illettrée et souillon mais désirant l’ascension sociale et l’auxiliaire médicale soumise aux directives médicales et administratives mais cherchant toujours plus d’autonomie dans son travail. Tous ces héritages, bien souvent contradictoires, mêlés les uns aux autres ont créé un métier hybride, pris constamment entre différentes forces et s’acharnant à composer une identité propre et bien définie. L’histoire du métier infirmier nous apprend donc que cette position intermédiaire entre différents pouvoirs, entre différentes tâches parfois incompatibles, possède un patrimoine complexe et puissant dont il est difficile de se dépêtrer.

Dans les années 2000, plusieurs avancées sur le plan légal voient le jour. C’est ainsi qu’en 2000, les Accords du non-marchand harmonisent les barèmes et les conditions de travail de tous-tes les travailleurs-ses du secteur. En 2001, tous les membres de l’équipe soignante peuvent bénéficier de l’aménagement des fins de carrière. De plus, une nouvelle fonction « d’aide-soignant-e » naît pour pallier les difficultés de recrutement infirmier. En 2004, est élaboré un Code de Déontologie de la profession. Un arrêté royal de 2006 établit la liste des titres et qualifications professionnels particuliers pour les praticiens de l’art infirmier.

En 2009, les associations se battent pour la création d’un Ordre des infirmiers. Le Sénateur Jacques Brotchi dépose même en février 2008 un projet de loi pour la création d’un « Ordre des praticiens de l’art infirmier »⁹. Pourtant, les syndicats¹⁰ s’opposent à ce projet sous prétexte que l’ordre serait 1) répressif (des amendes jusqu’à 2500€ et jusqu’à deux ans de suspension sans possibilité d’exercer), 2) de pouvoir (en plus de l’employeur, l’Ordre serait un pouvoir parallèle au pouvoir judiciaire) et 3) taxatoire (cotisation prélevée automatiquement sur le salaire). Ils estiment que les infirmiers-ères ne veulent plus se faire diriger par un organe supplémentaire dans leur profession et ils utilisent des arguments venant de pays étrangers : en France, les infirmiers-ères feraient grève contre leur Ordre et, au Canada, l’Ordre sanctionnerait celles et ceux qui refusent de faire des heures supplémentaires. Ils proposent de renforcer les compétences des organes officiels déjà en place, comme la Commission Médicale Provinciale, la CTAI (Commission technique de l’art infirmier) ou le CFAI (Conseil fédéral de l’art infirmier). Les réactions syndicales semblent en porte-à-faux des idéologies médicales traditionnelles, peu contestataires (Sainsaulieu, 2008). Aujourd’hui, il n’y a toujours pas de suite à la proposition de loi de Brotchi.

Actuellement, les écoles, associations et syndicats tâchent de défendre une filière unique et l’allongement de la formation à quatre ans. Selon Laurent, « l’évolution du métier infirmier se noue aujourd’hui autour de trois enjeux principaux » (2013, p. 53) : les revendications infirmières s’inscrivant dans un mouvement social plus large qui vise tous-tes les travailleurs-ses

⁹ https://www.afiso.be/La-FNIB-commente-la-proposition-de-loi-visant-a-la-creation-d-un-Ordre-Infirmier-par-le-Senateur-Jacques-Brotchi-MR_a230.html (site consulté en août 2018).

¹⁰ <http://www.setca.org/News/Documents/tract%20contre%20ordre%20Infirmieres.pdf> (site consulté en août 2018).

du non-marchand, l'envie de professionnalisation qui signifie un besoin de clarification identitaire, et une oscillation constante entre le côté technique, norme reconnue mais appartenant à un discours médical, et le côté relationnel du métier, moins encouragé et valorisé. « Entre prendre soin et donner des soins, entre un modèle féminin maternant peu valorisant et un modèle masculin scientifique plus noble, entre dévouement et compétence, l'infirmière se perd dans un métier "intermédiaire" » (Laurent, 1999, p. 11).

Pour faire le point du travail infirmier contemporain, nous aborderons plusieurs items : d'abord l'accès à la profession en Belgique, ensuite une brève description chiffrée, puis la sécurité de l'emploi infirmier, et enfin l'évolution des conditions de travail hospitalières.

1) Accès à la profession

À l'heure actuelle, en Belgique, selon le SPF Santé publique¹¹, « l'infirmier-ère est chargé-e de l'accomplissement des activités suivantes :

- observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social ;
- définir les problèmes en matière de soins infirmiers ;
- collaborer à l'établissement du diagnostic médical par le médecin et à l'exécution du traitement prescrit ;
- informer et conseiller le patient et sa famille ;
- assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades ;
- assurer l'accompagnement des mourants et l'accompagnement lors du processus de deuil ;
- engager de façon indépendante des mesures immédiates destinées à préserver la vie et appliquer des mesures dans les situations de crise ou de catastrophe ;
- analyser la qualité des soins afin d'améliorer sa propre pratique professionnelle en tant qu'infirmier-ère. »

En Belgique, pour être enregistré comme praticien de l'art infirmier il faut :

- être en possession d'un diplôme de bachelier en soins infirmiers ou du brevet ou du titre d'infirmier/infirmière ou d'hospitalier/hospitalière ;
- avoir obtenu un visa du SPF Santé publique. Les praticiens infirmiers doivent faire viser leurs certificats, brevets ou diplômes par la commission médicale provinciale compétente pour la région dans laquelle ils souhaitent s'établir.¹²

Pour devenir infirmier-ère, il existe donc deux types de formation en Belgique débouchant sur deux types de diplômes différents : le brevet d'infirmier-ère hospitalier-ère en enseignement secondaire (A2) et le bachelier en soins infirmiers dans l'enseignement supérieur (A1). Le brevet est organisé dans l'enseignement professionnel secondaire complémentaire, après la réussite de la sixième année d'études secondaires (générales, techniques ou professionnelles) et dure 3 ans et demi. Le bachelier est organisé dans les hautes écoles et dure 4 ans.

¹¹ <http://www.health.belgium.be> (site consulté en octobre 2017).

¹² <http://www.health.belgium.be> (site consulté en septembre 2016).

Même si les infirmiers-ères bacheliers et breveté-e-s sont amené-e-s à réaliser les mêmes tâches dans la pratique professionnelle, non seulement le salaire n'est pas le même selon le diplôme, mais les deux cursus offrent aussi des formations très différentes¹³.

Dans le secteur hospitalier, « l'infirmier gradué pourra prétendre à un salaire de base de 2.228,63 € bruts mensuels en début de carrière. Ce salaire évolue régulièrement pour atteindre 3.926,39 € au terme de 27 années d'ancienneté. L'infirmier breveté, quant à lui, sera rémunéré de manière légèrement inférieure : 2.056,43 € bruts mensuels en début de carrière. Par ailleurs, l'infirmier chef aura une rémunération supérieure en raison de ses responsabilités. En outre, diverses primes viennent s'ajouter à ce salaire de base : heures inconfortables, allocations de foyer ou de résidence, etc. »¹⁴.

« Les études pour le brevet d'infirmier hospitalier comprennent moins de modules théoriques que le baccalauréat. Le brevet est essentiellement orienté vers l'enseignement pratique. Le plus souvent, les modules théoriques assurent uniquement les connaissances requises à une formation généraliste. Les étudiants suivent autant d'heures de cours que d'heures de stages, qui commencent dès la première année. (...) À l'issue de la première année de brevet d'infirmier hospitalier en enseignement secondaire professionnel complémentaire, si elle est réussie, l'étudiant obtient le Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur (CESS) et permet l'enregistrement comme aide-soignant(e).

Les études de bachelier en soins infirmiers dispensent une formation théorique beaucoup plus poussée. Loin de se limiter aux pré-requis nécessaires à une formation pratique, les modules théoriques visent à instruire l'étudiant de toutes les différentes techniques et applications de soins prodigués aux patients. (...) Les étudiants en bachelier auront en moyenne davantage d'heures de cours et d'heures d'enseignement clinique. En revanche, les stages en alternance commencent à partir de la deuxième année, sauf si enseignement en Haute École (parfois dès la première année). »¹⁵

Il y a donc deux manières de devenir infirmier-ère en Belgique, permettant toutes les deux d'exercer l'art infirmier.

2) Brève description quantitative

Il n'est pas évident d'obtenir des statistiques belges précises sur le groupe professionnel des infirmiers-ères. Deux sources existent : la source de données la plus importante est la banque fédérale de données des professionnels des soins de santé, appelée aussi le Cadastre, qui recense donc le stock des professionnels en droit d'exercer. La deuxième source de données existante tâche, elle, de dénombrer les infirmiers-ères actifs-ves dans le secteur des professions de la santé en Belgique.

Cadastre

Le Cadastre présente un aperçu de toutes les personnes autorisées à exercer une activité professionnelle agréée en tant que praticien professionnel des soins de santé. Le Cadastre présente uniquement les individus autorisés à exercer une profession de santé, mais pas les

¹³ <https://pro.guidesocial.be> (site consulté en octobre 2017).

¹⁴ <https://pro.guidesocial.be/article23352,23352.html> (site consulté en octobre 2017).

¹⁵ <https://pro.guidesocial.be/actualites/quelle-formation-pour-devenir-infirmiere.html> (site consulté en octobre 2017).

personnes qui l'exercent effectivement.¹⁶ Rappelons ici que les personnes qui veulent exercer une profession reconnue des soins de santé en Belgique doivent demander un visa et/ou un agrément au SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Dès la réception de cette demande par l'administration, les données d'identification de la personne en question sont enregistrées dans la banque de données fédérale des professionnels des soins de santé, appelée le « Cadastre ». Ce Cadastre offre donc un récapitulatif de toutes les personnes ayant introduit une demande d'exercice d'une activité professionnelle agréée. Le Cadastre contient entre autres des informations sur la possession ou non d'un agrément ou d'un visa valables, les diplômes obtenus, les spécialisations éventuelles, les coordonnées et les données à caractère personnel. Toutefois, ce Cadastre ne permet pas de déterminer si les professionnel-le-s agréé-e-s sont effectivement actifs-ves, ni d'estimer leur taux d'activité, ni d'identifier leur secteur d'activité. Les personnes qui, par exemple, quittent la Belgique après leur inscription dans le Cadastre et ne font donc plus partie des effectifs d'une profession des soins de santé restent cependant présentes dans le Cadastre. En d'autres termes, le Cadastre permet d'avoir une vue des personnes qui peuvent exercer une profession des soins de santé, mais pas de celles qui l'exercent effectivement.¹⁷ L'avantage du Cadastre, néanmoins, est l'actualisation annuelle des données.

PlanCAD

Pour avoir un aperçu de la position sur le marché du travail des praticien-ne-s agréé-e-s d'une profession des soins de santé, le projet PlanCAD a été élaboré, avec pour objectif de compléter les données du Cadastre au moyen de données externes. Grâce à un couplage de données, cette deuxième source de données a pu voir le jour, omettant cette fois-ci les infirmiers-ères non actifs-ves dans le secteur des professions de la santé. Le PlanCAD infirmier, réalisé par la cellule Planification, via la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale, à l'aide du Datawarehouse Marché du Travail & Protection Sociale (DWH MT&PS), couple les données entre 2004 et 2009 de :

- la banque de données fédérale des professionnels de soins de santé (Cadastre) ;
- l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) pour les connaissances liées à la nomenclature des prestations de santé et des prestations INAMI¹⁸;
- l'Office national de sécurité sociale (ONSS) et l'Office des régimes particuliers de sécurité sociale (ORPSS) pour les informations sur le statut en tant que salarié, prestations équivalent temps plein, etc.;
- l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (ONSS-APL) ;
- l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI), pour les données sur le statut des indépendants, des groupes professionnels, etc.

En 2009, le SPF Santé Publique comptait 160.000 infirmiers-ères enregistré-e-s contre 120.000 infirmiers-ères actifs-ves (1 infirmier-ère pour 100 habitants). La densité d'infirmiers-ères est donc très élevée et démontre un sérieux potentiel de soignant-e-s, ce qui est non négligeable face au vieillissement de la population. On pourrait donc croire qu'une pénurie de personnel infirmier est impensable, or, non seulement les besoins en terme de personnel vont s'accroître, mais il faudrait aussi que le recrutement reste stable, que les temps partiels diminuent au profit

¹⁶ <http://www.health.belgium.be> (site consulté en septembre 2016).

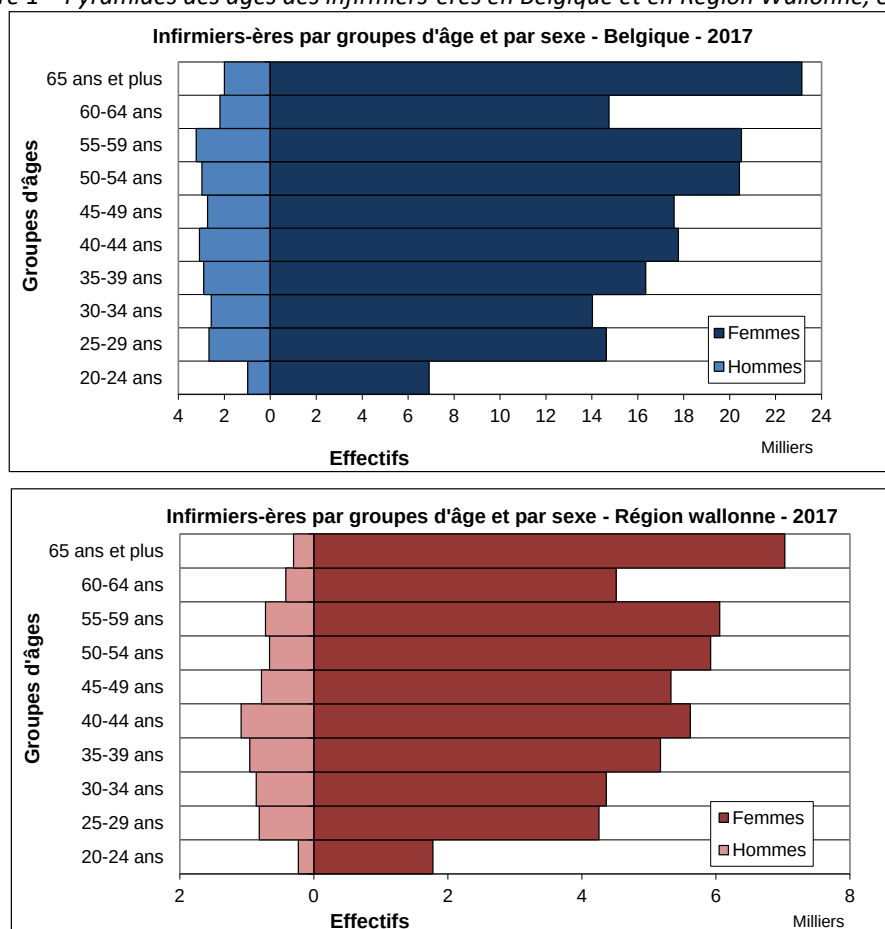
¹⁷ <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be> (site consulté en septembre 2016).

¹⁸ <http://www.health.belgium.be> (site consulté en septembre 2016).

de temps plein, et que les infirmiers-ères en place restent au travail « jusqu’au bout », ce qui est moins sûr (Joiris, 2009).

Aussi, le métier infirmier demeure essentiellement féminin. Selon les données du Cadastre, le taux des femmes infirmières domiciliées en Belgique est presque de 90%, sans grande différence ni dans le temps (depuis 2009), ni par rapport aux régions et provinces. Les deux pyramides des âges suivantes (Figure 1) ainsi que le tableau des pourcentages suivant (Tableau 1) pour l’année 2017, en Belgique et en Région Wallonne, nous montrent bien que cette grande majorité féminine existe dans toutes les catégories d’âge. Précisons ici que les 65 ans et plus comprennent plusieurs classes d’âge non détaillées, ce qui explique leur grand nombre par rapport aux autres classes d’âge.

Figure 1 – Pyramides des âges des infirmiers-ères en Belgique et en Région Wallonne, en 2017



Source : SPF Santé publique – Cadastre

Tableau 1 – Proportions (%) des infirmiers-ères en Belgique et en Région Wallonne, en 2017

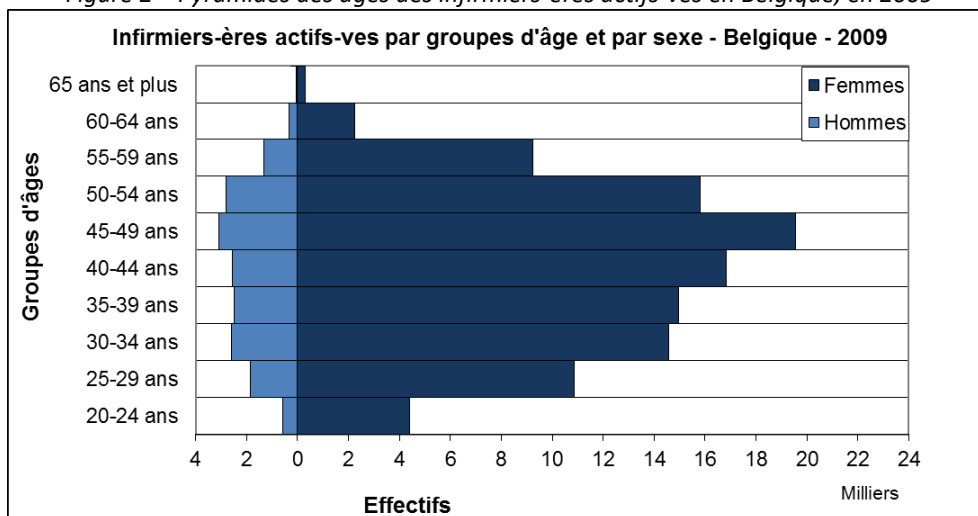
Pourcentages d'infirmiers-ères en Belgique en 2017	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65 ans et plus	Total
Femmes	87,55	84,56	84,50	84,95	85,18	86,54	87,28	86,42	87,03	92,05	86,76
Hommes	12,45	15,44	15,50	15,05	14,82	13,46	12,72	13,58	12,97	7,95	13,24

Pourcentages d'infirmiers-ères en RW en 2017	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65 ans et plus	Total
Femmes	88,54	83,94	83,54	84,39	83,82	87,21	89,96	89,37	91,52	95,87	87,99
Hommes	11,46	16,06	16,46	15,61	16,18	12,79	10,04	10,63	8,48	4,13	12,01

Source : SPF Santé publique – Cadastre

Concernant les infirmiers-ères actifs-ves, la même constatation est de mise : la prépondérance des femmes est nettement marquée dans la pyramide des âges suivante, avec une proportion de 86%, tous groupes d'âges confondus (voir Figure 2 et Tableau 2).

Figure 2 – Pyramides des âges des infirmiers-ères actifs-ves en Belgique, en 2009



Source : SPF Santé publique – PlanCAD

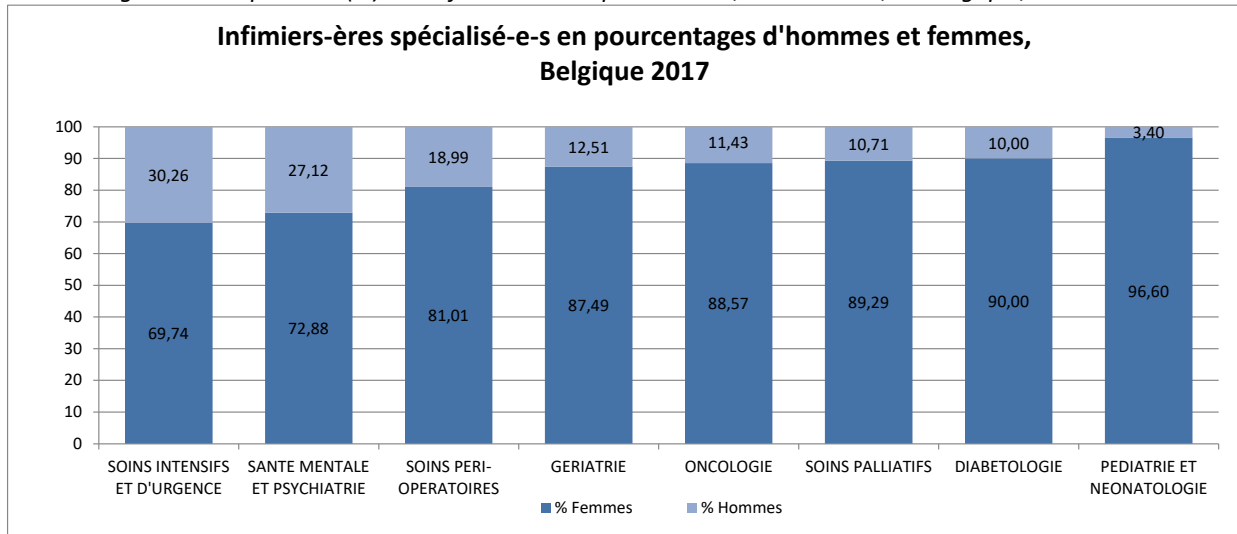
Tableau 2 – Proportions (%) des infirmiers-ères actifs-ves en Belgique, en 2009

% en 2009	Jusque 24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65 ans et plus	Total
Femmes	88,32	85,54	84,92	85,72	86,78	86,34	84,92	87,54	86,75	89,34	86,03
Hommes	11,68	14,46	15,08	14,28	13,22	13,66	15,08	12,46	13,25	10,66	13,97

Source : SPF Santé publique – PlanCAD

Les femmes restent largement majoritaires dans le métier infirmier. Pourtant, de légères nuances sont à observer en fonction des spécialités. En effet, selon la figure suivante (Figure 3), 30% des infirmiers-ères spécialisé-e-s en soins intensifs et d'urgence, ainsi qu'en santé mentale et psychiatrie, sont des hommes. Près d'un cinquième des infirmiers-ères spécialisé-e-s en soins péri-opératoires sont des hommes. En gériatrie, en oncologie, en soins palliatifs et en diabétologie, on retrouve les 10% que l'on avait déjà observés toutes spécialités confondues. Par contre, en pédiatrie et néonatalogie, les hommes sont beaucoup moins présents, avec une représentation de 3%. Ces mêmes proportions sont identiquement observées au fil des années et selon les régions ou provinces. Manifestement, les services plus techniques et rapides attirent davantage les hommes que les services s'occupant de la petite enfance.

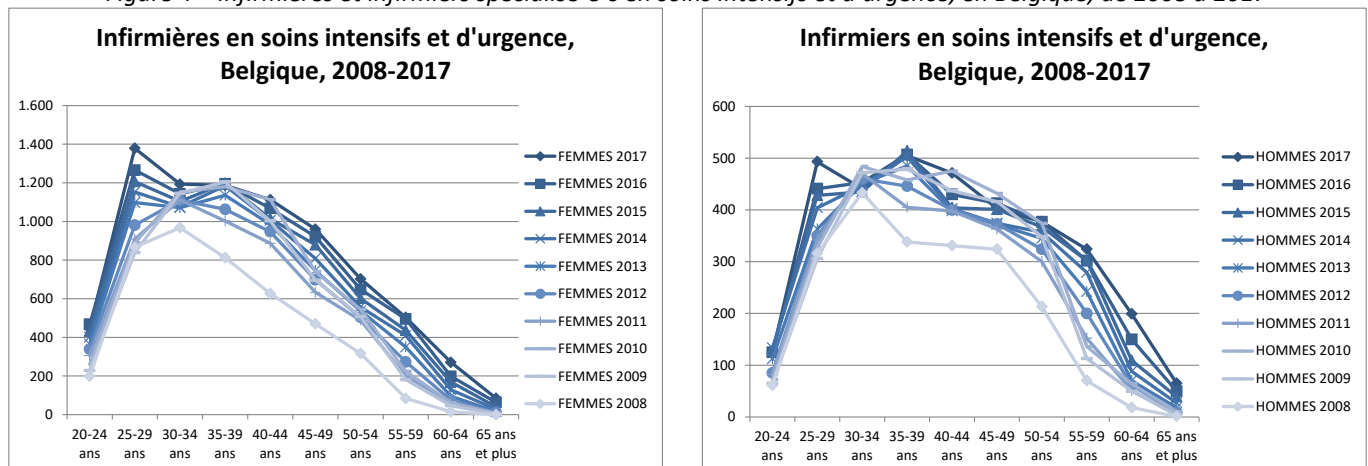
Figure 3 – Proportions (%) des infirmiers-ères spécialisé-e-s, selon le sexe, en Belgique, en 2017



Source : SPF Santé publique – Cadastre

Les hommes sont probablement plus nombreux dans le service des soins intensifs et d'urgence car ils y restent plus longtemps que les femmes. En effet, selon la figure suivante (Figure 4), on observe un départ massif des femmes après 40-44 ans de ce service, et ce de manière égale au fil des ans, tandis que chez les hommes, cette tendance à la baisse est surtout observée après 50-54 ans.

Figure 4 – Infirmières et infirmiers spécialisé-e-s en soins intensifs et d'urgence, en Belgique, de 2008 à 2017



Source : SPF Santé publique

3) De la pénurie à la sécurité d'emploi

Dans le métier infirmier en Belgique, l'insécurité de l'emploi n'est pas de mise. Au contraire, les infirmiers-ères sont plutôt en situation de sécurité de l'emploi. En effet, le manque de personnel infirmier permet presque la possibilité de choisir son pourcentage de travail. Aussi, un-e jeune infirmier-ère sortant de l'école peut facilement trouver de l'emploi dès son diplôme en poche. L'emploi infirmier n'est donc ni précaire, ni en sous-emploi, et ne semble pas non plus se rapprocher d'un emploi stable déstabilisé. Le besoin en main-d'œuvre infirmière est tel que le licenciement se fait rare.

Le vieillissement de la population augmente les besoins en soins de santé dans nos sociétés occidentales. Pourtant, dans plusieurs pays d'Europe, à l'heure actuelle, une situation proche de la pénurie en main-d'œuvre infirmière est observée. Le problème ne réside pas dans le manque de personnes formées et diplômées par rapport aux postes à pourvoir, mais bien dans le fait qu'elles ne restent pas dans le métier. Rappelons qu'en 2009, le SPF Santé Publique comptait 160.000 infirmiers-ères enregistré-e-s contre 120.000 infirmiers-ères actifs-ves : 35% des infirmiers-ères diplômé-e-s décident donc de ne pas (ou plus) exercer ce pour quoi ils-elles ont été formé-e-s. Il existe deux points d'entrée pour améliorer la situation : soit déployer des moyens pour maintenir les infirmiers-ères à l'emploi (pour contrer les départs anticipés à la retraite), soit rendre le métier encore plus attrayant dès les études¹⁹.

À l'heure actuelle, l'ONEM²⁰ maintient la perception des allocations de chômage pour certaines études de plein exercice qui préparent à une profession pour laquelle il existe une pénurie significative de main-d'œuvre. Dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'État, la matière des dispenses pour suivi d'études, d'une formation ou d'un stage est transférée aux Régions. Ce transfert est opérationnel pour la Région wallonne et la Communauté germanophone, depuis le 1^{er} janvier 2016, pour la Région bruxelloise, depuis le 1^{er} mars 2016, et pour la région Flamande, à partir du 1^{er} janvier 2017. Pour la région wallonne, c'est le Forem²¹ qui se charge de lister les études qui mènent à des professions en pénurie. La formation en soins infirmiers, en soins généraux ou en soins spécialisés, fait partie de cette liste pour l'année scolaire ou académique 2016-2017²².

Il est donc possible, pour suivre des études, une formation ou un stage, de bénéficier d'une dispense de certaines obligations de demandeur-se d'emploi. Pour les habitant-e-s de Bruxelles, Wallonie ou d'une commune germanophone, il s'agit de pouvoir ne plus être inscrit-e comme demandeur-se d'emploi, de pouvoir refuser un emploi proposé, de ne plus devoir être disponible pour le marché de l'emploi, et de ne plus devoir rechercher activement de l'emploi. Si une dispense est obtenue pour suivre des études de plein exercice préparant à un métier en pénurie, le montant des allocations ne diminue plus du fait de la dégressivité, durant les études. La dispense est accordée pour la durée d'une année scolaire, vacances comprises. Elle peut être prolongée en cas de réussite de l'année scolaire. Elle peut être retirée s'il apparaît que le-la chômeur-se ne suit pas régulièrement les activités imposées par le programme. La dispense vaut également pour les séjours temporaires à l'étranger pour effectuer un stage faisant partie intégrante des études. En cas de réussite, et si des allocations de chômage sont encore perçues, ce montant peut encore être conservé pendant une période de 6 mois à partir de la fin de la dispense.²³

Cette dispense est valable pour les chômeurs-ses complets-êtes indemnisé-e-s qui :

- à la date officielle du début de la première année scolaire (ou académique) du cycle d'études qui fait l'objet de demande de dispense, ont terminé depuis 2 ans au moins des études ou un apprentissage ;
- veulent entamer des études préparant à des professions pour lesquelles il existe une pénurie significative de main d'œuvre ;

¹⁹ www.next.uni-wuppertal.de (site consulté en juillet 2011).

²⁰ L'Office National de l'Emploi.

²¹ Le Forem est le service public wallon de l'emploi et de la formation.

²² www.leforem.be (site consulté en avril 2017).

²³ <http://www.onem.be> (site consulté en avril 2017).

- sont inscrit-e-s comme élèves réguliers (pas comme élèves libres) ;
- reprennent des études d'un niveau équivalent ou supérieur aux études déjà suivies ou bien d'un niveau inférieur aux études déjà suivies à condition que ces études relèvent de l'enseignement supérieur (universitaire ou non) ;
- n'ont pas déjà un diplôme de fin d'études de l'enseignement supérieur (sauf dérogation exceptionnelle accordée par le directeur du Forem)²⁴.

En bref, le métier étant considéré en pénurie depuis de nombreuses années par le Forem, il est donc possible de devenir infirmier-ère tout en bénéficiant d'allocations de chômage durant sa formation.

Cette pénurie de main-d'œuvre infirmière, nous l'avons vu, date d'une longue tradition et semble constitutive du métier. Cette notion semble toutefois ambiguë. Il est vrai que le besoin en infirmiers-ères est fort, mais rappelons qu'il a aussi été utilisé comme argument, au début du XX^{ème} siècle, pour que le temps de formation ne soit pas trop long, ce qui a concouru à une dévalorisation de l'apprentissage. La pénurie est « prétexte à une révision à la baisse des exigences d'accès et de formation » (Laurent, 1999, p. 10). Au moment où les écoles infirmières se créent en Belgique, vers 1910, suite à la décléricalisation du personnel aide-soignant en vue de former plus de laïcs, il était de bon ton de faciliter l'apprentissage pour acquérir plus vite de l'aide (Laurent, 1999). Certains médecins critiquaient même « la longueur des études et l'internat obligatoire qui risquent de décourager les vocations alors que leur rôle est fait d'autant de dévouement que de science » (Laurent, 1999, p. 10). Des études trop longues (3 ans) pourraient rendre les infirmières rétives aux soins ménagers aussi requis. L'éducation se doit donc d'être limitée, et l'argument de la pénurie, donc de la formation rapide en urgence, est utilisé.

Dans les années 1920, lors de la politique familiale de l'État, on manquait cruellement d'infirmières visiteuses, devant aller dans les foyers enseigner l'hygiène sanitaire et alimentaire des bébés et de leurs mères (Massart, 1995). De rapides formations ont alors été mises en place, notamment par la Croix-Rouge.

Plus tard, en 1960, « sous prétexte de pénurie mais surtout dans un souci de moindre coût, la profession est divisée en infirmiers A2, brevetés, et A1, gradués, qui font à peu près la même chose pour des salaires différents. » (Laurent, 2013, p. 51). De cette manière, il est possible d'engager du personnel plus rapidement, mais aussi de le payer moins cher pour des actes quelque peu différents. C'est seulement depuis la rentrée académique 2016-2017 que le cursus en soins infirmiers est passé de trois à quatre ans. Le nouveau profil de compétences exige des compétences scientifiques et réflexives plus développées. L'intitulé du grade de bachelier « en soins infirmiers » (anciennement graduat) devient bachelier « infirmier responsable de soins généraux ». Le brevet « infirmier hospitalier » existe toujours en 3 ans d'études de niveau secondaire professionnel complémentaire, pour devenir infirmier-ère A2.

Depuis l'aube du métier infirmier, le personnel qualifié, compétent et disponible semble manquer ; comme si cette pénurie devait rester partie intégrante de l'identité de l'infirmier-ère, comme si elle ne pouvait pas être dépassée, comme s'il fallait toujours se battre pour recruter de la main d'œuvre, comme si c'était « normal » et donc valorisable aux yeux de l'extérieur. Pourtant, le nombre de diplômé-e-s semble suffisant. Encore faudrait-il dénicher des politiques publiques réduisant les 35% de « déserteurs-euses ».

²⁴ www.leforem.be (site consulté en avril 2017).

Pourtant, travailler en sous-effectif peut avoir de sérieuses répercussions sur le malaise infirmier. En effet, ce sont les personnes en place qui doivent pallier le manque de personnel par une surcharge de travail, par des horaires incompatibles avec une vie de famille ou une vie sociale, par un accroissement de stress, en somme par un manque d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. La conciliation, encore plus difficile, n'est pas compensée par un soutien financier, ni par des politiques sociales soulageant la charge familiale. La seule politique publique, pour pallier la pénurie, est le maintien des allocations de chômage durant la formation initiale décrite ci-avant.

4) Évolution des conditions de travail hospitalières

Quelles sont les attentes hospitalières actuelles ? Sont-elles constantes dans le temps ou ont-elles évolué ? Les conditions de travail en hôpital sont-elles plus pénibles ? Il semble bien que les nouvelles formes de management aient également imprégné le monde hospitalier, et ce progressivement depuis les années 1990. Selon Diane-Gabrielle Tremblay, dans son portrait de la profession infirmière, « l'intensification actuelle de la pénurie de main-d'œuvre, comme de la concurrence, exerce une forte pression à la hausse des exigences de rendement. (...) L'heure est aux compressions de personnel et aux nouvelles stratégies de mobilisation des effectifs, (...) [entraînant] une augmentation de la pression au travail, avec pour conséquence des niveaux de stress et de fatigue plus élevés. Combiné à la profession des horaires atypiques non choisis, l'accroissement de la pression au travail ne peut avoir pour résultat que d'entraver davantage les efforts des employés en vue de concilier emploi et famille » (2014, pp. 41-42). Même si le cheval de bataille de Tremblay demeure la conciliation entre famille et travail, nous pouvons établir un parallèle évident entre les pressions managériales et un malaise professionnel, passant notamment par un manque de conciliation²⁵.

Les horaires aussi sont particulièrement pénibles dans le métier infirmier, non seulement parce que le travail ne s'arrête jamais, mais aussi parce que la pénurie de main-d'œuvre y est assez forte. Le travail se fait pendant le jour, le soir, la nuit et les week-ends, mais il y a aussi l'obligation de pallier la pénurie ou de « faire des doubles » : « obligation de faire un autre quart de travail ou une partie de quart de travail à la suite de son horaire habituel afin de combler le manque d'effectifs » (Tremblay, 2014, p. 38). Cette surcharge de travail constante cumulée aux conditions de travail se détériorant ne peuvent amener que du malaise au travail. Même si le travail supplémentaire est bien rémunéré, il n'en demeure pas moins qu'il est surtout possible pour les plus jeunes, sans contraintes familiales et/ou en meilleure santé. Par définition, l'horaire d'un-e infirmier-ère est difficilement compatible avec une vie de famille ou avec un retour aux études.

Au-delà de cette surcharge de travail, liée directement au surnombre de patient-e-s par rapport aux infirmiers-ères disponibles, il existe la surcharge administrative, diminuant le temps consacré à la patientèle et par là jouant sur la santé des malades. Le temps donné aux patients est aussi diminué directement par la réduction du temps d'hospitalisation, suite à des restrictions budgétaires. Le temps pour les pauses et pour les repas est aussi amputé. Même si les pressions se font plus fortes au sein des hôpitaux, les autres institutions semblent aussi touchées par ces surcharges de travail. Selon les infirmiers-ères interrogé-e-s par Tremblay, voici les principales difficultés au travail : « temps supplémentaire obligatoire, non-reconnaissance, remaniements organisationnels, travail de nuit et de fin de semaine, (...) une forte pression »

²⁵ La conciliation (ou son manque) ne sera pas spécialement un facteur en soi dans ce travail, mais elle sera traitée à plusieurs reprises, de manière transversale.

(2014, p. 75). Il ne faut pas non plus oublier les ennuis de santé, s'accumulant notamment avec l'âge. Les conditions de travail étant plus difficiles, l'épuisement physique et mental peut amener certain-e-s au *burn-out* ou à la dépression, en plus de tous les risques musculo-squelettiques déjà existant.

Les principaux défis à relever par les infirmiers-ères sont de toujours maîtriser des nouvelles technologies, des nouvelles connaissances, et une complexification des protocoles de traitement. La pratique infirmière requiert maintenant davantage de compétences techniques, de gestion et de communication. Ces nouveaux acquis peuvent, dans certains cas, amener plus d'autonomie à la pratique, et par là des relations plus égalitaires avec les médecins. Toutefois, l'autonomie semble moins grande en hôpital où les pressions se font plus grandes et elle semble vécue ou attendue différemment selon les générations. Le rythme du travail infirmier est très rapide et le contexte de surcharge de travail donne l'impression de constamment manquer de marge de manœuvre ou d'autonomie. « Dans les centres hospitaliers, l'autonomie en matière de flexibilité des horaires ou de prise d'un congé d'urgence semble plus difficile, sauf pour des cas d'exception qui doivent être négociés avec l'infirmière chef ou le supérieur immédiat » (Tremblay, 2014, p. 77).

Puisque les directions et les gestionnaires ne semblent pas prendre en main l'insatisfaction des travailleurs-euses, ni la surcharge de travail, les principales stratégies à disposition des infirmiers-ères restent l'allègement du temps de travail, pour autant que leur position financière le permette. Les cas de monoparentalité, par exemple, rendent la situation plus délicate et nécessitent alors plus de soutien de la part des collègues ou des supérieurs immédiats. « Certaines vont même jusqu'à démissionner pour retrouver de l'énergie et assurer la sécurité de leur famille » (Tremblay, 2014, p. 84). Et si les finances l'exigent, la possibilité de changer carrément d'emploi, et donc de carrière, devient aussi une solution.

C. Valeurs professionnelles infirmières

Connaissant mieux l'histoire des infirmiers-ères, qu'en est-il des valeurs véhiculées dans le métier ? Manifestement, une des valeurs primordiales dans le métier infirmier, qui revient au fil du temps, relève davantage de l'attitude et du comportement au travail, que du travail lui-même. Les « qualités » humaines vont plutôt être valorisées par rapport aux « compétences » ou techniques acquises. « Mais on peut se demander si l'importance accordée aux attitudes et comportements traduits en "rôle" n'a pas contribué et ne contribue pas encore à laisser dans l'ombre et l'imprécision les croyances et valeurs qui orientent les soins, les idéologies et philosophies qui agissent dans la pratique infirmière. (...) N'ayant aucune orientation philosophique clarifiée, le personnel infirmier est susceptible de suivre n'importe quel courant idéologique et politique » (Collière, 1982, p. 280). Il importe donc pour la recherche en soins infirmiers de clarifier les valeurs et les conceptions fondamentales qui sous-tendent la pratique infirmière, tant pour les soignant-e-s que pour les soigné-e-s.

Selon Danielle Blondeau (2002), infirmière et docteure en philosophie au Québec, en dehors de la valeur fondamentale du *caring*, il existe quatre valeurs chronologiques caractéristiques du métier infirmier : la vocation, la subordination, la libération et la poussée autonomiste.

D'abord, la notion de vocation fait appel à la religieuse, à la « femme consacrée » de Marie-Françoise Collière (1982), historienne française et enseignante en soins infirmiers, qui se soucie de préserver la vie humaine. « Toutefois, l'impératif éthique s'amplifie à l'époque du christianisme : amour, charité, dignité et respect de la personne sont alors des valeurs essentielles. C'est dans le dévouement et le don de soi, dans le sacrifice et l'oubli que les

religieuses se soumettent à leur vocation » (Blondeau, 2002, p. 64). On associe alors la religion et la féminité pour décrire le métier infirmier, et ce jusqu'au XX^{ème} siècle.

La deuxième valeur qui suit la vocation dans le temps reste la subordination à un Dieu, à un père, à un médecin, bref à une figure paternelle. L'infirmière est une sorte de mère auxiliaire d'une plus grande autorité médicale ou ecclésiastique. Cette conception paternaliste des soins infirmiers renforce l'infantilisation des patients et leur passivité dans la gestion de leur santé. De ce modèle familial ressort la valeur de la loyauté envers le médecin et donc l'obéissance et la soumission aveugle, presque militaire.

Avec les avancées médicales du XIX^{ème} siècle, le métier infirmier développe une troisième valeur, censée la libérer progressivement du joug médical, et certainement du joug religieux : la dimension technicisée et scientifique du soin. « De la recherche de la qualité de la personne soignante elle-même, on se dirige vers la qualité du geste à accomplir. Le souci moral s'oriente davantage vers l'acte professionnel que vers la personne qui dispense les soins » (Blondeau, 2002, p. 69). La formation obligatoire scientifique amène des connaissances, des habiletés et de l'objectivité. Cependant, le revers de cette nouvelle médaille est une conception mécaniste des soins et une approche déshumanisée de la patientèle qui se rapproche davantage de la clientèle.

Enfin, suite à la libération progressive des liens de subordination, on assiste à une ascension ou poussée autonomiste du métier infirmier. Des liens de collaboration sont davantage de mise. Le sens moral des infirmiers-ères ne réside plus dans l'obéissance mais bien dans la responsabilité professionnelle et donc dans l'autonomie, ce qui renforce l'identité infirmière. Au Canada, un nouveau concept de soins émerge : le *case management*, ou la « gestion par cas », où on « oppose à l'image traditionnelle de la mère substitut celle d'une entrepreneure autonome qui négocie avec son client un programme de soins et consulte les autres professionnels de la santé. (...) L'orientation contemporaine des soins infirmiers suppose qu'on accorde à l'infirmière un rôle indépendant, et c'est le bénéficiaire qui se trouve maintenant au centre de ses préoccupations, d'où un intérêt marqué pour les relations avec les clients, la réappropriation du *caring*, le respect de l'unicité de la personne, l'humanisation des soins, la loyauté envers le client et, par conséquent, la défense de ses intérêts » (Blondeau, 2002, p. 72). Les Américains parlent même d'un nouveau rôle infirmier, l'*advocacy*, où les infirmiers-ère jouent le rôle d'un avocat défendant les droits et les intérêts des bénéficiaires, s'opposant par là à la conception paternaliste dominante. « Le rôle actif et autonome de l'infirmière consiste à percevoir le caractère unique d'une relation interpersonnelle et à saisir chez l'autre le sens intime qu'il accorde à l'expérience de sa maladie et de sa souffrance » (Blondeau, 2002, p. 74). On assiste à un « nouveau paradigme infirmier (...) [où] la culture technicisée (...) a suscité un profond questionnement sur le sens des choses et, notamment, sur la valeur de la vie humaine. C'est ainsi que l'intolérance à l'endroit de la déshumanisation a atteint un seuil. (...) La notion de *caring* refait surface. (...) L'importance et la popularité de cette valeur démontrent un désir d'humanisation qu'on a mis de côté au profit des valeurs dominantes d'une culture technicisée » (Blondeau, 2002, pp. 75-76). Ce dernier point de la poussée autonomiste semble plutôt spécifique au Québec, voire à l'Amérique du Nord, car il est toujours en processus en Europe francophone, du moins en Belgique. La vision horizontale du partage des tâches est encore trop précoce là où la hiérarchie préside.

Pour Tremblay (2014), à l'inverse de Blondeau, la vocation fait encore partie intégrante du métier. Les infirmiers-ères interrogé-e-s dans son enquête affirment avoir toujours eu envie de soigner les autres, comme un appel incontrôlable. Comme si on naissait avec le soin dans le sang. La vocation est perçue comme étant « naturelle », mais n'est-elle pas pourtant bien construite socialement ? La petite fille va jouer à l'infirmière qui soigne ses poupées, pour imiter sa maman qui la soigne...et si c'est plus souvent la mère qui prend soin de ses enfants, des

« vocations » par mimétisme et projection vont se faire principalement auprès des jeunes filles. Pourtant, comment expliquer alors les hommes qui utilisent le terme de « vocation » ? Le danger ici est de réduire cet appel d'ordre divin au genre féminin. Peut-être y a-t-il réellement un attrait pour le soin des autres, mais ce n'est pas forcément lié au sexe. Quand Tremblay parle « des valeurs qu'on porte en soi et qui sont typiques de la dimension relationnelle du genre féminin, (...) valeurs (...) des soins (*care*), de la charité et du don de soi, (...) la patience, l'empathie » (2014, p. 49), il faut espérer qu'elle ne cantonne pas ces « qualités naturelles » aux femmes, excluant par là les hommes qui pourraient aussi être attirés par ce genre de travail. En effet, si l'on creuse un peu les « vocations » qu'elle expose, on peut y voir des pressions familiales et de traditions : les femmes ne font pas médecine, mais elles peuvent « faire infirmière ». Les professions « pour les femmes » restent encore souvent limitées aux branches du soin et de l'enseignement. Les idées genrées sont véhiculées par la famille évidemment et se répercutent de génération en génération, depuis la plus tendre enfance.

Un des hommes interrogé par Tremblay (2014) traite également de volonté, de patience, d'empathie, de bonne humeur, de « les faire se sentir bien [les patients] », de douceur et de passion du métier. Une autre interrogée parle d'intérêt à aider les gens à retrouver leur santé et à prendre soin d'eux. Et si l'aide aux autres est ancrée chez certaines femmes, parfois la seule possibilité acceptée par la famille ou l'extérieur est de « faire infirmière ». Dans l'aide aux autres, il y a aussi l'idée de rendre service, d'accompagner la douleur, de rassurer, d'amener de la chaleur humaine, bref, d'être dans le relationnel davantage que le médecin. Une autre encore explique qu'il faut sûrement que ça soit une vocation pour pouvoir supporter la surcharge de travail.

Les valeurs professionnelles semblent aussi différer selon les générations. Dans son enquête, Tremblay montre notamment que les jeunes infirmiers-ères se sentent aussi passionné-e-s par leur travail que les plus âgé-e-s, mais veulent davantage de temps pour soi et avec leur famille, contrairement aux plus âgé-e-s qui semblent dévoué-e-s « corps et âme ». Aussi, Tremblay parle même de conflit de valeurs : « les jeunes désirent plus d'autonomie alors que les plus expérimentés affirment trouver plus important le sens du devoir et du collectif » (2014, p. 73).

Les infirmiers-ères interrogé-e-s dans notre enquête, nous le verrons plus en détails par la suite, ne tiennent pourtant pas forcément le même discours. Le terme de vocation fait rugir une infirmière d'indignation, qui pense que la vocation les cantonne justement dans un rôle de soumission. Par contre, d'autres valeurs sont aussi représentées dans les discours telles que l'amour de son travail, le travail en équipe et les patients au premier plan, être travailleur, résistant, courageux et loyal. Ces valeurs, évidentes pour les infirmiers-ères, sont relativement normatives et ne sont donc pas remises en cause. Elles sont nécessaires pour l'esprit d'équipe, pour la communauté, et ne peuvent pas être questionnées sous peine d'ébranler l'identité infirmière tout entière. Comme déjà évoqué plus haut, elles peuvent aussi servir de rempart contre les aléas plus négatifs du métier, tels que la surcharge de travail ou encore la douleur des patients. La nécessité de ces valeurs ne fait donc aucun doute, comme leitmotiv, comme ligne de conduite, comme protection et comme fin.

Il semble donc assez ardu de trouver d'emblée des facteurs de sensification qui ne sont pas aussi des justifications ou des protections. Marie Alderson (2005), docteure et professeure en sciences infirmières à Montréal, a étudié longuement le plaisir et la souffrance dans le métier infirmier, notamment dans sa thèse de doctorat en sciences infirmières. Dans un de ses articles, elle emprunte une définition du plaisir à l'analyse psychodynamique du travail (PDT) en psychologie. Le plaisir renvoie « à l'état de bien-être psychique vécu par un individu lorsque son travail (...) lui permet de satisfaire ses désirs de reconnaissance, de pouvoir, d'autonomie, d'accomplissement et de construction identitaire. Le plaisir au travail comprend aussi l'expérience de la coopération,

de la solidarité, de la convivialité et de la confiance » (Alderson, 2005, p. 78). L'inverse de ce plaisir serait une souffrance psychique et sociale ou une forme de malaise. Les résultats des travaux d'Alderson dénoncent plutôt l'absence de plaisir.

La difficulté de trouver du positif dans des ouvrages sur les infirmiers-ères ou dans des témoignages constitue en soi une sorte de norme : il est nécessaire de décrier ce qui doit être amélioré, il est essentiel de se plaindre ou de les plaindre. Car la plainte est aussi une forme de reconnaissance ou du moins une manière de se faire entendre. La plupart des auteurs lus s'identifient presque à leur objet d'étude et accompagnent donc la plainte. Nous pouvons avouer qu'il a été difficile de s'en extraire et de ne pas leur donner raison. Et pourtant, certains signes montrent l'implication trop forte des auteurs, notamment par le fait de toujours décliner au féminin le terme « infirmière ».

D'ailleurs, ce qui peut être surprenant, c'est que tous les auteur-e-s en sciences infirmières revendiquent même d'utiliser ce terme au féminin en souvenir d'un soin historique féminin. « Les pratiques des soins issues des femmes et celles venant des hommes étant de nature différente, il importe de les considérer dans leur singularité » (Collière, 1982, p. 21). L'auteure insiste sur la distinction des pratiques de soins développées par les femmes pour promouvoir la vie, alors que les hommes ont construit des outils pour donner la mort ou donner des soins qui réclament une grande force physique. En insistant sur cette distinction « naturelle », elle cristallise en quelque sorte la genrification des soins. Que les soins soient féminins serait alors normal et normatif. « Les pratiques du corps ont pour point d'ancrage le corps de la femme, ce corps marqué par le sang des règles, lieu de la conception et de l'enfantement. (...) C'est par son corps que la femme donne les soins au nouveau-né, à l'enfant, puis sera amenée à en donner aux autres femmes. C'est à travers son corps que se communiquent les soins, d'où la nécessité d'avoir connu dans son corps l'expérience de la fécondation, de l'accouchement et de la naissance. Comment serait-il possible de soigner (...) sans avoir soi-même éprouvé en son corps toutes les manifestations de la vie en gestation, de la vie en éclosion. Pour soigner, il faut avoir donné la vie » (Collière, 1982, pp. 38-39). L'auteure semble presque nostalgique d'un temps où la division sexuelle du travail amenait une forme d'équilibre, où le soin féminin naturel était davantage valorisé.

Au lieu de légitimer et d'ouvrir la science infirmière, Collière discrimine toute une série de personnes du monde des soignant-e-s, par son discours naturaliste ou essentialiste. Non seulement les hommes sont, « par nature », éjectés du soin, mais aussi toutes les femmes incapables ou non désireuses d'enfanter. Un tel discours reste néfaste aussi pour l'identité de la profession : si c'est par l'expérience du corps que l'on devient soignant-e, alors les longues études supérieures ou universitaires ne servent à rien et la transmission des savoirs reste volatile dans l'oralité. Peut-être est-ce là une manière de donner encore plus de reconnaissance à un métier féminisé qui est pris de haut, mais il est vu ici comme une prise de pouvoir excluant celles et ceux qui ne sont pas des mères biologiques mais qui ressentent aussi cette envie d'aider les autres dans le soin aux personnes. Le fait de féminiser le terme dénonce l'implication et l'assentiment des auteur-e-s au discours, mais montre un manque de recul et d'objectivité, et donc une prise de position genrée excluante. Si les femmes veulent plus d'ouverture et d'accueil dans les professions dites plus « masculines », cela doit aussi commencer en ouvrant les portes des professions dites « féminines », et non en les cloisonnant davantage. Pour certain-e-s chercheur-e-s plus « naturalistes », dont certains-e-s sont notamment issu-e-s du courant de la psychodynamique du travail (PDT), le terme « infirmière » est revendicateur d'une certaine idéologie de distinction sexuée des soins. Or, le propos de ce travail ici se situe à l'opposé de la différenciation : même s'ils ne représentent que 10%, les hommes infirmiers ne doivent pas être oubliés ou mis à l'écart. Et si des différences entre hommes et femmes sont observées, il

importe de garder à l'esprit leur construction sociale. C'est dans cette optique que nous utilisons, tout au long de cette recherche, les termes « infirmier-ère » ou « infirmiers-ères », pour justement signifier l'absolue nécessité du décroisement et du dé-naturalisme.

D. La recherche en soins infirmiers

Si les sciences infirmières se définissent depuis quelques années comme une discipline à part entière, elles demeurent aussi fondamentalement en construction. La conceptualisation des savoirs infirmiers s'est faite bien après l'existence de l'infirmier-ère laïc-que. Alors que les soins institutionnels sont présents depuis plusieurs siècles, la théorisation des soins s'est d'abord faite au XX^{ème} siècle par le corps médical reléguant les infirmiers-ères à être leurs auxiliaires. Donc, « dans la tradition de langage francophone, on a commencé dans la première moitié du XX^{ème} siècle à "se dire infirmière" après avoir reçu une identité imposée et avant d'avoir pu conceptualiser des modèles paradigmatiques et théoriques "infirmiers". C'est en effet seulement dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle que la recherche fondamentale en *Nursing Science* a vu le jour aux USA avec Hildegard Peplau en 1952, Virginia Henderson en 1955, Dorothy Johnson en 1958 » (Nadot, 2013, pp. 395-396). Les premières théoriciennes se sont donc inspirées d'abord d'autres disciplines, telles que la physiologie, la psychologie et l'anthropologie, pour légitimer leur savoir, plutôt que de puiser dans leur propre histoire. Les premiers débats portent alors sur le caractère scientifique des soins infirmiers. Une réticence persiste à utiliser le mot « science » pour ne pas creuser davantage le fossé entre théorie et pratique infirmière. Selon Clémence Dallaire et Karine Aubin, « la dichotomie perçue entre la pratique et le savoir infirmier s'expliquerait par la prédominance imposée de la perspective médicale sur les soins » (2008, p. 12). En effet, la science médicale semble dominante sur le terrain, pouvant faire de l'ombre au développement des savoirs infirmiers.

On parle alors de « savoir-infirmier » (Walter, 1988), de « pensée infirmière » (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994), de « science infirmière » (Dallaire & Aubin, 2008) ou de « sciences infirmières » à l'université, et donc de recherche scientifique infirmière. Les soins infirmiers cherchent d'abord à se différencier des soins médicaux, en définissant leur complémentarité. Ensuite, il s'agit d'acquérir une formation supérieure, voire universitaire. En Belgique, même si l'allongement des études infirmières est prolongé à quatre ans, la formation n'est pas encore donnée *per se* au sein des universités. Pourtant, des masters en soins infirmiers existent déjà au Canada, en France et en Suisse. Selon Collière, « plus la filiation religieuse matrilinéaire et la filiation médicale patrilinéaire demeurent prédominantes, plus il existe un écart important de temps entre les premiers diplômes universitaires pour les femmes et une formation universitaire pour les infirmières. Aux États-Unis, cet écart est de vingt-cinq ans tandis qu'en France, il est d'un siècle » (1982, p. 201). La première formation universitaire pour les infirmiers-ères aux États-Unis date de 1899 (Columbia University), et en France, ça a été à l'Université de Lyon en 1965. C'est principalement avec l'arrivée des études universitaires que la recherche scientifique en soins infirmiers se développe. « La formation universitaire initie à la démarche interrogative, oblige au questionnement, accule à l'argumentation (...) [qui] développe l'aptitude à prouver ce que l'on avance. De plus, elle permet d'acquérir la maîtrise de la pensée écrite en s'y essayant soi-même par la rédaction de travaux, prélude à des publications. C'est véritablement grâce à la formation universitaire que les infirmières ont commencé à constituer un patrimoine d'écrits professionnels autre que des articles de morale professionnelle ou des manuels de techniques. Enfin, c'est par la formation universitaire que la profession infirmière s'exerce à la recherche et se rôle à la démarche scientifique » (Collière, 1982, p. 202). La discipline des sciences infirmières ou du « pendre soin institutionnel » (Nadot, 2012) est donc encore émergente dans le monde francophone et n'est composée que de quelques docteur-e-s à

l'heure actuelle. L'identité scientifique et son objet sont encore en construction, donc l'indice de productivité scientifique est encore bas par rapport aux autres disciplines établies depuis des décennies.

Les effets des acquis de la formation universitaire sont encore limités pour plusieurs raisons. D'abord, les premières personnes à bénéficier de la formation universitaire en soins infirmiers ont souvent été des infirmiers-ères enseignant déjà dans des hautes écoles. Les premières recherches ou doctorats sont donc principalement axés sur des stratégies d'enseignement et sur la pédagogie des soins infirmiers. De plus, comme la pratique infirmière a longtemps été associée à des valeurs de bon sens, de moralité et de dévouement, il est difficile de valoriser de nouvelles connaissances dans le développement clinique. Si l'enseignement, l'organisation du travail et l'administration sont des sujets d'étude, il s'agit moins malheureusement de questionner le contenu ou l'approche des soins infirmiers de manière intrinsèque. Troisièmement, les sciences sociales, qui, elles, ont questionné la nature des soins infirmiers, restent éloignées de la pratique. « Ce questionnement ne peut être porteur d'effets que si les infirmières peuvent mobiliser l'apport de nouvelles connaissances au niveau de situations de soins » (Collière, 1982, p. 204). Il n'est pas évident de faire de la recherche sur sa pratique en étant le nez dans le guidon au quotidien. Enfin, une dernière raison de la limitation de l'apport de la formation universitaire réside dans la fuite des cerveaux. En effet, un titre universitaire obtenu, les infirmiers-ères ont bien souvent du mal à clarifier leur pratique infirmière ou à valoriser leurs acquis en sciences infirmières et se dirigent alors résolument vers d'autres fonctions ou professions, comme l'enseignement ou la gestion. Aux États-Unis, après cent ans de pratique, on observe même un fossé entre deux formes d'expert-e-s : les infirmiers-ères professionnel-le-s universitaires, d'une part, et les infirmiers-ères technicien-ne-s, d'autre part (Collière, 1982).

Une autre question à se poser dans le cadre de ce travail, et dans le cadre de cette discipline en construction, est de savoir si un-e chercheur-e non infirmier-ère peut légitimement faire de la recherche en soins infirmiers ou si c'est uniquement réservé à celles et ceux qui ont suivi la formation en soins infirmiers et/ou qui ont pratiqué. Où se situe la limite ? N'y a-t-il que des sociologues qui réalisent des doctorats en sociologie, par exemple ? N'est-il pas possible d'imaginer des passerelles disciplinaires, sachant que les soins infirmiers contiennent aussi des dimensions sociales et institutionnelles ? Si le but de la recherche en soins infirmiers « est de cerner à la fois la nature et (...) la qualité des soins en relation avec les problèmes de vie et de mort qui se posent non seulement aux usagers des soins mais à ceux qui les prodiguent » (Collière, 1982, p. 211), pourquoi serait-elle uniquement réservée aux praticien-ne-s des soins ? Ne pourrait-on pas justement envisager la recherche en soins infirmiers de manière davantage interdisciplinaire et collective, en y incluant aussi les usagers des soins, par exemple ? Toutes ces questions semblent encore en suspens et les réponses ne paraissent pas figées.

Il est évident que les résultats de recherche en soins infirmiers doivent rester transposables et utilisables dans la pratique soignante courante, pour maintenir leur sens. Il revient aussi aux praticien-ne-s de donner sens à ces nouveaux savoirs en les mobilisant dans des situations réelles. « La formation universitaire ne prend sens que si elle n'accroît pas l'écart entre les usagers de soins et les soignants, si elle ne démultiplie pas les strates hiérarchiques, mais permet de réduire le fossé entre lieux de pratique professionnelle et lieux de réflexion » (Collière, 1982, p. 206). C'est donc une discipline encore émergente, cherchant ses points d'appui théoriques et méthodologiques.

Même le nom se cherche encore entre « les soins infirmiers », « les sciences infirmières » ou encore « la science infirmière » (Dallaire & Aubin, 2008). Faut-il utiliser le terme anglo-saxon de *Nursing Studies* ou *Nursing Science* ? Selon Collière (1982), en France, la notion de « recherche

infirmière » engloberait tout domaine de recherche faite par des infirmiers-ères, alors que la notion de « recherche en soins infirmiers » n'en serait qu'une partie, représentant un domaine spécifique. Dallaire, au Québec, utilise l'expression « science infirmière » et la définit comme « un ensemble de connaissances et de recherches ayant un degré d'unité et de généralité qui découle de relations objectives qu'on découvre graduellement et que l'on confirme par des méthodes de vérification » (2008, p. 12). Elle l'utilise au singulier car l'utiliser au pluriel montrerait trop l'emprunt d'autres savoirs. De plus, il importe, pour elle, de développer un savoir propre, à partir de l'intérieur de la discipline. Et comme il s'agit d'interactions entre l'individu et son environnement, Dallaire va même plus loin en définissant la science infirmière comme « la science de l'écologie de la santé humaine personnelle et familiale. L'écologie se préoccupe des interrelations et des modèles d'interactions entre l'organisme et l'environnement » (2008, p. 16).

Les sujets des sciences infirmières en sont aussi à leurs balbutiements. En Amérique du Nord, que ça soit aux États-Unis ou au Canada, quatre concepts-clés composent le métaparadigme du *Nursing* : l'environnement institutionnel de santé, la personne (soignée, soignante ou dans l'institution de soins), la santé pour préserver la vie et le prendre soin enrichi constamment de nouvelles connaissances (Nadot, 2012; Dallaire & Aubin, 2008). En France, Collière (2001) se récrie notamment contre la surabondance d'utilisation de méthodologies diverses, sans questionnement fondamental au préalable. Selon elle, la rigueur utilisée dans les méthodes camoufle le manque de rigueur face aux concepts et théories de l'action infirmière. Même utiliser le terme « soins infirmiers » renvoie à différents thèmes et il est important de le préciser d'emblée. « Ce qui nuit beaucoup à l'ensemble d'une étude infirmière c'est le manque de clarification : des motivations, des buts, des utilisateurs de l'étude, des mots-clés porteurs de conceptions, de valeurs, de croyances, ou faisant allusion à des faits très diversifiés. (...) Une recherche dite "en soins infirmiers" pourra faire référence (...) à une étude portant aussi bien sur : des soins techniques, un processus de soins, une action sanitaire centrée sur une personne, une famille, un groupe ; ou sur l'organisation des soins, le service infirmier, l'organisation du service infirmier ; ou plus large encore : l'exercice professionnel, la profession infirmière en général... » (Collière, 2001, pp. 422-423). Il est donc nécessaire et primordial d'inscrire une recherche en soins infirmiers dans un domaine particulier et d'en définir les termes et concepts mobilisés.

Travailler avec la souffrance des patients au quotidien est aussi un des sujets de recherche particuliers de la profession infirmière. Cette souffrance inhérente à la profession ne déteint-elle pas un peu sur la souffrance au travail des infirmiers-ères ? Côté tous les jours la douleur, la peine, la maladie, la mort, ne joue-t-il pas aussi sur le moral des professionnel-le-s ? Les professions de la santé ont ceci de particulier qu'elles doivent, par essence, composer avec le mal-être ou le malaise des autres. Comment alors s'en prémunir ou s'en protéger, tout en restant empathique et efficace ? Gérer la souffrance des autres, au niveau relationnel, est loin d'être un domaine prolixe en science infirmière. La recherche en soins infirmiers s'est davantage intéressée à la pédagogie, aux conditions de travail ou encore à des cas d'encadrement de traitements médicaux précis. Contrairement à la souffrance ou la santé mentale des infirmiers-ères (Alderson, 2005), ou encore à la « détresse morale » (Poisson, Alderson, Caux, & Brault, 2014), les émotions des soignant-e-s face aux émotions des patient-e-s ne semblent pas encore faire l'objet de nombreuses publications (Carpentier-Roy, 1992).

Dejours l'évoque un peu dans ses travaux quand il traite de l'intelligence ou du zèle que les travailleurs déploient pour anticiper les imprévus liés au travail. Les soignant-e-s doivent rechercher un « compromis entre une manipulation des corps qui réponde à la rationalité instrumentale (efficacité et rapidité dans la pose de sondes par exemple) et l'entretien d'une

vigilance vis-à-vis des états physiques et affectifs du patient. (...) Les interventions sur les corps pour les maintenir en vie peuvent en outre échouer et aboutir au retour du réel sous sa forme la plus tragique : le décès du patient dans la souffrance physique » (Dejours, 2015, p. 29). Donc, malgré l'inventivité des soignant-e-s, l'inévitable peut se produire. Des idéaux de maîtrise et de puissance se mettent alors en œuvre pour supporter la souffrance des malades. Pourtant, les soignant-e-s restent confrontés à un clivage déstabilisant qui peut alors mettre à mal l'identité : « l'impossibilité de penser la contradiction entre la jouissance ressentie à exercer un pouvoir de vie et de mort sur les corps des patients, et la référence à l'ethos professionnel qui vise à honorer la vie aboutit à une crise des soubassements éthiques de la personnalité. C'est alors l'identité qui court le risque d'être déstabilisée » (Dejours, 2015, p. 45). Il est donc évident que côtoyer quotidiennement la souffrance et/ou la mort des patient-e-s (engendrant la souffrance des familles) pèse aussi constitutivement dans la souffrance au travail.

La méthodologie préconisée en recherche en soins infirmiers reste la recherche expérimentale, suivant le protocole de la recherche médicale, or, selon Collière, il est évident que d'autres types de recherche doivent être adoptés. C'est la recherche de type descriptif qui présente le plus d'intérêt pour Collière, car « il importe d'être d'abord bien au clair avec ce qui est et d'apprendre à en rechercher la signification » (2001, p. 424). Ce type de recherche n'est pas juste factuel mais peut amener non seulement des tentatives d'explication de phénomènes, mais aussi de nouvelles hypothèses pour de futures recherches. Le deuxième type de recherche nécessaire aux soins infirmiers est la recherche de type historique. « L'histoire permet d'établir des liens de signification entre le passé, le présent et l'avenir. Elle permet de construire l'identité tant du service offert que de la profession » (Collière, 2001, p. 424). L'histoire authentifie l'existence d'un groupe et son patrimoine de connaissances. En restant dans la recherche de type expérimental, même si cela peut amener des résultats probants, les soins infirmiers restent attachés à la tradition médicale, sans développer leur propre spécificité conceptuelle et méthodologique.

De plus, les connaissances médicales ne suffisent pas pour connaître et comprendre tous les facteurs influençant le processus santé-maladie. « Toute recherche en soins infirmiers qui ne puiserait qu'à une seule source d'explication des phénomènes (causalité linéaire) est vouée à l'échec. (...) Cela suppose, non seulement d'avoir eu des enseignements dans des domaines aussi variés que la biologie, l'anthropologie, la psychosociologie, la sociologie, l'économie, la démographie..., mais aussi d'avoir appris à les utiliser dans une démarche d'analyse et de synthèse, et à s'en servir pour expliquer ou vérifier des phénomènes » (Collière, 2001, p. 426). Les soins infirmiers doivent donc aussi s'interroger sur leur conception, leur philosophie et leur contenu social et culturel. En outre, Collière insiste sur l'importance de l'interrogation sur le vécu des soins pour les soigné-e-s et pour les soignant-e-s. « La recherche en soins infirmiers devrait pouvoir nous aider à discerner les limites, les seuils de saturation des soins tant pour ceux qui les reçoivent que pour ceux qui les donnent, et ceci lié à la nature, à la complexité, au nombre, à l'impact émotionnel, à la dépense d'énergie vitale qu'exigent les soins en relation avec les situations » (Collière, 2001, p. 427). Discerner ces seuils de saturation pourrait améliorer la sécurité, l'efficacité, le confort et la sociabilité, qui paraissent encore trop « naturels » à l'heure actuelle. Dans tous les cas, il est primordial que la recherche en soins infirmiers ne perde pas de vue « sa signification fondamentale qui est de contribuer à améliorer le service offert par les professionnels ainsi que les conditions leur permettant de l'offrir » (Collière, 2001, p. 429).

La recherche en science infirmière est donc encore en construction à l'heure actuelle, particulièrement en Europe francophone. Nadot (2012; 2013) utilise même le néologisme « médiologie de la santé » à la place de « sciences infirmières » ou « soins de santé ». Pour Nadot, et en cela il rejoint Collière (2001), les infirmiers-ères se doivent d'apprendre l'origine

étymologique de leur pratique, afin d'en inventer une nouvelle qui leur est propre. Ils et elles se doivent de connaître que l'origine du mot « infirmier » est issu d'autres disciplines et d'autres praticiens. « Comment produire de nouvelles connaissances en vue de développer une discipline, si l'on ignore les traditions de langage du passé et les savoirs anciens qui la fondent ? » (Nadot, 2012, p. 236). Car, rappelons-le, l'étymologie du mot « infirmier » serait théologique : il faut combattre les maladies démoniaques par la prière, et le corps malade est mauvais et méprisable contrairement à l'âme qu'il faut élever vers Dieu. Si l'on utilise le terme « infirmier-ère », c'est qu'on fait uniquement référence à la religieuse « qui accepte de se retirer du monde et de consacrer sa vie à Dieu en accomplissant des besognes exigeantes et difficiles au sein d'organisations privées ou publiques en vue de gagner son paradis » (Nadot, 2013, p. 391). L'usage-même du terme « infirmier » serait donc non seulement simpliste, mais surtout très tendancieux, pour l'auteur.

Nadot propose alors une reconceptualisation des soins infirmiers contemporains. Selon lui, étudier l'introduction progressive du terme en territoire francophone, depuis le XVIII^{ème} siècle jusqu'au XIX^{ème} siècle, « permet de retrouver celui qui parle et qui nomme à partir d'actes d'autorité émanant de ceux qui ont le pouvoir de dominer ou qui essayent de s'imposer » (Nadot, 2012, p. 15). Nadot dénonce même un « mythe infirmier » : dire que les soins sont infirmiers serait réducteur et n'aurait d'autre but que de masquer les réels fondements du « prendre soin ». Le mythe infirmier s'inscrirait notamment dans l'usage précis, mais erroné selon lui, de trois termes : « infirmier », « paramédical » et « soin ».

Nadot étudie l'organisation des soins, dans des archives d'institutions hospitalières, qui ne dépendaient ni de la médecine, ni de l'Église. Les premiers énoncés du « prendre soin » figurent déjà au sein d'hôpitaux laïcs, ni médicalisés, ni religieux donc. User du terme « infirmier » serait, selon lui, un abus de langage qui s'est imposé sans frontière dans le monde francophone, par autorité religieuse. « C'est par la domination d'une culture religieuse et une pratique de charité catholique imposée aux hôpitaux (...) que le terme infirmier (...) s'impose sur celui de "gouvernante, servante ou gardes-malade". (...) Les soignantes de l'Hôpital laïc de la ville de Fribourg (Suisse) voient arriver le terme "infirmier" et ses valeurs religieuses envahir leur espace de parole à la fin du XVIII^{ème} siècle, au point d'en modifier les pratiques et les espaces architecturaux à usage ordinaire » (Nadot, 2012, p. 20). Il existe donc une histoire des pratiques soignantes laïques à différencier de l'usage du terme « infirmier », de ses concepts, ses connaissances et ses valeurs, qui seraient plutôt issus du monde religieux. Le langage de l'hôpital laïc est « propre à prendre soin d'une collectivité (accueillir, offrir l'hospitalité, protéger, préserver, contrôler). Il devient progressivement un lieu d'économie domestique collective ou familiale qui réclame un personnel issu de la classe ouvrière, caractérisé par une diversité de compétences et de traits de caractère » (Nadot, 2012, p. 234). La domination symbolique culturelle imposée depuis la fin du XVIII^{ème} siècle s'exprimerait donc déjà dans l'usage du terme « infirmier ». D'autant plus qu'à l'origine le terme « infirmier » est utilisé par ceux qui savent écrire, publier et diffuser des idées qui sont, sinon édulcorées, au moins éloignées de la réalité. « Ce n'est pas parce que les femmes soignantes de la classe des servantes et des classes populaires ne peuvent pas toujours accéder à l'instruction au XVIII^{ème} siècle qu'il faut ignorer l'utilité, la singularité, la complexité et la pénibilité de leur tâche » (Nadot, 2012, pp. 233-234).

Il faut aussi, selon l'historien, arrêter de parler de « paramédical », comme si le fait d'être auxiliaire de quelqu'un était la seule identité légitime. L'hôpital n'a pas toujours été au service de la médecine. « C'est seulement à la fin du XVIII^{ème} siècle, lors de la naissance de la clinique, que le langage médical s'invite à l'hôpital. (...) C'est encore plus tard, au début du XX^{ème} siècle, que les médecins vont s'attribuer le droit de définir ce qu'est une infirmière (...) concevant l'infirmière comme l'auxiliaire du médecin » (Nadot, 2013, p. 391). Le savoir médical prend un

essor tel au début du XX^{ème} siècle qu'il fait passer les infirmiers-ères au « paramédical », c'est-à-dire au service du médical, en le figeant notamment dans les ouvrages pédagogiques. Ce mythe « paramédical » serait même à l'origine des actuelles crises identitaires ou de rôle dont témoignent les professionnel-le-s aujourd'hui. En effet, comment revendiquer une identité professionnelle forte si les fondements disciplinaires sont puisés ailleurs que dans le « prendre soin institutionnel » ?

Le troisième terme relevant du mythe infirmier est celui de « soin ». Si on l'associe d'emblée à la maladie et aux traitements, le soin est plus général et englobe l'humain en difficulté avec son espace de vie. Prendre soin de l'homme, c'est aussi prendre soin du groupe, et c'est exercer la fonction d'intermédiaire culturel. Comment se fait-il que l'on réduise souvent la pratique infirmière au seul soin donné au patient ? Nadot développe un modèle conceptuel de l'intermédiaire culturel, selon lequel il est évident que l'infirmier-ère se situe au centre de plusieurs soins : « soin de la vie du domaine, soin de la vie du groupe et soin de la vie de l'humain. (...) Avec l'institution, le corps médical, les personnes soignées et leur entourage, ce sont au minimum trois ensembles culturels bénéficiaires principaux des prestations soignantes qu'il faut impérativement coordonner et qui façonnent les exigences de la fonction. (...) L'information perçue, décodée, traitée et distribuée dans un environnement particulier (...) a de la peine à se plier à des protocoles et des routines présentées comme sécurisantes, dans la mesure où l'on ne sait jamais, ni la nature du message, ni son intensité, ni le moment auquel il sera délivré » (2012, pp. 237-238). Le modèle de l'intermédiaire culturel de Nadot corrobore le côté imprévisible des soins déjà discuté ci-avant.

Suite à ce modèle conceptuel de l'intermédiaire culturel, Nadot propose une sorte de révolution discursive « en remplaçant le terme théologique "infirmier" par celui novateur de "médiologie de santé" pour s'extraire du mythe théologique infirmier » (2012, p. 240). Nadot est convaincu de la nécessité d'utiliser un suffixe en *-logie* ou en *-ique*, sans lequel « la longue standardisation de nos pratiques et de nos savoirs est toujours orpheline sur le plan identitaire » (2013, p. 398). La médiologie de la santé est une science humaine institutionnelle située aux confins des sciences biomédicales et des sciences sociales. Selon Nadot, les infirmiers-ères auraient « quatre champs d'activité (...) : la pratique du prendre soin, la pratique de formation, la pratique de la gestion, la pratique de la recherche » (2013, p. 387). Pourtant, la dernière pratique n'est pas encore assez investie par ses protagonistes, ni assez reconnue par l'extérieur. « La discipline continue d'être alimentée par les clichés, le sens commun et repose sur des symboles et des croyances issues du passé ainsi que sur ce qui caractérise de manière générale les carrières féminines dans notre société » (Nadot, 2012, p. 213). Créer une propre discipline n'est pas aisé et se situe au cœur de luttes d'influence disciplinaires. « Le monde politique ou le monde de l'économie de la santé et les assurances (...) continuent de donner du crédit aux cultures les plus en vue, notamment à la médecine positiviste avec ses démarches quantitatives. (...) Les infirmières restent les auxiliaires du monde médical et c'est à l'ombre de ce dernier qu'elles peuvent espérer avoir un certain crédit » (Nadot, 2012, p. 217).

En résumé, la recherche en soins infirmiers se cherche encore, surtout en francophonie européenne. Le nom de la discipline erre entre savoir infirmier, pensée infirmière, science(s) infirmière(s), soins infirmiers ou encore médiologie de la santé. La recherche est forcément associée au cursus universitaire, qui n'en est encore qu'à ses débuts en Belgique, avec son master et son doctorat en santé publique, et non en soins infirmiers. Il est donc encore ardu d'allier recherche et pratique, vu le manque de chercheur-e-s ou docteur-e-s en science infirmière. Dès lors, les sujets de recherche ne sont pas prolifiques et devraient se centrer davantage sur le contenu des soins et sur une conceptualisation plus précise. Au niveau méthodologique, les soins infirmiers devraient s'affranchir de la recherche expérimentale,

propre à la médecine, pour développer des méthodes descriptives, compréhensives et historiques.

2. Le malaise au travail

Selon l'histoire du métier infirmier, une forme de malaise infirmier a finalement toujours existé. Pourquoi ce malaise semble-t-il alors si neuf dans la presse ou dans la littérature ? Comment ce thème du malaise s'est-il imposé dans les discours ? Est-ce juste une question de nouveau terme utilisé pour exprimer ce que l'on sait depuis longtemps ? Ou bien y a-t-il quelque chose de neuf à découvrir à travers cette notion de malaise « à la mode » ? Et plus spécifiquement, comment définir, voire même mesurer, ce malaise ?

Un peu utilisé comme un « fourre-tout », le terme « malaise » ne renvoie pas d'emblée à des notions précises, mais bien à des lieux communs. Suivant Denis Monneuse, « si la notion de "malaise" n'est pas anodine, son usage est parfois impropre, abusif. Certains voient des malaises partout. Or rencontrer des difficultés au travail est normal tant celui-ci passe nécessairement par des efforts, des aléas et des tensions. Souffrance et bien-être au travail ne s'opposent pas frontalement. (...) Parler de malaise à la moindre contrariété n'aurait donc pas de sens » (2014, pp. 73-74).

Le malaise ne semble donc pas non plus être perçu comme un concept sociologique à part entière. Pourtant, il n'est pas neuf et est exprimé non seulement par les protagonistes eux-mêmes, ainsi qu'à travers la presse, mais aussi par des chercheur-e-s en sciences sociales depuis quelques décennies. Des réponses à nos questionnements peuvent alors se situer dans cette notion *a priori* floue, pour autant que l'on tente de la préciser et de l'objectiver quelque peu.

Si l'on revient aux sources plus triviales du dictionnaire *Le Petit Robert*, la signification du malaise est triple. D'abord, le malaise est un état de gêne ou d'embarras au niveau pécuniaire. Ensuite, c'est une sensation pénible (et souvent vague) d'un trouble dans les fonctions physiologiques (comme le malaise vagal ou cardiaque). Et enfin, le malaise est un sentiment pénible et irraisonné dont on ne peut se défendre, comme une angoisse, une inquiétude, une souffrance, une tristesse ou un mal-être. Il est entendu que le malaise professionnel dont il est question ici provient plutôt de la troisième définition donnée.

Le malaise professionnel, toutes fonctions confondues, est vu comme le conflit entre les valeurs professionnelles et les exigences organisationnelles (Guérin, Wils, & Lemire, 1996). Entre les attentes professionnelles et les attentes managériales, les insatisfactions professionnelles se cristallisent, selon ces auteurs, autour de plusieurs points de tensions (du plus important au moins important) : le développement de ses compétences et la participation à la prise de décision, la reconnaissance et les conditions de travail, le style de gestion des supérieurs et le respect des droits, l'éthique et l'autonomie (dans la prise de décision et dans l'organisation du travail). Dans ce cadre, le malaise professionnel est défini « comme la somme des tensions ou insatisfactions de nature professionnelle que les professionnels ressentent sur ces différents points. Plus leurs attentes diffèrent de celles des cadres et de l'organisation, plus les tensions risquent d'être vives et le malaise intense » (Guérin, Wils, & Lemire, 1996, p. 14). Les réactions des professionnels face à ces insatisfactions sont diverses, allant d'un sentiment de détachement de leur organisation ou d'ennui dans leur travail, d'un comportement contre-productif, d'une recherche d'un autre emploi, d'un refus de s'impliquer, d'un zèle intempestif, à un burnout ou une dépression (Guérin, Wils, & Lemire, 1996).

Si l'on suit ces auteurs, le malaise infirmier serait alors un conflit entre des valeurs professionnelles et des exigences managériales ou hospitalières. Le sens donné à son travail rentrerait en porte-à-faux avec ce qui est attendu de l'institution, autrement dit l'hôpital

véhiculerait des valeurs différentes de celles attendues par les infirmiers-ères. Il ne s'agira donc pas ici d'interroger directement le burnout des infirmiers-ères, mais bien de se centrer sur les indicateurs ou facteurs de ses signes avant-coureurs, mieux connus sous le terme de malaise.

Dans le titre de son ouvrage « Le malaise des soignants », Ivan Sainsaulieu (2003) nous promettait déjà de répondre d'emblée à ces interrogations. Pourtant, il n'est question nulle part de traiter du terme « malaise », qui ne revient qu'une seule fois à la fin de son ouvrage, sans jamais être formellement défini. Il s'intéresse à la rationalisation de l'organisation hospitalière et aux incertitudes du personnel, mais son titre ne reste qu'accrocheur. Même si ses analyses et son enquête ont pu alimenter nos réflexions ultérieurement, le « malaise » reste difficilement préhensible ou définissable.

A. Le malaise comme révélateur d'un changement social

Alain Ehrenberg, dans « La Société du malaise », prend la peine de définir le malaise dans la civilisation comme « la double idée que le lien social s'affaiblit et qu'en contrepartie l'individu est surchargé de responsabilités et d'épreuves qu'il ne connaissait pas auparavant » (2012, p. 14). Selon lui, le malaise se manifeste par des formes de pathologies du lien social, telles que « les addictions, le stress post-traumatique ou les troubles du comportement » (2012, p. 14). On observe plus de souffrance au travail et de stress « qui seraient l'expression de nouvelles pressions résultant des transformations des modes de management » (2012, p. 14). Ehrenberg utilise le terme « thème du malaise » pour désigner les souffrances diverses qui engendreraient une sorte de quête de la santé mentale. Dans notre société individualiste, cette quête personnelle se manifesterait davantage par une « multiplication de techniques psychologiques, médicales, spiritualistes ou de soutien social prenant en charge ces "pathologies du lien" » (Ehrenberg, 2012, p. 15). Dans la croyance de l'affaiblissement du lien social, on pourrait alors comprendre que le malaise serait à combattre. Or Ehrenberg insiste bien sur le fait d'analyser les évolutions de la société, non pas sous un angle pessimiste et nostalgique, mais plutôt comme des « transformations dans les règles sociales et l'esprit des institutions » (Ehrenberg, 2012, p. 17). Autrement dit, l'individualisme a changé les normes et valeurs sociétales : c'est aujourd'hui l'autonomie qui est plutôt prônée et le mal-être devient un trait constitutif de nos sociétés actuelles, mais ce n'est pas pour autant que le lien social a disparu, il s'est juste transformé. « La croyance en ce que la "montée de l'individualisme" équivaut à un "affaiblissement du lien social" est un trait *naturel* à la démocratie qui répond à des nécessités pratiques et non un mal qui la détruit inexorablement » (Ehrenberg, 2012, p. 29).

Pour Ehrenberg, « la santé mentale est devenue *le* langage contemporain, la forme d'expression obligatoire non seulement du mal-être et du bien-être, mais aussi de conflits, de tensions ou de dilemmes d'une vie sociale organisée en référence à l'autonomie. (...) La santé mentale constitue un nouveau jeu de langage permettant de parler et d'agir sur les problèmes, dilemmes et conflits suscités par l'autonomie. (...) Ce langage (...) permet l'expression socialement réglée de la plainte (...) adressée à des interlocuteurs qui doivent la comprendre et, éventuellement, l'utiliser pour agir. La santé mentale relève ainsi (...) des phénomènes généraux de la vie collective » (Ehrenberg, 2012, p. 19). « Le thème du malaise dans la civilisation n'est donc pas ici un moyen de comprendre la société pour la sociologie, mais un objet qu'elle doit élaborer » (Ehrenberg, 2012, p. 20). Les souffrances observées seraient donc des formes d'indicateurs de ce malaise, comme un mal nécessaire pour atteindre ce nouvel idéal, ou attendu social, de l'autonomie (d'abord comme aspiration collective, ensuite comme condition commune). Le malaise, selon Ehrenberg, serait aussi propre à notre civilisation francophone européenne (ou en tout cas française), et ne se retrouverait pas en Amérique, par exemple.

Nicolas Marquis s'inscrit dans la même veine qu'Ehrenberg, en analysant les lectures d'ouvrages de développement personnel comme symptômes d'un malaise culturel (2014). Pour ce faire, il utilise notamment un modèle du déclin, qui, d'une part, montre un déclin de la société « qui risquerait de disparaître pour faire place à un état de nature à cause d'importants bouleversement sociaux comme le désinvestissement de la sphère publique, l'individualisme, la (dé)personnalisation des rapports sociaux, l'affaiblissement du rapport à la norme, la psychologisation, etc. » (Marquis, 2014, pp. 12-13). D'autre part, le déclin serait aussi celui de l'individu appauvri culturellement et devenu inapte « à une vie d'adulte accompli » (Marquis, 2014, p. 13).

Marquis, dans la lignée d'Ehrenberg, critique évidemment ce modèle du déclin et invite à comprendre ces phénomènes sociaux plutôt que de les accuser automatiquement. En effet, son objet d'analyse, à savoir les lectures d'ouvrages de développement personnel, révèle une transformation sociale, à savoir ce qui fait sens aujourd'hui pour les individus et donc pour la société. Se plonger dans une telle littérature montrerait justement une volonté de prise sur le changement social de la part des individus, en s'occupant davantage d'eux-mêmes. « Le soi, ses compétences et ses potentialités sont les seuls domaines sur lesquels les individus peuvent devenir des experts dans une culture psy » (Marquis, 2014, pp. 17-18). Marquis dénonce donc ce modèle du déclin, plutôt pessimiste : « les auteurs qui évoquent la menace d'une disparition de la société et d'un retour à l'état de nature confondent la possibilité tout à fait réelle de changements sociaux (voire de changements dans la façon de faire société), avec la possibilité, quant à elle irréaliste, qu'on puisse tout simplement *ne plus faire société* » (Marquis, 2014, pp. 27-28).

Même si les auteurs d'ouvrages de développement personnel utilisent l'argument du malaise pour justifier leur littérature, le malaise ne serait donc pas à prendre *a priori* comme une conséquence néfaste de transformations sociétales, mais comme un révélateur de mutations sociales. Et une des grandes mutations est celle de l'autonomie comme attendu social. Si l'autonomie dans nos sociétés devient nécessaire, l'individu peut alors donner sens à sa vie de deux manières, soit en la rendant compréhensible (pour soi et autrui), soit en la rendant intéressante (pour soi) (Marquis, 2014).

Plutôt que de prendre le malaise pour argent comptant, il sera intéressant (et nécessaire) ici de comprendre les raisons, causes ou facteurs du malaise infirmier, mais aussi le sens que les infirmiers-ères lui donnent. En effet, rester dans un métier en malaise doit forcément faire sens quelque part. Le malaise serait presque à comprendre non pas comme une perte sociale, mais comme une nouvelle norme sociale.

B. Le malaise de l'urgence et dans l'urgence

Corinne Saint-Martin définit le malaise dans le travail comme « "un malaise de et dans l'organisation", exprimé par "cette sensation d'un travail empêché ou contrarié" qui produit une insatisfaction et "un mécontentement identifié" » (2009, pp. 120-121). La souffrance au travail serait donc une forme de conséquence inévitable du malaise, de même que les insatisfactions professionnelles. Selon cette auteure, la naissance d'un malaise au travail s'accompagne généralement d'un manque de reconnaissance de l'institution de « la réalité de ces conditions de travail et de leurs effets individuels sur les professionnels. On attend que celle-ci [l'institution] exprime directement cette reconnaissance. L'absence de communication à ce niveau est vécue comme une violence supplémentaire » (Saint-Martin, 2009, pp. 122-123). Le manque de reconnaissance semble ici indissociable du malaise au travail. De plus, l'étude de Saint-Martin, qui traite particulièrement de l'urgence au travail, est aussi intéressante pour notre objet

d'étude car le travail infirmier est la plupart du temps urgent ou exercé dans l'urgence. « La nature de ce surinvestissement dans l'urgence (...) est fondamentalement articulé à la nature des conditions organisationnelles d'action, et est susceptible de déboucher sur des formes d'épuisement professionnel non reconnues à ce moment-là » (Saint-Martin, 2009, p. 122). Travailler dans l'urgence transforme donc les rapports au travail.

Le travail dans l'urgence est largement étudié également par Nicole Aubert (2003). Selon elle, le mode de fonctionnement à travailler dans l'urgence est presque devenu une nouvelle norme de fonctionnement, comme si l'individu ne pouvait plus travailler autrement que dans l'urgence. Le rapport au temps en est alors modifié, induisant chez l'individu un sentiment de perte de contrôle du temps et de soi-même. La recherche de la maîtrise du temps passe alors par l'explosion d'activités, urgentes et très intenses. Travailler dans l'urgence permet alors le sentiment d'emprise sur le temps (Aubert, 2004b; 2006). Ce « culte de l'urgence » (Aubert, 2003) provoque une sorte d'« hyper-réaction », dans le but d'« hyper-fonctionner », c'est ce qu'Aubert appelle l'individu « hypermoderne ».

Selon l'auteure, l'hypermodernité vient après la modernité et la postmodernité. La modernité, existant depuis la Renaissance, préconise les trois idées du progrès, de la raison et du bonheur. Le terme de postmodernité, utilisé depuis les années 1960, rentre en rupture avec ces principes modernes : « le bonheur promis par le progrès et la raison a laissé la place à un malaise et à un sentiment de perte de sens » (Aubert, 2004b, p. 14). Dans cette période postmoderne, on assiste à un affaiblissement des idéologies et des grandes institutions d'encadrement et à une perte de repères. L'individu postmoderne s'inquiète alors davantage de son épanouissement personnel. Suite à cette période de rupture, l'hypermodernité exacerbe les idées de la modernité : on n'assiste pas à l'effondrement mais à la surabondance du progrès. L'individu hypermoderne serait alors fondamentalement individualiste, surconsommant, travaillant dans un temps compressé, accéléré et hyper-compétitif, dans une quête perpétuelle de son propre plaisir. Au niveau professionnel, c'est l'environnement qui exige des individus « des performances toujours plus grandes, dans un contexte où l'extrême pression du temps les enserre dans un climat d'urgence permanente » (Aubert, 2004b, p. 20).

« L'exigence d'une performance toujours plus poussée semble ainsi devenue la norme absolue, aussi bien pour les entreprises que pour les individus : elle est à la fois *un impératif économique*, pour des entreprises qui doivent se montrer toujours plus rentables, toujours plus compétitives dans le contexte d'une concurrence mondiale de plus en plus effrénée, et *une norme de comportement* qui exige des individus une certaine forme de rapport à soi, impliquant de dépasser sans cesse ses limites » (Aubert, 2006, p. 340). Pour les entreprises, dans un monde de plus en plus concurrentiel, « l'exigence de performance économique toujours plus poussée obéit à une logique de survie » (Aubert, 2006, p. 350). Au niveau individuel, dans un univers où les points de repère se sont étiolés, « l'exigence de dépassement de soi (...) s'inscrit dans une logique de recherche de sens » (Aubert, 2006, p. 351). Ce nouvel individu, « hyperformant » tel une machine, risque alors une sorte de surchauffe ou de combustion de soi, appelée aussi le *burn-out*, ou une sorte de ralentissement dépressif comme protection contre l'inéluctable.

Le métier infirmier révèle une double urgence : c'est à la fois de travailler dans l'urgence de soigner et sauver des vies, mais il s'agit aussi de travailler dans une société de l'urgence, cherchant toujours plus à contrôler le temps.

C. Malaise accentué donc déjà existant

Saint-Martin traite particulièrement du malaise professionnel dans son ouvrage « Travailleurs sociaux face à la crise » (2009), où elle analyse l'intervention des travailleurs sociaux en urgence

face à l'explosion d'une usine. Son travail peut sembler trop spécifique par rapport à notre objet d'étude, pourtant, son intérêt réside dans le fait que le malaise qu'elle dépeint existait déjà avant la crise qui n'a fait que l'accentuer. « Le malaise professionnel (...) prend racine à la fois dans sa dimension professionnelle : les caractéristiques des métiers de la relation, et d'un point de vue organisationnel : la place de ces professionnels dans l'organisation. (...) Ce malaise était déjà là chez ces professionnels qui subissent des repositionnements tendant à les fragiliser. Dans ce cadre précis, cependant, il devient particulier et s'exacerbe » (Saint-Martin, 2009, pp. 10-11). Un parallèle peut être fait ici avec les infirmiers-ères, car leur malaise professionnel non plus n'est pas neuf mais se marque davantage suite à des transformations notamment organisationnelles.

Dans un de ses articles, Abraham Franssen aussi parle indirectement d'une forme de récurrence du malaise : « pour les chercheurs (...), il est interpellant de retrouver, à quelques expressions près, un même constat de "malaise" formulé dans des documents produits il y a plus de 20 ans » (1999, p. 171). Alors que l'on pense le malaise comme étant neuf, suite à des mutations sociales et culturelles, il semblerait qu'une forme de malaise existait déjà. En 1999, être face à une récurrence alors qu'une innovation était attendue pouvait alors plonger les chercheur-e-s dans une forme de perplexité : « à force de travailler sur le "malaise" des travailleurs du non-marchand, c'est le chercheur qui finit par être gagné par un malaise portant sur ce qui est en train de réellement se jouer en termes de production des identités au travers de la demande de sens et de reconnaissance des acteurs » (Franssen, 1999, p. 171). Or, n'est-ce pas aussi un résultat en soi d'observer qu'une forme de malaise appartienne à la catégorie professionnelle ? Si le malaise ne s'exprime pas sur les mêmes caractéristiques, il n'en demeure pas moins que son existence soit intrinsèque à certains groupes professionnels.

D'ailleurs, Franssen utilise plusieurs métaphores pour signifier le malaise des assistants sociaux. D'une part, il utilise le « crachin » qui correspond aux tensions et contradictions inhérentes au rôle d'assistant social et au questionnement identitaire récurrent et permanent. D'autre part, la « tempête » correspond aux conditions de travail qui se sont transformées et au nouveau paysage social qui modifie l'exercice du métier. Face au crachin ou à la tempête, aux tensions récurrentes ou nouvelles, le travailleur social se protège d'un « parapluie », c'est-à-dire d'un discours plaintif par rapport à son travail. « Le "malaise" des travailleurs sociaux ne serait (...) qu'une construction discursive au travers de laquelle les assistants sociaux donnent sens à leur expérience professionnelle, (...) une manière de se poser dans le jeu social. (...) La "plainte" des travailleurs sociaux constitue (...) une manière de répondre aux besoins d'affirmation de soi et de reconnaissance sociale. L'expression du malaise peut alors être envisagée comme un mode de gestion identitaire dans une transaction sociale » (Franssen, 2000, pp. 131-132). Le malaise ou la plainte serait alors non seulement l'expression d'une souffrance sociale face aux contradictions constitutives et nouvelles du métier, mais aussi « un mode de défense et une stratégie de présentation de soi, (...) un appel à la reconnaissance et une forme d'affirmation de soi » (Franssen, 2000, p. 133), une sorte d'*empowerment*, en quelque sorte.

Une nouvelle forme de malaise doit donc bien être articulée avec des formes de malaise déjà existantes. S'il est exacerbé, c'est qu'il existait déjà auparavant. Si le malaise infirmier est accentué, c'est en partie à cause de nouvelles méthodes de gestion invitées à l'hôpital. Il y a donc deux niveaux de malaise à distinguer dès à présent : un malaise déjà présent doublé d'un malaise nouveau.

D. Utiliser la notion de « malaise » plutôt qu'une autre

Le terme de malaise semble aussi étroitement imbriqué avec celui de souffrance ou pathologie sociale et de vulnérabilité. Pourquoi alors ne pas utiliser le terme de « souffrance au travail » ? Ou alors la « vulnérabilité » sociale ou professionnelle ? Le choix particulier de la notion de « malaise » ressort davantage de la sociologie, alors que la « souffrance » est plus fréquemment utilisée en psychologie du travail et la « vulnérabilité » traite d'insécurité de l'emploi, qui n'est pas de mise pour les infirmiers-ères.

1) Malaise ou vulnérabilité professionnelle ?

Qu'en est-il du concept de « vulnérabilité professionnelle » ? Peut-on le substituer à la notion de malaise ? Selon les travaux de Robert Castel sur le processus de marginalité, ce sont deux notions différentes. Castel (1994) propose une analyse croisant deux axes : celui du rapport au travail (du non-travail au travail stable, en passant par le travail précaire) et celui de l'insertion relationnelle (allant de l'isolement social à l'insertion relationnelle forte, en passant par la fragilité relationnelle). En couplant ces axes, il obtient plusieurs zones, dont la *zone de vulnérabilité*, se situant au centre du croisement des axes, qui allie un travail précaire avec une fragilité des soutiens relationnels. La *zone d'intégration* cumule travail stable et forte inscription relationnelle, et à l'inverse, la *zone de désaffiliation* présente une absence de travail et un isolement relationnel. Il propose une quatrième zone, appelée la *zone d'assistance*, couplant une absence de travail avec une insertion relationnelle forte, autrement dit pour les indigents invalides pris en charge. Selon son modèle d'analyse, dans la *zone de vulnérabilité*, l'instabilité du travailleur est tellement chronique qu'il pourrait aisément basculer dans la *zone de désaffiliation*. « La *zone de vulnérabilité*, en particulier, occupe une position stratégique. C'est un espace social d'instabilité, de turbulences, peuplé d'individus précaires dans leur rapport au travail et fragiles dans leur insertion relationnelle. D'où le risque de basculement dans la dernière zone, qui apparaît ainsi comme une *fin de parcours*. C'est la vulnérabilité qui alimente la grande marginalité, ou la désaffiliation » (Castel, 1994, p. 16).

Par rapport à la définition de Castel, il ne semble pas vraiment opportun d'utiliser le terme de vulnérabilité pour appréhender le métier infirmier. Non seulement, en Belgique, ce n'est pas un travail précaire, en raison de la sécurité d'emploi ou de la facilité d'obtenir un contrat d'infirmier-ère. En plus, les infirmiers-ères ne semblent pas particulièrement plus fragiles ou accablé-e-s d'une dégradation des soutiens sociaux relationnels que les autres catégories professionnelles. Le développement de l'instabilité familiale montrant la fragilisation des liens sociaux primaires n'est pas spécialement caractéristique du métier infirmier, c'est pourquoi nous n'utiliserons donc pas ici cette notion de vulnérabilité.

Marc-Henry Soulet traite, lui, de la vulnérabilité comme une catégorie politique de l'action publique, ancrée dans notre société de l'incertitude. Selon lui, « la vulnérabilité est à saisir dans la relation entre un groupe ou un individu ayant des caractéristiques particulières (...) et un contexte sociétal qui imprime la capacité à agir à partir de soi. Autrement dit, parler de vulnérabilité en soi n'a pas de sens dans la mesure où des individus singuliers sont vulnérables dans certaines conditions. (...) Le mouvement d'ensemble de report sur l'individu de la tâche de se construire et de se gérer comme sujet s'accompagne logiquement d'une remontée de la vulnérabilité à entendre en termes d'inachèvement ou d'incomplétude du sujet » (Soulet, 2005, p. 50). Notre société contemporaine met l'individu au centre, mais lui fournit moins de dispositifs de soutien ou de formation. Dans cette idée d'individualisme, tous les individus ne possèdent pas les mêmes ressources face à l'injonction d'autonomie et l'exigence d'individuation, ou l'exigence de « la capacité à bâtir sa propre vie et à la rendre signifiante pour

soi-même et pour les autres. (...) Ce contexte sociétal d'incertitude et de report de responsabilité sur les individus produit structurellement un univers de vulnérabilité pour tous dans la mesure où la société n'est plus tant à concevoir comme un univers de contrôle normatif des conduites de ses membres, mais comme un contexte d'épreuves et d'évaluations permanentes auxquelles doivent faire face les individus » (Soulet, 2005, p. 53;55). L'individu ne peut plus compter sur la société pour contrôler sa conduite, mais il doit lui-même évaluer ses propres épreuves. L'individu vulnérable est alors celui qui ne possède pas suffisamment de ressources pour répondre à ces exigences sociétales, car il est limité ou incomplet, d'où son besoin recrudescant de reconnaissance pour valider ses preuves de soi et sa quête constante de gérer ses incomplétudes personnelles.

Pour Soulet, la vulnérabilité devient alors une grille de lecture de notre société contemporaine, car elle impose paradoxalement un certain conformisme et une authenticité. L'individu vulnérable est aussi incertain et en malaise. La vulnérabilité selon Soulet serait alors presque tautologique des définitions du malaise données précédemment ; l'utiliser n'apporterait alors pas spécialement de plus-value à notre propos. De plus, cette notion d'incomplétude n'est pas forcément propre aux infirmiers-ères, n'étant pas en insécurité professionnelle. La notion de malaise sera donc préférée ici à celle de vulnérabilité.

2) Malaise ou souffrance au travail ?

Si utiliser la notion de vulnérabilité n'est pas approprié à l'objet de cette étude, qu'en est-il de celle de la souffrance au travail si souvent associée au malaise ? La souffrance au travail semble désormais incontournable dans toutes les études sur les conditions de travail (Baudelot & Gollac, 2003; Askenazy, 2004; Gollac & Volkoff, 2007; Clot & Gollac, 2017) ; la santé mentale devient fragilisée, d'autant plus si on constate une intensification du travail (Aubert, 2003; Askenazy, 2004; Gollac, 2005; Théry, 2010) et des contraintes psychosociales (Valléry & Leduc, 2017; Clot & Gollac, 2017). « Les mauvaises conditions de travail, la contrainte de travailler trop rapidement, le travail mal fait, le manque de contrôle sur son travail conduisent à des souffrances psychiques plaçant la santé mentale en première ligne des problèmes du travail flexible » (Ehrenberg, 2012, p. 314). Le terme de « souffrance » ferait alors davantage référence à la psychologie.

Christophe Dejours, psychiatre, psychanalyste et spécialiste de la psychopathologie du travail, s'intéresse depuis longtemps à la souffrance au travail. Dans un de ses derniers ouvrages, « Le Choix. Souffrir au travail n'est pas une fatalité », Dejours veut insuffler de l'espoir dans le tableau assez noir de la multiplication des suicides au travail (2015). En effet, selon lui, la souffrance pathogène, c'est-à-dire qui engendre des maladies, n'est pas inéluctable. Par contre, la souffrance « est toujours au rendez-vous du travail. En revanche ce qu'il adviendra de cette souffrance n'est pas fixé à l'avance. En fonction des caractéristiques de l'organisation du travail, cette souffrance peut dans certains cas conduire à la maladie, mais dans d'autres cas elle peut être transformée en plaisir » (Dejours, 2015, p. 7).

Pour Dejours, la souffrance au travail vient d'un décalage entre le travail prescrit et le travail effectif. « Dans la réalité aucun travailleur ne respecte l'organisation du travail prescrite dans son intégralité. (...) Car dans tout procès de travail, surviennent des anomalies (...) qui n'ont pas été prévu[e]s par l'organisation prescrite et qui perturbent l'activité. Ces perturbations (...) sont source non seulement d'un travail supplémentaire, mais aussi d'une souffrance qui peut parfois atteindre l'insupportable. (...) C'est pour éviter cette souffrance que le travailleur invente des modes opératoires (...) en infraction avec l'organisation prescrite, mais grâce auxquels il s'efforce d'être en avance sur l'incident, la panne ou l'accident » (Dejours, 2015, pp. 8-9). Le travailleur va donc utiliser son intelligence inventive pour éviter l'imprévu causant une souffrance, et chaque

organisation a besoin de cette intelligence, ou de ce zèle, pour fonctionner. « Souffrir au travail n'est pas une fatalité. Le travail n'est jamais neutre pour la santé mentale. Il peut générer le pire, mais il peut aussi donner le meilleur et devenir un médiateur puissant dans la construction de la santé, dans le plaisir, dans l'accomplissement de soi et dans la production des œuvres de la culture » (Dejours, 2015, p. 10).

Chez les soignant-e-s, la souffrance au travail a une conséquence directe sur les soins prodigués aux patient-e-s. Les nouvelles méthodes de gestion, ou le *New Public Management*, s'invitent aussi à l'hôpital. « Ces méthodes qui prônent le contrôle par des indicateurs, en vue de maîtriser le pilotage de l'entreprise, ont développé des outils fondés sur l'évaluation et la mesure des performances, aboutissant à la production de données chiffrées et permettant des ajustements entre les objectifs et les résultats de la production » (Dejours, 2015, pp. 27-28). À l'hôpital, la tarification à l'activité est introduite : le financement doit être plus transparent, plus équitable et plus efficient. Or, nous l'avons vu, un décalage existe entre le travail prescrit et effectif, en raison d'imprévus. Les soignant-e-s sont donc « conduits à remanier leurs modes opératoires en inventant des ruses, des savoir-faire tacites et discrets qui leur permettent d'anticiper les obstacles, mais aussi de résoudre les difficultés qui perturbent l'exercice ordinaire du travail. (...) Une grande partie du travail de soin résulte donc de l'ajustement des pratiques aux imprévus et ne peut être prescrite à l'avance » (Dejours, 2015, pp. 28-29).

La souffrance au travail, telle qu'elle est analysée par Dejours, part des constats de suicides liés au travail. Ce terme de « souffrance » nous semble donc trop puissant, voire trop dramatique, même si Dejours y met de l'espoir, pour l'utiliser dans le cas des infirmiers-ères. L'idée ici n'est pas d'ignorer la souffrance des infirmiers-ères qui peut aussi engendrer l'inéluctable, mais cette étude-ci se centre davantage sur ce qui se passe avant d'en arriver éventuellement à la souffrance, conséquence de toute une série de facteurs sociaux. La souffrance au travail correspond à un niveau presque devenu pathologique, davantage du ressort des psychologues ou médecins du travail. Avant d'en arriver à la souffrance, il existe donc toute une série de nuances de causes sociologiques générant un mal-être au travail. Et ce sont plutôt ces nuances qui nous intéressent d'étudier. Cette recherche s'inscrivant davantage en sociologie qu'en psychologie, ce n'est pas la notion de souffrance comme objet qui nous intéresse ici, mais bien le parcours sociologique des individus qui peut éventuellement mener à de la souffrance au travail. Les facteurs de malaise professionnel peuvent être vus comme des signes possiblement avant-coureurs de la souffrance, mais ils peuvent aussi aboutir à des stratégies de résilience (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014).

D'ailleurs, les sociologues traitent plutôt de la question de la souffrance comme un « analyseur » de la société du malaise. « Lorsqu'un individu parle d'une souffrance, il explique pourquoi il souffre (c'est-à-dire quelles sont les raisons de son malheur, quelles entités doivent être tenues responsables pour celui-ci), mais également pour quoi il souffre (c'est-à-dire quel est le sens de cette souffrance, de sa prolongation ou de sa disparition) » (Marquis, 2014, pp. 197-198). Ehrenberg désigne la souffrance sociale comme « une souffrance psychique d'origine sociale qui peut réduire à néant l'estime que l'individu porte à lui-même et le conduire aux pires extrémités » (2012, p. 312). Pour cet auteur, « la souffrance sociale est le produit de la confrontation entre la traditionnelle égalité de protection et la nouvelle égalité de l'autonomie » (2012, p. 313), ce qui provoque une sorte de crise ou de bouleversement dans les habitudes. Finalement, « l'angoisse, la dépression et le stress sont considérés comme des symptômes de la nouvelle réalité sociale de l'entreprise compétitive » (Ehrenberg, 2012, p. 314). Dans cet esprit, la souffrance serait un nouveau mode de domination de la force de travail et le stress aiderait à gérer les risques psychosociaux. « L'affirmation de soi se distribue entre deux bornes opposées, la reconnaissance, qui la soutient, et la souffrance qui la détruit » (Ehrenberg, 2012, p. 314).

Parallèlement, on assiste à une augmentation de l'importance du rôle du travail dans l'épanouissement personnel. Les attentes sont alors plus grandes et la déception forcément plus rapide. Une forme de mal-être se met alors en place dans le travail quotidien, presque comme une nouvelle norme.

Le malaise au travail serait donc un nouvel aspect du malaise au sein de la civilisation. « Le malaise est celui d'une fragilisation du lien social qui n'avait jamais été soulevée par les anciennes formes d'organisation. La cause du mal réside dans l'autonomie dans la mesure où celle-ci implique des rapports de compétition. (...) La souffrance est celle du défaut de lien, de la perte de substance de tout ce qui était commun. (...) L'autonomie (...) est une contrainte imposée aux salariés, une condition du fonctionnement efficace de l'entreprise. L'autonomie n'aurait de valeur épanouissante que lorsqu'elle est choisie, permettant ainsi l'accomplissement personnel » (Ehrenberg, 2012, pp. 317-318). « Avec la souffrance sociale, nous abordons donc l'autonomie non plus sous l'angle de la liberté de choix, mais sous celui de l'action et de la compétition » (Ehrenberg, 2012, p. 312). Selon Ehrenberg, il y aurait « un paradoxe fondamental de l'autonomie : l'individu doit simultanément montrer sa singularité et entrer dans les moules de la socialisation. (...) Or c'est à une autonomie obligatoire à laquelle on a affaire. La contradiction entre l'idéal de l'autonomie indépendante et une réalité qui la contredit engendre la souffrance sociale et apparaît comme un principe de domination » (2012, p. 319).

Aussi, on ne demande plus aux travailleurs d'exécuter un travail en détails, mais on exige davantage des capacités d'adaptation aux demandes. On sort du registre du « faisant » pour incorporer le registre du « ressentant ». En effet, nous avons déjà vu que la valeur du travail change de forme. « L'accomplissement personnel dans le monde du travail est aujourd'hui la valeur attachée à l'implication du salarié dans son travail. Le double mouvement portant sur les exigences d'implication personnelle et les promesses d'épanouissement personnel ont mis en avant l'affectivité dans les relations professionnelles et ont donné à la subjectivité individuelle cette place centrale » (Ehrenberg, 2012, p. 320). Maintenant, c'est la personnalité de l'individu qui compte plus que les compétences techniques. Il faut savoir prendre des initiatives, mobiliser différents savoirs, développer des collaborations, et surtout anticiper ou s'adapter aux imprévus du travail, quels qu'ils soient (techniques, organisationnels, relationnels). Ces compétences, autrefois appartenant davantage aux cadres ou aux dirigeants, sont attendues à tous les niveaux de salaire. C'est aussi dans cette exigence de la personnalité que le malaise réside. « Aux qualifications professionnelles doivent s'ajouter des compétences personnelles. Ce sont des métiers de la mise en relation ou de la médiation. Ils prennent en charge les problèmes multiples d'un usager ou d'un client plutôt qu'ils ne répondent à un besoin précis » (Ehrenberg, 2012, p. 382).

Dès lors, un lien nouveau s'installe entre la souffrance et l'injustice. « L'injustice se mesure à la quantité de souffrances qu'elle entraîne chez l'individu. (...) C'est une souffrance qui se formule dans les termes de la perte et de l'insuffisance à l'égard des idéaux. (...) C'est en se référant à l'injustice que la souffrance psychique sort de la psychologie ou de la psychopathologie pour devenir une souffrance sociale » (Ehrenberg, 2012, pp. 320-321).

Dans cet objectif d'accomplissement personnel, la valeur de l'estime de soi demeure centrale. Pour alimenter cette estime de soi, la reconnaissance de la tâche pour un travail de qualité, entre autres, peut faire diminuer la souffrance au travail. La notion de reconnaissance est donc intrinsèquement liée à celle de l'autonomie. « Elle représente le pôle positif dont le pôle négatif est constitué par la souffrance. Elle est l'entité agissante qui accroît l'estime de soi, la souffrance la diminuant » (Ehrenberg, 2012, p. 331). En ce sens, la reconnaissance devient une condition nécessaire pour atteindre l'autonomie, voire même une stratégie « pour lutter contre les

nouvelles formes d'oppression et d'aliénation engendrées par l'autonomie » (Ehrenberg, 2012, p. 337).

En résumé, selon Ehrenberg, les deux termes du malaise et de la souffrance au travail n'auraient pas la même nature, ou la même fonction. Le malaise serait une réponse plus globale aux changements institutionnels ou sociétaux, alors que la souffrance serait une forme de conséquence à une autonomie forcée et mal vécue. Dans le malaise réside la souffrance, et bien d'autres choses. Le malaise serait donc plus englobant et demeure alors un choix plus pertinent pour discuter du mal-être professionnel des infirmiers-ères, où la souffrance ne réside pas seule. La nouvelle injonction de l'autonomie, couplée de la croyance de l'affaiblissement du lien social, engendré par la montée de l'individualisme, créent des tensions, des dilemmes et du malaise. Le principal symptôme de ce malaise, outre les addictions, le stress ou les troubles du comportement, est une souffrance au travail. Or cette souffrance n'est pas fatale mais provoque des réactions de résilience (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014), telles que la quête de la santé mentale, la recherche de l'accomplissement personnel, autrement dit la poursuite de la reconnaissance. La stratégie fondamentale, pour contrecarrer la souffrance du malaise se situe donc dans la reconnaissance, extérieure ou intérieure.

Le malaise a-t-il ainsi une existence propre ou intervient-il face aux changements sociétaux ? Pour Ehrenberg, la réponse n'est pas unique. « Le malaise est un malaise face aux changements de l'esprit des institutions qui sont des changements dans la manière d'agir. À travers le malaise sont formulées (...) des craintes résultant de la confrontation de nos arrangements institutionnels antilibéraux à un contexte libéral. Les changements y sont énoncés et perçus comme déclin (...) et les cibles en sont les valeurs de choix et la compétition qui apparaissent comme les symboles d'une crise de notre vivre-ensemble. Leur prix se mesure à ces nouvelles souffrances psychiques d'origine sociale » (2012, p. 407). Nos modes de vie se transforment, engendrant l'obligation de renouveler les inégalités. Or la seule réponse actuellement réside dans ce malaise cristallisé par des constats plutôt négatifs tels que « le déclin de l'institution, l'affaiblissement du lien social, les nouvelles pathologies engendrées par les idéaux » (Ehrenberg, 2012, p. 408). Pourtant, ne sommes-nous pas là face à une nouvelle forme de paradigme nous forçant à remettre en question la justice, les inégalités et la solidarité ? C'est un peu comme une nouvelle porte d'entrée pour actualiser les concepts habituels. Le malaise nous force à imbriquer le mal individuel et le mal commun, ce qui « relève d'une nécessité propre à *notre* vie en commun » (Ehrenberg, 2012, p. 421) pour un mieux vivre-ensemble.

Selon Ehrenberg, le malaise serait presque une forme de nouveau paradigme, comme un passage nécessaire dans la route vers l'autonomie prônée dans la société actuelle. Il existe donc bien une nature nouvelle au malaise, car ce terme n'était pas utilisé il y a une trentaine d'années. Avec l'imbrication des sciences individuelles et sociales, le terme du malaise s'invite dans les sciences sociales, devenant presque incontournable pour comprendre la société actuelle. Pourtant, quand on étudiera la profession infirmière en particulier, nous verrons qu'une forme de malaise était déjà présente au sein de la profession au XIX^{ème} siècle. Nous l'appellerons malaise, même si ce n'était pas ce terme qui était utilisé à l'époque. Par contre, des facteurs constitutifs du malaise ou d'un malaise étaient bien présents et nommés tels quels. Si le terme du malaise n'était pas utilisé *per se*, d'autres termes pouvaient être utilisés comme dévalorisation ou insatisfaction. Si le terme de malaise ressort de la littérature scientifique ou médiatique, c'est justement par son côté actuel. Et pourtant, des facteurs du malaise infirmier étaient déjà à l'œuvre bien avant ces évolutions conceptuelles. Nous parlerons donc néanmoins de malaise ancien ou constitutif, même s'il n'était pas nommé comme tel à l'époque.

En bref, le malaise est une tension entre injonctions paradoxales. D'une part, la désinstitutionalisation et l'individualisme font croire à un affaiblissement du lien social, ce qui

insécurise l'individu et le force à chercher du sens ailleurs lui-même. D'autre part, les organisations professionnelles exigent de la part des travailleurs-euses plus d'autonomie au travail, d'assumer de nouvelles responsabilités et d'être hyper-performant dans l'urgence. L'individu en conflit intérieur attend alors davantage de reconnaissance institutionnelle. Les formes de malaise déjà existantes se voient alors accentuées. Aussi, le malaise infirmier ne doit pas être confondu ni avec la vulnérabilité professionnelle, associée à une insécurité de l'emploi inappropriée pour les infirmiers-ères, ni avec la souffrance au travail, conséquence ou expression du malaise. Pour contrer ou agir sur son malaise, l'individu cherche alors des solutions dans le langage de la santé mentale, sauf s'il est empreint d'une souffrance paralysante, davantage d'ordre psychologique, voire médicale.

3. Aborder le malaise professionnel infirmier

En sciences sociales, il est souvent opportun d'affilier son objet d'étude à un champ particulier. La spécificité du métier infirmier est qu'il s'inscrit à l'intersection de plusieurs champs, voire disciplines, ce qui donne l'impression de rendre les contours du « champ du métier infirmier » un peu flous. Mais le sont-ils vraiment ? Une des complexités du métier infirmier réside justement dans son ancrage disciplinaire pluriel et polysémique, ce qui n'aide pas à définir une identité professionnelle claire et forte. Premièrement, comment l'appeler ? Est-ce un métier, une profession, ou encore un groupe professionnel ? De plus, le caractère intermédiaire de la fonction infirmière (Nadot, 2012) la classe aussi dans la catégorie des professions intermédiaires.

A. Métier, profession ou groupe professionnel ?

Les traditions sociologiques diffèrent selon la culture : alors que la France s'intéresse plutôt à la sociologie du travail et des organisations, le monde anglo-saxon étudie la sociologie des professions, comme discipline à part entière. Dans cette dernière les *professions* sont les activités « dont les membres sont pourvus de droits spécifiques, tels que se constituer en association autonome et reconnue, interdire l'exercice de l'activité à ceux qui n'en sont pas membres, organiser la formation. Les autres activités sont appelées *occupations* (...) et leurs membres peuvent seulement se syndiquer » (Dubar, Tripiet, & Boussard, 2011, p. 7).

Au Moyen-Âge, la distinction entre professions et métiers s'est faite notamment suite à la connaissance du latin. Les professions, associées avec le clergé et leur connaissance du latin, étaient plutôt assimilées à des élites. Les métiers « se caractérisaient plutôt par des origines et des clientèles relativement plus démocratiques. Cette distinction entre professions (au sens des professions savantes) et métiers (au sens de corps de métiers) s'est diffusée au cours des siècles, charriant des connotations telles que intellectuels/manuels, tête/mains, haut/modeste, etc. » (Vrancken, 1998, pp. 272-273). Les médecins étaient donc différenciés des guérisseurs, selon le type de population soignée : plus aristocratique pour les premiers et plus paupérisée pour les seconds.

Dans les années 1940 et 1950, plusieurs définitions de la profession voient le jour en sociologie fonctionnaliste nord-américaine et française, mais elles semblent toutes centrées sur les élites (avocats, médecins, etc.), comme s'il n'y avait que des professions élitistes et des « semi-professions ». Les structures, les relations sociales et les zones de négociation sont peu explorées. En réaction, les sociologues interactionnistes, issus de l'école de Chicago, vont, eux, plutôt s'intéresser aux métiers de moindre prestige ou aux activités occupationnelles peu étudiées. En étudiant les activités plus insignifiantes, certains processus professionnels (mais également sociaux et personnels) sont mis à jour, comme la délégation des tâches dépréciées, par exemple, entre le médecin et l'infirmier-ère. S'ensuit alors un intérêt grandissant pour la

division du travail. « On ne peut séparer une activité de l'ensemble de celles auxquelles elle s'insère ni de ses procédures de distribution. Il y a lieu de se pencher sur l'étude dynamique des interactions. En effet, les acteurs n'adhèrent pas nécessairement à des rôles prédéfinis, ils sont capables de négocier ou "bricoler" leurs propres définitions » (Vrancken, 1998, p. 280).

Par la suite, dans les années 1980, l'interactionnisme reste intéressant pour étudier le métier infirmier car leur rôle ne peut pas être délimité une fois pour toutes, tant les interactions entre différentes compétences et différentes institutions sont nombreuses. « L'hôpital ne peut plus se concevoir comme lieu d'application d'une rationalité univoque ; que celle-ci soit professionnelle, technique ou bureaucratique. L'hôpital apparaît davantage comme une véritable mosaïque où des acteurs négocient concrètement leurs formes de participation. Dans cet univers aux logiques professionnelles complexes et multiples, les valeurs traditionnelles d'aide, de métier, de dévouement ne suffisent plus pour expliquer l'orientation des soins » (Vrancken, 1998, pp. 280-281). Les infirmiers-ères n'exerceraient alors ni une profession, ni un métier, ni quelque chose de différent, vu sous un angle novateur en sociologie des professions. De même, le débat ne devrait pas se poser sur le fait de déterminer une fois pour toutes si telle activité est un métier ou une profession, mais le sociologue devrait plutôt s'interroger sur les processus de transformation d'une activité professionnelle, selon les changements de l'organisation et/ou de la division du travail.

Les années 1970 voient l'intérêt du travail se déplacer vers le marché du travail, ou vers la sociologie de l'emploi (ou de la crise de l'emploi). Par la suite, le terme de qualification, désignant plutôt l'enjeu de négociations collectives basées sur les qualifications, est remplacé par le terme de la compétence. Celui-ci « repose essentiellement sur un mode personnalisé, valorisant le suivi individuel, les qualités personnelles et relationnelles, la prise de responsabilité, l'individualisation des salaires, la formation continue plutôt que la négociation collective » (Vrancken, 1998, p. 292). Les négociations deviennent personnelles, tributaires des compétences de chacun, excluant alors les plus vulnérables. Aussi, avec une diffusion plus large du savoir auprès de la population, les experts se substituent progressivement aux professions, se transformant quasiment en conseillers éclairés.

La tradition française ne va commencer à s'intéresser à la sociologie des professions que dans les années 1970, suite aux événements de mai 1968²⁶. A l'heure actuelle, Claude Dubar, Pierre Tripier et Valérie Boussard, dans leur ouvrage sur la Sociologie des professions, distinguent 4 champs sémantiques du terme français « profession », ou quatre types d'usage, résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 – Le terme « Profession » : quatre sens = quatre points de vue

PROFESSION = DÉCLARATION	PROFESSION = FONCTION
Vocation professionnelle affirmée (sens 1)	Position, compétence reconnue (sens 4)
PROFESSION = MÉTIER	PROFESSION = EMPLOI
Groupe professionnel (sens 3)	Classification professionnelle (sens 2)

(Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 13)

« La profession (sens 1) est une déclaration qui s'énonce publiquement et qui comme la vocation, est liée à des croyances idéologico-religieuses » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p.

²⁶ Le premier ouvrage français traitant de la sociologie des professions ne sort qu'en 1998.

11). Le premier sens de la profession, qui se réfère aussi à la « profession de foi » depuis le XII^{ème} siècle, est alors une attitude politique et/ou religieuse auto-déclarée.

Le deuxième sens de la profession est directement lié au fait de gagner financièrement sa vie. Du moment que l'on fasse une activité qui ramène de l'argent, on exerce une profession. « La profession (sens 2) est le travail que l'on fait, l'emploi que l'on occupe, dès lors qu'il permet d'en vivre grâce à un revenu » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 11).

Le troisième champ sémantique de la profession est « l'ensemble des personnes désignées (et se désignant) par le même nom de métier au sens large d'activité semblable » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 12). On retrouve ici la notion de corporation ou de groupe professionnel pour toutes les personnes au même statut professionnel, faisant le même métier, sous une même identité.

En quatrième et dernier lieu, c'est l'usage de l'adjectif « professionnel » qui renvoie « au fait d'être ou non complètement intégré au groupe, confirmé dans son métier, expérimenté dans son activité qualifiée, reconnu par les partenaires de son activité » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 12). « La profession (sens 4) est une fonction, une compétence reconnue au sein d'une organisation : le terme "reconnaissance" est au cœur de ce dernier univers de signification récemment remis à l'ordre du jour par le discours politique » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 12). Il s'agit ici d'être expérimenté, reconnu et expert.

Pour une activité professionnelle, on peut donc parler de profession selon les quatre définitions données : les infirmiers-ères peuvent se déclarer comme tel-les au ministère de la santé publique (sens 1), être rémunéré-e-s pour leur emploi (sens 2), faire partie d'un groupe professionnel ou métier se définissant comme infirmiers-ères (sens 3), et être considéré-e-s comme professionnel-le-s ou expert-e-s aux yeux d'un-e patient-e (sens 4). Ces différents points de vue « dépendent des systèmes de référence que l'on choisit, des modes de classification en vigueur au sein de ces systèmes (...) mais aussi des valorisations affectives de chacun. (...) Définir les professions (...) engage un travail à la fois cognitif (des savoirs sur les appellations, les spécialités, les filières), affectif (des valeurs et des préférences) et conatif (des actions pour défendre ses intérêts, des références à des mouvements collectifs) » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, pp. 13-14). Cette classification permet quelque peu de relativiser cette dichotomie entre métier et profession, vu la polysémie des termes. L'infirmier-ère sera donc, en fonction du point de vue, un-e professionnel-le exerçant un métier rémunéré et se déclarant comme tel-le.

Il n'existe donc pas de définition unisémique de la profession. « Il n'existe pas *une* sociologie (même "anglo-saxonne") des professions, mais *des* approches sociologiques de groupes professionnels, dans des acceptions très variables » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 331). Selon ces auteurs, quatre principes d'analyse de la sociologie des professions se dégagent.

D'abord, il n'existe pas de profession « séparée ». « Chaque groupe professionnel connaît des problèmes de frontières par rapport à d'autres, de compétition aux frontières, de luttes de classement qui relèvent des politiques d'emploi autant que des actions collectives de leurs membres. Chaque groupe professionnel est inséré dans des organisations qui possèdent des règles, des systèmes d'emploi, des branches professionnelles qui produisent des normes » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 334).

Le deuxième principe est qu'« *il n'y a pas de profession "unifiée"* mais des segments professionnels plus ou moins identifiables, plus ou moins organisés, plus ou moins concurrentiels. (...) Les statuts d'emploi, les durées de travail, les types de contrats ou les formes de rémunération constituent des facteurs de plus en plus pertinents de segmentation ou d'exclusion » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 335).

Troisièmement, « *il n'y a pas de profession "établie"* mais des processus de structuration et déstructuration professionnelles dont les rythmes historiques, les formes culturelles et juridiques, les configurations politiques sont très variables » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 335). On est face à plusieurs types de professionnalisation et de déprofessionnalisation, selon les États, les entreprises et les groupes professionnels.

Et enfin, selon leur quatrième principe, « *il n'y a pas de profession "objective"* mais des relations dynamiques entre des institutions ou organisations de formation, de gestion, de travail, et des trajectoires, cheminements et biographies individuels au sein desquels se construisent (et se détruisent) des identités professionnelles, tout autant "sociales" que "personnelles" » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 336).

D'un côté donc, nous venons de voir que le terme « profession » en français est presque trop polysémique pour constituer un champ particulier. De plus, dans la lignée l'anglo-saxonne ce terme semble réducteur, car il pourrait être traduit en français par « profession libérale ». « Les professions, au sens anglo-saxon (...), concernent des travailleurs détenant un haut niveau d'expertise, (...) formant une sorte d'élite professionnelle situé à un haut niveau de l'échelle du prestige et des rémunérations » (Demazière & Gadéa, 2009, p. 19).

Au fur et à mesure, et depuis les années 1980, d'autres travaux voient le jour, regroupant à la fois les *professions* et *occupations*, dans la veine interactionniste de Chicago. « Les recherches et les publications sur les groupes professionnels les plus divers se multiplient. (...) Des approches diverses s'y côtoient, mais un point de vue d'ensemble s'en dégage, privilégiant la question de la fermeture des marchés du travail » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 8). Ce nouveau champ de recherches est intitulé « sociologie des groupes professionnels ». Cette expression permet à la fois de préciser la polysémie du terme « professions » et d'élargir le champ à toutes les activités professionnelles. Elle désigne « des ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité symbolique. Ils ne bénéficient pas nécessairement d'une reconnaissance juridique, mais du moins d'une reconnaissance de fait, largement partagée et symbolisée par leur nom, qui les différencie des autres activités professionnelles. En l'absence de réglementation et de codifications formelles, les groupes professionnels sont des ensembles flous soumis à des changements continus, caractérisés à la fois par des contours évolutifs et une hétérogénéité interne » (Demazière & Gadéa, 2009, p. 20). L'intérêt donc de ce nouveau champ se situe non seulement dans l'ouverture de l'analyse à de nombreuses activités professionnelles, mais aussi dans l'étude de ces activités « comme des processus évolutifs, vulnérables, ouverts, instables » (Demazière & Gadéa, 2009, p. 20).

Une des plus-values de la sociologie des groupes professionnels réside dans l'examen des tensions « entre des professionnels qui cherchent à préserver et améliorer leur emprise sur leur propre travail et des mécanismes de contrôle externe, portés par des réformes managériales, des responsables hiérarchiques, d'autres catégories de travailleurs » (Demazière & Gadéa, 2009, p. 21). Il est alors intéressant de se pencher sur les stratégies développées par les groupes professionnels pour contourner ou affronter ces tensions, afin d'obtenir la reconnaissance attendue. S'il fallait choisir absolument un champ dans lequel s'insèrent les infirmiers-ères, celui de la sociologie des groupes professionnels semblerait le plus approprié.

« L'histoire influence le devenir du métier et est porteuse de la difficulté qu'ont les infirmiers à se professionnaliser, à faire reconnaître ce qu'[ils] ont d'unique à apporter à la société, à se trouver une identité » (Laurent, 2013, p. 64). Pour dépasser le poids de l'histoire naturalisant le soin féminin et l'interdépendance avec le corps médical, les soins infirmiers se doivent d'être

davantage définis, étudiés et exploités. « Entre le technique et le relationnel, il existe un champ à cultiver » (Laurent, 2013, p. 54). C'est probablement parce que ce champ est encore au début du défrichage que l'on interroge souvent la professionnalisation du métier infirmier. Est-ce un métier ou une profession ? Fait-il partie d'un champ propre de la sociologie des professions ou des groupes professionnels ? Comment définir le statut de l'activité infirmière en restant précis et respectueux du travail de chacun-e ?

Mais si le débat entre métier et profession n'a pas vraiment lieu d'être, alors pourquoi cette dichotomie semble-t-elle alors si importante aux yeux des protagonistes ? Que se joue-t-il derrière les mots utilisés potentiellement blessants ou dévalorisants ? Car ce n'est plus de sémantique dont il s'agit ici : l'utilisation des mots révèle autre chose. Si pour le sociologue chercheur, il n'y a pas beaucoup d'importance à exercer un métier ou une profession, il n'en est pas de même pour les infirmiers-ères. Derrière le terme métier, existe toujours la femme infirmière et derrière le terme profession, on pense à l'homme médecin. « Des différenciations (...) se construisent et se reconstruisent pour articuler cette division de classes avec d'autres différences. Ce qui prouve que les professions sont donc bien à la fois des espaces de segmentation sociale et de différenciation sexuée et culturelle » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 274).

Eliot Freidson (1984) a analysé la médecine comme une profession dominante reléguant *a fortiori* les paramédicaux à des « paraprofessionnels ». Au cœur de cette relation inégale entre médecins et infirmiers-ères, il s'agit pour l'infirmier-ère de chercher à se professionnaliser, autrement dit à s'autonomiser dans ce rapport de domination. De plus, comme les infirmiers-ères sont majoritairement des femmes, la relation « médecin/infirmière » se double d'un rapport de genre, c'est-à-dire d'un rapport de pouvoir entre rôles sociaux de sexe. « Dans le monde des "professions de santé" (...), ce sont des "professionnels", les médecins, (...) qui occupent les positions de pouvoir, les infirmières ont longtemps été traitées comme une profession typiquement "féminine", c'est-à-dire privilégiant la vocation sur l'expertise, la disponibilité sur la compétence technique, les "qualités féminines" (séduction, savoir-faire domestique et relationnel, dévouement, capacité d'écoute...) sur les qualifications "masculines". Ce que demandent les infirmières, (...) c'est de se voir reconnaître un vrai "métier" et non une vocation, des qualifications et non des "qualités", un statut de salarié(es) diplômé(es) et non de personnes dévouées et disponibles. Ainsi, là où les hommes (médecins) ont une *profession*, les femmes (infirmières) veulent d'abord avoir un *métier*... » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 257). La demande de professionnalisation n'est pas tant une demande de reconnaissance de l'identité infirmière qu'une dénonciation de ces rapports de pouvoir.

Cette division sexuelle du travail est bien construite, et non fondée sur des principes de naturalité. « L'intériorisation de l'existence de métiers masculins (ceux de la science la plus "pure", de la technique et de la violence légitime) et de métiers féminins (ceux de la santé, de l'éducation et des sciences humaines) est, elle, toujours liée à une socialisation différentielle des genres anticipant des appartenances et des carrières différentes entre hommes et femmes » (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011, p. 273). C'est aussi cette intériorisation des rôles sociaux de sexe, figeant les hommes et les femmes dans des métiers sexués, que le débat infirmier entre métier et profession révèle.

Dire si l'infirmier-ère exerce une profession ou un métier se situe donc déjà au creux-même de la complexité du rôle de l'infirmier-ère, à savoir au centre d'une intersection de divers rapports de pouvoir, que nous détaillerons plus loin. Faut-il dès lors utiliser le terme « métier » au lieu de « profession » afin de révéler la persistance de ces rapports de pouvoir entre « professionnels » et « paraprofessionnels », entre hommes et femmes ? Faut-il par les termes dénoncer cette soi-disant naturalité féminine du métier, qui dessert justement la reconnaissance professionnelle ?

Et si c'était l'inverse ? Et si utiliser le terme profession contrait justement ces inégalités ? Pourquoi ne peut-on pas juste utiliser l'expression de « groupe professionnel des infirmiers-ères » ? Entre la rationalisation scientifique montrant la contingence du débat et l'affirmation d'un positionnement politique, le rôle du sociologue chercheur est parfois ambigu. Nous tâcherons donc par la suite d'utiliser les termes « métier » ou « profession » ou encore « groupe professionnel » en fonction du contexte donné.

B. Le malaise de la profession intermédiaire

Un rapprochement est à faire entre les infirmiers-ères et les travailleurs sociaux (ou assistants sociaux) dans leur position intermédiaire, et donc dans une sorte de positionnement politique. « Comme intermédiaires sociaux, les assistantes sociales sont situées aux points de tension de la structure sociale, dans un espace où la fonction se reproduit par le surgissement des nouveaux problèmes. Dans la division du travail, elles occupent donc une place opératoire, mais ambiguë. (...) Les orientations idéologiques et politiques (...) auront un impact évident sur la mise en œuvre des pratiques quotidiennes, contribuant là également à alimenter le malaise professionnel » (Saint-Martin, 2009, p. 134). Cette position d'intermédiaire, au-delà de la situation de crise ou d'urgence, renforce également ce sentiment de mal-être au travail.

Franssen aussi traite du rôle intermédiaire des travailleurs sociaux : « ces tensions entre une conception critique et une conception normalisatrice, entre l'intérêt de l'utilisateur et celui de l'institution, tout comme l'opposition entre une approche individuelle et une approche collective du travail social, font partie de l'exercice même du métier, de sa position forcément ambivalente et ambiguë d'intermédiaire » (2000, p. 116).

On retrouve également cette caractéristique de profession intermédiaire dans les travaux de Monneuse sur les cadres, qui se retrouvent également « pris en étau, en sandwich, entre deux feux » ou encore « entre le marteau, l'enclume et le burin » (2014, p. 22). On peut y voir un parallèle évident avec la profession infirmière, prise également en étau entre différents pouvoirs, différentes relations, différentes tâches.

Selon l'Insee, dans la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés des employeurs privés et publics²⁷, la profession infirmière en France fait partie de la quatrième catégorie statistique intitulée « professions intermédiaires ». Dans cette catégorie se trouvent différents groupes socioprofessionnels : « les contremaîtres et agents de maîtrise, les techniciens, les commerciaux, les administratifs, ainsi que les professions intermédiaires des domaines de la santé, de l'éducation, de la formation et du travail social » (Cadet & Guitton, 2013, p. 19). Les infirmiers-ères se trouvent parmi la catégorie socioprofessionnelle CSP 43 des « Professions intermédiaires de la santé et du travail social »²⁸. En Belgique, selon les codes NACEBEL, les seules professions intermédiaires sont les intermédiaires de commerce. Les infirmiers-ères font partie de la Section Q « Santé humaine et action sociale », soit dans les « 86 – Activités pour la santé humaine » et « 869 – Autres activités pour la santé humaine », soit dans les « 87 – Activités médico-sociales et sociales avec hébergement »²⁹.

En France, le statut des professions intermédiaires existe depuis 1982, pourtant cette catégorie ne figure pas dans les « professions » selon la sociologie des professions. Pour éviter tout débat,

²⁷ www.insee.fr (site consulté en mars 2018).

²⁸ Institut national de la statistique et des études économiques (France).

²⁹ <https://economie.fgov.be> (site consulté en avril 2018).

la catégorie de « groupe professionnel » semble préférée à celle de métier ou profession. Ces professions intermédiaires se situeraient davantage entre un métier et une profession, car elles sont les « intermédiaires dans la hiérarchie des qualifications salariales, mais aussi (...) les intermédiaires entre des savoirs et des connaissances techniques contrôlées par les CPIS³⁰ et le public » (Gadéa, 2013, p. 103). Leur fonction technique est diffusée auprès d'un large public mais en référence aux cadres supérieurs qui possèdent la totalité du savoir. Derrière cette notion d'intermédiaire est évidemment sous-entendue la notion de classe, puisqu'il s'agit d'exécuter ou de reproduire des décisions prises en amont. Pourtant, dans l'exécution des tâches, une certaine marge d'autonomie est de mise. Cette hiérarchie s'accompagne aussi d'une mission de régulation des rapports sociaux, car la relation aux cadres supérieurs reste ambiguë, passant de la coordination à la subordination. « En somme, ce qui sépare les professions intermédiaires des CPIS ou des ouvriers et employés est peut-être moins la profession que la position hiérarchique et sociale » (Gadéa, 2013, p. 106).

La position d'interface des professions intermédiaires est inconfortable pour différentes raisons. De par leur situation entre conception et exécution, non seulement une grande polyvalence fonctionnelle est attendue, mais ce sont aussi les premières à souffrir des conséquences de la managérialisation de l'activité. On observe « une interpénétration des dimensions managériale, technique, commerciale et administrative, vérifiée pour la quasi-totalité des métiers étudiés, qui contribue au brouillage du périmètre des professions intermédiaires et constitue un facteur de polyvalence fonctionnelle des emplois » (Guitton, 2013, p. 273). Selon Christophe Guitton, les cadres de santé cumulent les dimensions managériale, technique et administrative, et les infirmiers-ères, les dimensions technique et administrative. Pour ces derniers-ères, « les soins techniques constituent le cœur de métier et (...) sont de plus en plus accaparées par le traitement administratif des dossiers, la recherche des gains de productivité (optimisation des lits et des équipements) et les tâches procédurales (protocoles de soins, exigences de traçabilité, démarches d'accréditation), au détriment du contact direct avec les patients » (Guitton, 2013, p. 277). À cette polyvalence inévitable s'ajoute une managérialisation ou une normalisation du travail. Le terme de « protocolisation des soins » est même utilisé pour signifier l'obligation de « consigner en permanence dans un document le suivi des informations relatives aux soins dispensés, aux traitements administrés et à l'état de santé des patients » (Guitton, 2013, p. 282). Si la position intermédiaire n'est pas neuve dans le métier infirmier, ces nouvelles logiques managériales se répercutant plus sur les professions intermédiaires poussent quelque part les infirmiers-ères à redéfinir leur travail.

Si utiliser la notion de profession intermédiaire semble monnaie courante en France, ce n'est pas (encore) le cas en Belgique. Pourtant, en Belgique aussi, ce phénomène de normalisation des tâches infirmières est observé. Le Résumé Infirmier Minimum (RIM) était un enregistrement obligatoire effectué de 1988 à 2006 inclus dans tous les hôpitaux non psychiatriques. Il prévoyait d'enregistrer les éléments suivants : données générales concernant les établissements et leurs services, données relatives aux patient-e-s et à leurs séjours, soins infirmiers dispensés (23 items), données relatives au personnel, par unité de soins, données facultatives relatives au degré de dépendance. Avant l'année 2000, seuls les séjours d'hospitalisation classique étaient enregistrés. Entre 2000 et 2006, les séjours d'hospitalisation de jour ont été ajoutés, ainsi que tous les séjours des nouveau-nés ne résidant pas dans la chambre de leur mère. L'enregistrement se limitait à quatre périodes discontinues, à savoir, la première quinzaine des mois de mars, juin, septembre et décembre. Pour chacune de ces périodes, le SPF désignait cinq jours pendant lesquels l'enregistrement devait s'effectuer. L'enregistrement RIM avait pour but

³⁰ CPIS en France est l'acronyme des Cadres et Professions Intellectuelles Supérieures.

de soutenir la politique de santé. Depuis 1994, il servait au financement des hôpitaux, permettant à ceux-ci d'obtenir un financement complémentaire sur la base de leur activité infirmière. Depuis 2008, c'est le Résumé Hospitalier Minimum (RHM) qui remplace le RCM³¹ et le RIM (Résumé infirmier minimum). Le RHM est un système d'enregistrement anonymisé de données administratives, médicales et infirmières. Tous les hôpitaux non psychiatriques de Belgique sont tenus d'y contribuer.³²

Que ça soit la polyvalence des tâches ou la normalisation du travail infirmier, le temps de la relation entre infirmiers-ères et patient-e-s se voit réduit. Dans le temps de soin imparti, si l'infirmier-ère doit aussi s'occuper de tâches administratives, procédurales, dans une logique de gain de temps, le soin au patient se voit donc *a fortiori* redéfini. Cette redéfinition rentre forcément en contradiction avec l'image d'Épinal du soin qui peut inciter à choisir de devenir infirmier-ère.

Après tous ces enseignements sur l'histoire du métier infirmier, sur la montée du malaise sociétal et sur les particularités du statut du champ infirmier, il importe maintenant de tâcher de structurer les facteurs du malaise infirmier. Si tous les auteurs préconisent souvent une solution unifactorielle, il s'agira dans le prochain chapitre d'utiliser un cadre théorique regroupant la majorité des facteurs.

³¹ Le Résumé clinique minimum (RCM) était un enregistrement des données administratives et médicales anonymisé, entre 1990 et 2007. Tous les hôpitaux généraux non psychiatriques étaient tenus de mettre à disposition leurs données au SPF Santé publique. Le RCM servait à déterminer les besoins en équipements hospitaliers, définir les normes d'agrément qualitatives et quantitatives des hôpitaux et de leurs services, organiser le financement des hôpitaux, déterminer la politique relative à l'exercice de l'art de guérir, et définir une politique épidémiologique. (<http://www.health.belgium.be> (site consulté en septembre 2016))

³² <http://www.health.belgium.be> (site consulté en septembre 2016).

CHAPITRE 2 – UN CADRE THÉORIQUE POUR L'ANALYSE DU MALAISE INFIRMIER

Afin d'investiguer le malaise ultérieurement, il est nécessaire d'organiser et structurer les différentes causes du malaise professionnel infirmier en différents niveaux à travers un cadre théorique si ce n'est exhaustif, du moins holistique.

Dans son ouvrage « Le malaise des soignants », Sainsaulieu (2003) s'intéresse aux tensions et arrangements permanents des soignant-e-s dans l'hôpital autour de problèmes non réglés. Sans donner un cadre ou un canevas bien précis, il liste toute une série d'« incertitudes non réglées, c'est-à-dire les cas non prévus par le règlement, ou laissés dans le flou » (2003, p. 141). C'est justement dans ce flou que le malaise hospitalier surgit. Il crée deux listes de tensions : d'abord une liste plus générale, et ensuite une liste plus liée aux services de soin. La première liste comporte la charge de travail, le partage des tâches quotidiennes, la gestion des lits, les remplacements et la gestion des plannings, la gestion des repos, le management autoritaire, les réunions de transmission et la polyvalence. Sa deuxième liste reprend la relation affective avec le patient, l'information sur le patient, le dossier médical, la prescription écrite du médecin, la programmation des rendez-vous, l'innovation technologique, la panne des machines et la promotion.

Tous ces éléments se retrouvent évidemment dans la pratique infirmière, et Sainsaulieu (2003) les organise selon 3 incertitudes : organisationnelle, socioculturelle, et économique ou technique.

Aborder le malaise infirmier via une approche uniquement organisationnelle, semble quelque peu réducteur, car l'organisation semble un « enjeu fourre-tout » (Sainsaulieu, 2003, p. 151). L'auteur parle même de « tautologie de l'organisation », car « chaque incertitude renvoie à l'organisation, mais à l'inverse l'organisation renvoie à chaque incertitude » (Sainsaulieu, 2003, p. 153). Le facteur organisationnel, malgré son omniprésence, a du mal à être isolé des autres facteurs. En effet, « dans des conditions changeantes, la question de l'organisation est insoluble une fois pour toutes, et suppose des arrangements constants » (Sainsaulieu, 2003, p. 153). Les changements réguliers dans l'organisation, impliquant plusieurs intervenants dans plusieurs conditions d'intervention, provoquent plutôt désorganisation et incertitude.

Au-delà du facteur organisationnel, l'enquête de Sainsaulieu (2003) place le facteur socioculturel en deuxième place dans les incertitudes des soignant-e-s. La complexité du soin se situe dans le facteur humain qui reste équivoque. La notion de qualité du soin, par exemple, dépend du système de valeur propre à chaque soignant-e. Les différences socioculturelles entre soignant-e-s jouent alors sur la définition-même du soin, et donc sur une collaboration souvent difficile.

Le dernier groupe de facteurs renvoie aux moyens économiques insuffisants (Sainsaulieu, 2003). Le nombre de postes est insuffisant par rapport au besoin en soignant-e-s dans l'hôpital. Il manque aussi du personnel pour remplacer les absent-e-s, et donc pour permettre des récupérations des repos au personnel existant. Non seulement des questions se posent sur le manque de moyens, mais aussi sur l'utilisation des moyens déjà mis à disposition de l'institution hospitalière. Les enjeux techniques pèsent aussi dans les incertitudes des soignant-e-s lors de pannes de machines, par exemple, mais surtout dans le manque de formation pour pallier les dysfonctionnements des machines, ou pour s'adapter aux progrès technologiques et informatiques. « La maîtrise de l'innovation soulève une demande continue de formation et sans doute aussi d'accompagnement humain pour gérer le stress et les pertes d'identité qui accompagnent les mutations technologiques » (Sainsaulieu, 2003, p. 157).

Cet ouvrage, à première vue, pouvait sembler idéal et promettait de répondre à toutes nos questions. Il est apparu pourtant lacunaire, dans son absence de traitement des interactions relationnelles, notamment, définissant le cœur de la profession infirmière.

D'autres auteurs traitent du malaise, mais pour d'autres groupes professionnels, comme les cadres (Monneuse, 2014) ou les travailleurs sociaux (Saint-Martin, 2009). Même si ces auteurs abordent différentes notions liées au malaise, telles que la reconnaissance ou l'intensification du travail dans l'urgence, les cadres théoriques proposés semblent chaque fois inadéquats ou incomplets pour l'un ou l'autre aspect de la profession infirmière. Aussi, les différentes catégories proposées sont toujours organisées plus ou moins sur le même pied, alors qu'il existe des niveaux différents entre les catégories. Par exemple, Christian Baudelot et Michel Gollac (2003) distinguent quatre sources de plaisir au travail : 1) avoir des contacts avec autrui ; 2) s'occuper d'autrui, servir, aider ; 3) faire, créer, fabriquer ; et 4) voyager, s'enrichir personnellement. Si certaines catégories seront utilisées en partie par la suite, ce classement ne nous semble pas assez holistique et trop interdépendant : non seulement ces sources de plaisir s'entremêlent, mais en plus elles correspondent à des types d'activités professionnelles particulières.

La littérature de la science infirmière, quant à elle, manque d'approche globaliste ou sociologique. Pour Tremblay (2014), la cause principale du malaise infirmier serait le manque de conciliation entre famille et travail. Nadot (2012), quant à lui, veut remplacer le terme « infirmier-ère », trop réducteur, par « médiologue de la santé », afin de donner une identité propre et claire à la discipline, et par là donner la reconnaissance manquante. C'est comme si un seul facteur devait prendre le dessus sur les autres, or la réalité semble plus complexe et certainement multifactorielle. Alderson (2005), dans ses travaux sur le plaisir et la souffrance des infirmiers-ères, emprunte aux psychologues l'approche de la psychodynamique du travail (PDT). Ce cadre situe le sens du travail autour de trois dimensions : la dimension intra subjective (relation à soi-même, référence au sujet en quête d'accomplissement), la dimension intersubjective (relation aux autres personnes concernées par le même objet, référence au jugement de l'autre et aux normes sociales) et la dimension utilitaire (relation à l'objet de l'action, référence au travail réel qui dépasse toujours le travail prescrit). Bien qu'extrêmement intéressante, cette approche n'a pas de but de représentativité, ni de reproductibilité, ni de généralisabilité, mais s'assimile plutôt à une méthode de « recherche-action qui (...) facilite le transfert des connaissances issues de l'enquête vers le terrain, vers la pratique. La démarche propre à la PDT vise, en effet, l'appropriation des conclusions de l'enquête par les participants eux-mêmes et ce dans une perspective d'action de transformation de leur situation de travail » (Alderson, 2005, p. 84). Le but étant ici d'organiser des facteurs du malaise infirmier, cette approche ne nous a pas semblé non plus appropriée.

Il a aussi été tenté d'imaginer une classification organisationnelle des facteurs du malaise : du plus macrosociologique au plus microsociologique, en passant par les facteurs institutionnels et sectoriels. Cette solution, bien que riche, a semblé caduque, trop linéaire, et finalement peu propice à la compréhension globale du phénomène du malaise infirmier. Utiliser cette classification organisationnelle (selon des facteurs institutionnels, sectoriels, macro- et microsociologiques) pour traiter de données qualitatives, par exemple, était particulièrement fastidieux et emmêlait les détails à tel point que plus aucune catégorie n'était assez résistante.

Il fallait donc un cadre robuste et traitant de toutes les professions, dans lequel la profession infirmière pouvait aussi s'insérer. Si la profession infirmière n'est pas particulièrement paupérisée, elle se situe certainement dans une niche particulière de mal-être et en difficulté sociale. Aussi, il a semblé pertinent d'utiliser les travaux de Serge Paugam, sociologue français de la précarité et des inégalités sociales, se basant sur des études à la fois quantitatives et

qualitatives. Pour analyser le malaise infirmier, un de ses ouvrages-phares traitant des intégrations professionnelles a alors servi de base : « Le salarié de la précarité. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle » (2000). Paugam y développe une théorie relative aux différents visages que peuvent prendre les vulnérabilités professionnelles³³, pour tous les métiers confondus.

1. Fondements de l'intégration professionnelle

Depuis les années 1990, « l'accès à l'emploi ne met plus systématiquement à l'abri ni de la pauvreté matérielle, ni de la détresse psychologique » (Paugam, 2000, p. 1), et ce en grande partie à cause de la précarité des statuts avec notamment des contrats à durée déterminée, des temps partiels, etc. De plus, le fait d'avoir un contrat à durée indéterminée ne prémunit pas automatiquement d'un éventuel licenciement. Les conditions de travail ont aussi évolué avec des contraintes de temps plus fortes et un besoin constant d'une meilleure qualité, ce qui accentue le risque de dévalorisation des salarié-e-s les moins compétent-e-s. Il s'avère que l'on se soit, au cours des dernières décennies, davantage intéressé à l'emploi qu'au travail en lui-même alors que ce n'est pas le tout d'avoir un emploi, encore faut-il qu'il corresponde aux attentes et aux qualifications de l'employé-e, autrement dit qu'il aide aussi l'individu à s'intégrer socialement.

C'est ainsi que le travail ne constitue pas seulement une suite d'actions répétées coupées de leur environnement, mais l'individu travaillant cherche à développer un sens particulier à sa tâche. Sa contribution à la collectivité s'insère donc aussi dans un ensemble de relations sociales où la reconnaissance de son travail par ses pairs est centrale. L'emploi et l'intégration sociale recherchée dans le travail semblent alors intimement liés car, par rapport à l'une de ses recherches, Paugam déclare que « plus la précarité de la situation par rapport à l'emploi était grande, plus le risque de ruptures sociales et familiales, de réduction de la sociabilité et d'appauvrissement du revenu et des conditions de vie l'était aussi » (2000, p. 14). Les souffrances physiques et morales ne sont pas seulement liées au statut de l'emploi mais dépendent aussi des dimensions subjective et objective de l'expérience du travail ; pour analyser l'intégration professionnelle, il est donc primordial de prendre en compte ces deux entités.

Étudier le travail ne va donc pas sans étudier l'emploi : « les modalités d'accès au marché du travail, les conditions et statuts d'emploi (...) [définissent] des positions sociales différentes au sein du monde du travail. (...) Les statuts d'emploi segmentent et hiérarchisent les statuts au travail. (...) L'inégal accès au marché du travail, l'inégale légitimité à avoir un emploi se construisent sur le socle des hiérarchies sociales – hiérarchies de classe, d'âge, de sexe, d'origine ethnique. Autour de l'accès à l'emploi s'affrontent (...) des classes sociales qui se distinguent par leurs capacités à entrer sur le marché du travail et à s'y maintenir, par les formes d'emploi dont ils sont titulaires. Le chômage et la précarité accusent et renforcent les inégalités et les clivages sociaux » (Maruani & Reynaud, 2004, p. 105). Au-delà de l'étude des déterminants sociaux, il s'agit aussi de se pencher sur les logiques sociales qui font de l'emploi une construction sociale. « La précarité professionnelle doit être analysée à partir du rapport au travail et du rapport à l'emploi puisqu'ils constituent deux dimensions distinctes de l'intégration professionnelle, aussi fondamentale l'une que l'autre. Le rapport au travail s'inscrit dans la logique productive de la société industrielle en faisant de chaque individu un producteur potentiel qui acquiert son

³³ Pour construire sa théorie de l'intégration professionnelle, Paugam se base sur les enquêtes nationales françaises réalisées depuis 1984, à savoir les enquêtes « Conditions de travail » et « Techniques et organisation du travail » qui sont des compléments à l'enquête « Emploi » de l'INSEE. Ces enquêtes sont aujourd'hui réalisées et exploitées par la DARES du ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

identité et le sentiment d'être utile par le principe, analysé par Durkheim, de la complémentarité des fonctions. Le rapport à l'emploi s'inscrit dans la logique protectrice de l'État-providence qui assure des droits sociaux aux citoyens en fonction de leur contribution à l'activité productive, mais aussi en fonction du principe de citoyenneté » (Paugam, 2000, p. 17).

Qu'il procure malaise ou bonheur, qu'il soit intenable (Théry, 2010) ou de moins en moins supportable (Clot & Gollac, 2017), le travail occupe une place centrale dans la vie des travailleurs-euses et définit encore, pour une grande part, leur identité sociale (Méda, 2010b). Baudelot et Gollac attestent aussi de cette vision binaire du travail, qui existe depuis trois siècles : « d'un côté, un travail conçu comme une contribution au progrès de l'humanité, le fondement du lien social et une source d'épanouissement et de bonheur personnels ; de l'autre, un travail aliéné et aliénant, qui condamne les hommes à perdre leur vie à devoir la gagner » (2003, p. 19). Le travail amène souffrance ou satisfaction : « sous les effets conjugués de la précarité, de la flexibilité, de l'intensification du travail, de l'individualisation du rapport à l'emploi et à bien d'autres facteurs encore, une part importante d'individus originaires de milieux professionnels divers et de niveaux variés de la hiérarchie sociale entretiennent un rapport malheureux à leur travail. D'autres y trouvent au contraire des sources de joie, de plaisir et de bonheur, le travail étant pour eux un moyen de s'épanouir et de se réaliser. Il est encore possible (...) d'adopter des conduites de retrait, en se limitant dans l'entreprise au service minimum et à l'investissement personnel minimal. Mais les nouvelles formes de management et de gestion des emplois rendent cette attitude de plus en plus difficile à tenir. Si bien que l'accroissement de la pression tend à créer de la souffrance là où le bonheur est impossible » (Baudelot & Gollac, 2003, pp. 12-13).

Est-il souhaitable de diminuer la place octroyée au travail dans la vie ? Yves Clot et Michel Gollac ne le pensent pas en termes quantitatifs (durée du travail), mais plutôt qualitatifs : « changer le travail dans un sens favorable à l'épanouissement des travailleurs peut, certes, amener à valoriser davantage le temps qui y est consacré. Mais cela peut aussi conduire à développer d'autres rapports au travail que celui consistant à s'y consacrer corps et âme et à tout en attendre, à stimuler une créativité qui demandera à se mettre en œuvre aussi hors du travail » (Clot & Gollac, 2017, p. 131). Manifestement, le travail (ou son rôle dans la vie) est en train de se redéfinir.

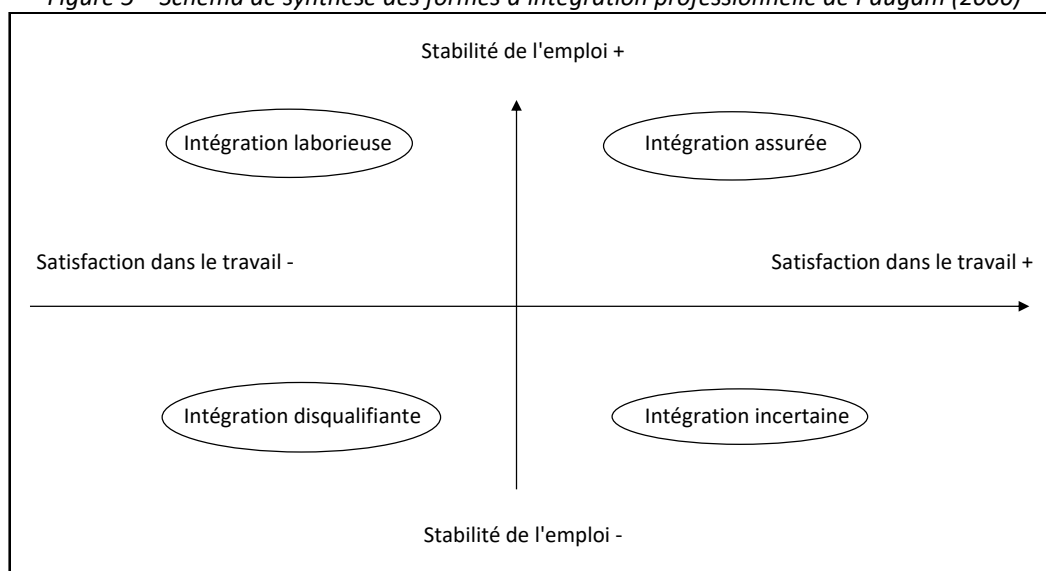
Le cadre théorique proposé par Paugam s'appuie sur ces deux rapports à l'emploi et au travail, qui se sont donc considérablement transformés au cours des dernières décennies. « Le travail peut être un facteur d'épanouissement, mais aussi de frustration, voire d'aliénation. L'emploi peut être stable et assurer dans ce cas un statut social valorisé au-delà du monde du travail, mais il peut être aussi instable, ce qui expose les salariés à l'insécurité sociale » (Paugam, 2000, p. 95). En croisant les rapports de l'emploi et du travail, Paugam procure une typologie de quatre formes d'intégration professionnelle. Celle-ci « assure aux individus la reconnaissance de leur travail, au sens de leur contribution à l'œuvre productive, mais aussi, en même temps, la reconnaissance des droits sociaux qui en dérivent » (Paugam, 2000, p. 96). L'intégration professionnelle dépend donc de la satisfaction ou non du travail combinée avec la sécurité ou non de l'emploi. Ces deux dimensions de la précarité renvoient en fait à deux fondements du lien de participation organique : « la précarité de l'emploi traduit un affaiblissement de la *protection* du travailleur ; la précarité du travail exprime un déni de *reconnaissance*, une faillite identitaire qui survient lorsque plus rien dans le monde du travail ne peut stimuler l'individu et lui fournir la preuve de son utilité, de sa valorisation par le regard de l'autre ou des autres. La protection et la reconnaissance se retrouvent dans chaque type de lien social. La protection renvoie le plus souvent à la dimension statutaire du lien, avec un ensemble de règles juridiques ou conventionnelles visant à assurer à l'individu une intégration sociale. (...) La reconnaissance

renvoie davantage à la dimension affective ou émotionnelle du lien. C'est le fait de compter pour autrui » (Paugam, 2000, p. XVIII).

L'auteur qualifie « le type idéal de l'intégration professionnelle comme la double assurance de la reconnaissance matérielle et symbolique du travail et de la protection sociale qui découle de l'emploi. La première condition est remplie lorsque les salariés disent qu'ils éprouvent des satisfactions au travail, et la seconde, lorsque l'emploi qu'ils exercent est suffisamment stable pour leur permettre de planifier leur avenir et d'être protégés face aux aléas de la vie » (Paugam, 2000, p. XVII).

Paugam nomme ce type idéal d'*intégration assurée* et de là découlent trois types de déviations : l'*intégration incertaine* (satisfaction au travail et instabilité de l'emploi), l'*intégration laborieuse* (insatisfaction au travail et stabilité de l'emploi) et l'*intégration disqualifiante* (insatisfaction au travail et instabilité de l'emploi). Ces différents concepts sont résumés dans la figure suivante (Figure 5). Ces déviations ne sont que des formes de précarité professionnelle et « cette typologie permet d'analyser les inégalités qui structurent aujourd'hui l'espace social de l'intégration professionnelle » (Paugam, 2000, p. XVII).

Figure 5 – Schéma de synthèse des formes d'intégration professionnelle de Paugam (2000)



Si Paugam parle de « type idéal » pour l'*intégration assurée*, c'est uniquement dans le but de schématiser la réalité afin de mieux la comprendre. Cette forme d'intégration professionnelle « signifie pour les salariés à la fois la possibilité de l'épanouissement dans une activité productive, mais en même temps la possession de garanties face à l'avenir. On peut donc définir le type idéal de l'intégration professionnelle comme la double assurance de la reconnaissance matérielle et symbolique du travail et de la protection sociale qui découle de l'emploi » (Paugam, 2000, p. 97). D'un côté, les salarié-e-s sont satisfait-e-s de leur situation financière, de l'ambiance et des conditions de leur travail ; d'un autre côté, ils-elles ressentent une certaine sérénité face à leur avenir qu'ils-elles peuvent planifier grâce à la sécurité de leur emploi.

Le-la salarié-e satisfait-e de son travail mais sans sécurité de l'emploi appartient au type de l'*intégration incertaine*. Cette forme d'intégration peut sembler plus difficile à imaginer, pourtant elle fait partie de la réalité de l'intégration professionnelle : il existe des situations où l'individu est content des relations avec ses collègues et ses supérieurs, de son salaire et des conditions dans lesquelles il travaille, mais qui pourtant risque de perdre son emploi car son CDD n'a pas de chance d'être renouvelé ou parce que l'avenir de l'entreprise dans laquelle il se

trouve est incertain. Il est aussi possible que le-la travailleur-se accepte cette instabilité de l'emploi pour parfaire ses connaissances ou son expérience professionnelle, afin d'améliorer ses chances d'insertion. Prenons l'exemple de jeunes chercheur-e-s scientifiques : les contrats de recherche à durée indéterminée sont extrêmement rares, mais la passion pour la recherche et le fait de travailler dans un cadre stimulant donne suffisamment de satisfaction aux travailleur-ses pour qu'ils-elles acceptent l'instabilité de la situation, ou plutôt pour qu'ils-elles s'y résignent, s'ils-elles veulent continuer à exercer le métier qu'ils-elles aiment. Ils-elles accepteront donc cette incertitude de l'emploi en échange d'une satisfaction dans leur travail.

« *L'intégration laborieuse* est une forme d'intégration professionnelle assez classique qui correspond aux salariés globalement insatisfaits dans leur travail, mais dont l'emploi n'est pas menacé. L'activité professionnelle ne correspond donc pas pour ces salariés à un plaisir puisqu'elle implique des souffrances physiques (...) ou morales, quand l'ambiance dans l'entreprise est tendue, les relations avec les collègues et supérieurs mauvaises » (Paugam, 2000, p. 100). Un espoir d'amélioration de leur situation ou de faire entendre leurs revendications reste possible. On peut retrouver ce type d'intégration plutôt dans les entreprises de service public où certains individus restent à l'emploi uniquement grâce à la garantie de leur place, mais qui n'éprouvent aucune satisfaction à l'égard de leur travail en lui-même, ni même vis-à-vis de leurs collègues. *L'intégration laborieuse* peut aussi exister lorsque les services de l'entreprise sont réorganisés et que les salarié-e-s constatent une transformation plutôt dévalorisante de leur poste de travail.

La dernière forme d'intégration professionnelle, *l'intégration disqualifiante*, est synonyme de crise : non seulement le-la travailleur-se n'est pas satisfait-e ni de ses conditions de travail, ni de ses relations avec ses collègues ou supérieur-e-s, mais en plus son emploi est précaire. Ici, il n'y a aucun espoir d'amélioration pour compenser la souffrance quotidienne. « L'intégration est disqualifiante, car elle est le début d'un processus qui peut conduire à un cumul de handicaps » (Paugam, 2000, p. 102). Une telle situation relève quand même de l'intégration professionnelle, même si l'on pourrait émettre des doutes, car le salarié possède un poste de travail, un contrat de travail et une rémunération. « Ces éléments n'offrent en réalité au salarié que le cadre élémentaire de son intégration et le privent en même temps de tout ce qui peut lui donner un sens, à savoir la reconnaissance, la dignité, le moyen d'expression et enfin la stabilité » (Paugam, 2000, p. 103).

« Il est clair que *l'intégration assurée* traduit davantage une situation de satisfaction générale que de mécontentements » (Paugam, 1999, p. 729), alors que les trois autres types impliquent une certaine insatisfaction. Pour Paugam, les seules réactions possibles des travailleurs-ses mécontent-e-s sont soit la protestation, soit la fidélité. « La protestation est la forme de mécontentement la plus probable pour les salariés proches de *l'intégration laborieuse*. En agissant ainsi, ils ne prennent pas le risque d'être licenciés puisque leur emploi est stable. Cette réaction correspond en elle-même à une forme d'intégration professionnelle et, à terme, ne peut que la consolider. En revanche, la protestation n'est pas envisageable pour les salariés proches de *l'intégration incertaine* et de *l'intégration disqualifiante*. Leur situation est beaucoup trop incertaine pour qu'ils puissent se le permettre » (Paugam, 1999, p. 729).

En ce qui concerne la fidélité, deuxième réaction possible des travailleurs-ses mécontent-e-s, elle n'est guère envisageable pour celles et ceux qui risquent de perdre leur emploi « puisque cette réaction implique l'attente d'une amélioration. Les salariés proches de *l'intégration incertaine* ou de *l'intégration disqualifiante* savent qu'ils ont de fortes probabilités de ne pas pouvoir se maintenir au poste qu'ils occupent. Peut-on être fidèle à une organisation qui risque de vous exclure ? » (Paugam, 1999, p. 729). Toutefois, Paugam estime que les réactions entre ces deux intégrations peuvent être différentes. D'une part, « la satisfaction dans le travail qu'éprouvent

les salariés proches de l'*intégration incertaine* les prédispose à de bonnes relations avec leurs proches dans l'entreprise » (Paugam, 1999, p. 729) car ils-elles maintiennent l'espoir que leur emploi précaire se transforme en emploi permanent et donc manifestent une certaine fidélité envers leurs employeurs-ses. D'autre part, « la situation des salariés proches de l'*intégration disqualifiante* pourrait davantage se rapprocher d'un comportement apathique. Il est possible, en effet, de penser que ces salariés vont en faire le moins possible dans l'entreprise puisqu'ils se savent plus ou moins condamnés à la quitter et qu'ils n'éprouvent de surcroît aucune véritable satisfaction au travail. (...) Ces salariés subissent plus qu'ils n'agissent et (que) leur réaction est en quelque sorte l'expression d'une désillusion » (Paugam, 1999, p. 730).

Puisque deux grands axes construisent ces formes d'intégration professionnelle, tâchons d'en savoir davantage sur le rapport à l'emploi, ainsi que sur le rapport au travail. Les dimensions composant ces axes sont fondamentales pour la suite de notre exposé, car elles constituent la base d'analyse non seulement pour la partie quantitative, mais aussi pour la partie qualitative.

2. Rapport à l'emploi : évolutions et inégalités

La répartition et le partage de l'emploi sont des constructions sociales : si pendant les « Trente Glorieuses » d'après-guerre, le plein emploi était de mise et rares étaient les pertes d'emploi définitives, « il faut sans doute considérer cette période comme exceptionnelle dans l'histoire économique et sociale » (Paugam, 2000, p. 63). En effet, « depuis le début des années 1980, deux événements sociaux sont venus modifier ce paysage : - les transformations de la population active : l'afflux massif des femmes sur le marché du travail, d'une part, le rétrécissement, aux deux extrémités, de la pyramide des âges, d'autre part (...) ; - [et] la crise de l'emploi : l'irruption d'un chômage massif et la multiplication des "formes particulières d'emploi" » (Maruani & Reynaud, 2004, pp. 4-5). Pour Paugam, la crise économique des années 1970 et 1980 a causé un double phénomène de diversifications des situations par rapport à l'emploi : « le chômage de longue durée – appelé par certains le chômage d'exclusion – et la précarité croissante de la relation de travail qui pèse en particulier sur les jeunes » (2000, p. 63). On observe donc à l'heure actuelle de plus en plus d'individus n'ayant pas connu de contrat à durée indéterminée ou ne possédant aucune garantie de carrière et de protection sociale.

Ces nouvelles formes particulières de l'emploi ne possèdent pas l'une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : « la durabilité de la relation d'emploi, l'unicité de l'employeur, le temps plein avec salaire correspondant à l'activité normale et permanente dans l'entreprise. Parmi les formes juridiquement reconnues, on trouve le contrat à durée déterminée (CDD), l'intérim, les contractuels, auxiliaires et vacataires du secteur public, le travail à temps partiel, le travail intermittent, l'apprentissage, les stages de formation et les contrats aidés » (Paugam, 2000, p. 64). Ces formes particulières d'emploi n'ont pas cessé d'augmenter depuis la fin des années 70 (Baudelot & Gollac, 2003). Plusieurs notions méritent que l'on s'y attarde davantage comme « la précarité du statut du salarié défini par le contrat qui le lie à son employeur, (...) la précarité associée à la notion de sous-emploi dont l'une des caractéristiques est notamment ce qu'on appelle le temps partiel contraint, (...) [et] la déstabilisation des emplois stables » (Paugam, 2000, p. 64). Les conditions de travail des travailleurs-euses précaires sont bien plus mauvaises : leur cadence est plus rapide et l'exposition aux risques ou nuisances plus grande (Baudelot & Gollac, 2003).

Quatre formes de l'emploi sont répertoriées comme précaires : le CDD, l'intérim, les stages et contrats aidés, et l'apprentissage, toutes correspondant à un moyen pour les entreprises d'accroître leur flexibilité. Même si l'évolution globale des statuts précaires concerne tout le

monde, les hommes sont manifestement plus touchés par l'intérim et l'apprentissage que les femmes, et celles-ci davantage par les stages et contrats aidés et par les CDD.

Il est aussi à signaler que la sortie du chômage renforce le risque d'obtenir un emploi à statut précaire. « Le développement des emplois à statut précaire n'empêche pas d'accéder à l'emploi stable, il correspond pour certains à une phase d'insertion sur le marché du travail, mais, en même temps, les plus défavorisés en termes de qualification ont de plus en plus de chances de se maintenir durablement dans cette situation qui, à la longue, contribue à les dévaloriser » (Paugam, 2000, p. 75).

La Conférence internationale du Travail de 1982 a donné une définition précise du sous-emploi : « sont en sous-emploi visible les personnes pourvues d'un emploi qui travaillent involontairement moins que la durée normale du travail dans leur activité et qui étaient à la recherche d'un travail complémentaire, ou disponibles pour un tel travail dans la semaine de référence » (Paugam, 2000, p. 76). Il est observé que le sous-emploi représente le plus souvent une période transitoire avant le chômage ou le plein emploi. La composante principale de l'évolution du sous-emploi demeure l'emploi à temps partiel contraint. Cette forme d'emploi correspond souvent à de faibles salaires, il en découle que le risque de pauvreté et d'insécurité sociale parmi les salariés à temps partiel est bien réel.

Même si le sous-emploi pourrait représenter une forme de régulation du marché de l'emploi, il n'en demeure pas moins que l'on assiste de nouveau à une forte inégalité entre hommes et femmes : ce sont surtout les femmes qui sont fortement représentées dans les formes d'emploi à temps partiel contraint et le sont par contre peu dans les temps complets réduits (Méda, 2008). La norme de référence demandée le plus par les chômeurs reste l'emploi à temps plein et à durée indéterminée.

L'insécurité de l'emploi ne se traduit pas seulement dans les statuts précaires ou les formes de sous-emploi, mais aussi dans le risque de perdre son emploi considéré comme stable. En effet, « les salariés peuvent avoir un contrat à durée indéterminée et vivre sous la menace d'un licenciement. La précarité salariale est liée dans ce cas à la gestion de l'emploi par l'entreprise et non à la nature du contrat de travail. La suppression des emplois stables est désormais une pratique courante qui se déroule dans le cadre des plans sociaux (...) souvent mis en œuvre par des entreprises en crise confrontées à des difficultés financières conjoncturelles ou à des problèmes de gestion » (Paugam, 2000, p. 79). Même si ces plans sociaux sont justifiés par rapport à la réalité du marché économique, ils sont toujours « source d'angoisse pour les salariés, en particulier quand la probabilité de se maintenir durablement au chômage après le licenciement est forte » (Paugam, 2000, p. 79). L'incertitude des salariés face à leur emploi, même s'il est à durée indéterminée, est donc bien présente, et l'importance d'en avoir un ne fait pas de doute, parce que « la construction de l'emploi est une des activités essentielles de la société actuelle et que la plupart des débats sociaux d'aujourd'hui sont traversés de manière plus ou moins visible par des questions d'emploi » (Maruani & Reynaud, 2004, p. 103).

L'émergence de ces diverses formes d'emploi ne fait pas disparaître les inégalités sociales existantes, au contraire elle en crée même des nouvelles. « La difficulté consiste alors à analyser les inégalités, non plus de façon statique, c'est-à-dire en identifiant les groupes défavorisés et en recherchant pourquoi leur condition sociale n'évolue pas, mais, au contraire, à repérer dans des trajectoires diverses, les processus qui conduisent certains individus à un cumul de handicaps et d'autres à un cumul d'avantages. Autrement dit, le concept de disqualification sociale encourage à mettre l'accent à la fois sur l'instabilité des situations et sur les processus par lesquels les inégalités se constituent et se renouvellent » (Paugam, 2000, p. 85). Sont exposées ici les

inégalités sociales liées au sexe, à l'âge et au niveau de qualification, qui fonderont les hypothèses de la suite des analyses.

« Les femmes sont plus exposées que les hommes. La probabilité d'être titulaire d'un contrat à durée déterminée est plus forte pour les femmes que pour les hommes une fois que l'on a contrôlé l'effet de l'âge et de la CSP³⁴ » (Paugam, 2000, pp. 85-86). On aurait tort de penser que les femmes sont moins impliquées dans la recherche d'un emploi permanent, parce que c'est le mode de régulation du marché de l'emploi qui les expose davantage à la précarité. En effet, selon la thèse constructiviste de la domination masculine de Pierre Bourdieu, « nous avons incorporé, sous la forme de schèmes inconscients de perception et d'appréciation, les structures historiques de l'ordre masculin » (1998, p. 17). Les rapports sociaux de domination et d'exploitation qui sont institués entre les sexes s'inscrivent dans deux classes d'habitus différentes « qui conduisent à classer toutes les choses du monde et toutes les pratiques selon des distinctions réductibles à l'opposition entre le masculin et le féminin. Il appartient aux hommes, situés du côté de l'extérieur, de l'officiel, du public, du droit, du sec, du haut, du discontinu, d'accomplir tous les actes à la fois brefs, périlleux et spectaculaires qui (...) marquent des ruptures dans le cours ordinaire de la vie ; au contraire, les femmes, étant situées du côté de l'intérieur, de l'humide, du bas, du courbe et du continu, se voient attribuer tous les travaux domestiques, c'est-à-dire privés et cachés, voire invisibles ou honteux, comme le soin des enfants et des animaux, ainsi que tous les travaux extérieurs qui (...) ont trait à l'eau, à l'herbe, au vert (comme le sarclage et le jardinage), au lait, au bois, et tout spécialement les plus sales, les plus monotones et les plus humbles » (Bourdieu, 1998, p. 49). Les hommes appartiennent plutôt à la sphère publique, à la production de biens économiques contrairement aux femmes qui demeurent dans le foyer, la sphère privée, pour reproduire des biens symboliques. Les différences des organes sexuels en sont à l'origine mais n'expliquent en rien les sens que l'on a donnés au cours du temps aux différents symboles féminins ou masculins. Ainsi, la femme est associée à la nuit, à la lune, au froid, à l'hiver alors que l'homme correspond au jour, au soleil, au chaud et à l'été. Selon Bourdieu, ces associations ont été socialement construites, c'est-à-dire qu'elles auraient pu être autres, et pourtant elles demeurent encore bien robustes dans de nombreuses enquêtes statistiques françaises : « les femmes sont concentrées dans six secteurs socioprofessionnels : le secteur de la santé et du travail social, les employés de la fonction publique, le service direct aux particuliers, les instituteurs, les employés de commerce » (Daniellou, 2010, p. 78).

Trois modèles d'activité féminine se distinguent : l'emploi continu, « le stéréotype de la carrière masculine ininterrompue de la fin des études à la retraite » (Paugam, 2000, p. 86), constitue le premier modèle que l'on retrouve plus dans les pays scandinaves où les politiques sociales offrent davantage de possibilités de concilier la vie professionnelle et la vie familiale (Méda, 2008). « Le second modèle correspond à une carrière interrompue, soit après le mariage, soit après la naissance des enfants. Cet arrêt est le plus souvent planifié dès la période des études. (...) Le troisième modèle est celui du travail fragmenté, au sens d'une alternance de phases de travail et de non travail au cours de la carrière. Ce modèle est renforcé par la dérégulation du marché de l'emploi et notamment par le développement de la flexibilité du travail » (Paugam, 2000, pp. 86-87).

Il s'agit ici de montrer la complexité et la diversité des choix que les femmes ont devant elles, par rapport aux hommes et que le choix de l'un ou l'autre modèle peut être socialement contraint. Les femmes sont nettement plus touchées par le sous-emploi, notamment à cause de certains plans sociaux les obligeant à accepter un temps partiel si elles veulent conserver leur emploi

³⁴ CSP = catégorie socio-professionnelle.

(Méda, 2008). Les temps partiels, bien pratiques pour organiser un renouvellement des salariés, démontrent, en partie, non seulement la recherche de flexibilité des entreprises, mais aussi et surtout une certaine exploitation de la main-d'œuvre féminine. « Plus exposées au chômage, les femmes occupent aussi plus souvent que les hommes des emplois précaires et à temps partiel (...). L'hégémonie féminine dans le travail à temps partiel est telle que celui-ci, dans les représentations communes, s'identifie au travail des femmes et prend d'autres noms et d'autres formes quand il concerne des hommes. (...) Alors que le temps partiel féminin est associé à des contraintes familiales et dévalorisé, la préretraite masculine est appréhendée, entre autres, comme un remède à la crise, une façon "noble" de laisser la place aux jeunes » (Baudelot & Gollac, 2003, p. 104). Face à l'insécurité de l'emploi féminin, les femmes n'auraient-elles pas alors avantage à intégrer très jeunes de professer dans une activité sûre au niveau emploi ? Si le marché de l'emploi précarise les femmes, mais nécessite immuablement des soignant-e-s, le choix de devenir infirmière pourrait-il être pour certaines une manière incorporée de se protéger contre les emplois féminins précaires ?

Il est évident que « l'engagement des femmes dans le travail domestique conditionne fortement leur rapport au travail professionnel. (...) Les femmes assument toujours l'essentiel du travail domestique » (Baudelot & Gollac, 2003, p. 106;123). L'engagement des femmes dans le travail ne peut se penser indépendamment de leur engagement familial, contrairement aux hommes, qui peuvent penser à du temps pour soi. Les temps partiels subis ou choisis par les femmes arrangent donc la conciliation entre travail et famille qui leur incombe encore. En effet, « si les femmes salariées consacrent au travail professionnel en moyenne une heure de moins chaque jour que les hommes, elles passent en tout quotidiennement plus de temps à travailler que les hommes. Malgré les évolutions du travail, l'augmentation du taux d'activité des femmes, l'évolution des relations entre hommes et femmes, le travail domestique reste toujours très inégalement réparti. La double journée concerne beaucoup plus les femmes que les hommes, non seulement dans les situations monoparentales, mais aussi dans les couples. Il en découle une fragilisation de beaucoup de femmes par rapport à l'emploi, dans la mesure où elles sont souvent contraintes d'accepter n'importe quel emploi plus près de chez elles, ou de rechercher des temps partiels, plus ou moins irréguliers, mais plus compatibles avec la gestion du temps des enfants » (Daniellou, 2010, pp. 76-77). Aussi, il ne faut pas oublier que « dans des environnements où le regard sur les femmes et sur les hommes est fortement stéréotypé, et où l'organisation joue sur les ressorts de l'identité sexuelle, il est souvent invivable d'exister en laissant paraître son homosexualité » (Daniellou, 2010, p. 80).

Il ne faut pas non plus négliger « le rôle de l'État-Providence dans la construction des modèles familiaux et des inégalités entre les hommes et les femmes » (Paugam, 2000, p. 88). Les politiques familiales demeurent très différentes d'un pays à l'autre et c'est pour cela qu'il est important d'étudier la « dé-familialisation ». « Dé-familialiser la politique sociale signifie un engagement à collectiviser le poids et les responsabilités de la charge familiale, ce qui peut être considéré comme une condition pour les femmes de mener parallèlement une vie professionnelle et une vie familiale » (Paugam, 2000, p. 88). Les pays scandinaves l'ont déjà bien compris et il est évident que les inégalités hommes femmes sont moindres là-bas (Méda, 2008). Dans nos systèmes occidentaux du nord dits plutôt « familialistes », même s'ils le sont moins que les pays européens du sud, les femmes sont encore « sacrifiées » sur le marché de l'emploi. Autrement dit combiner le plein emploi avec charges familiales ressort encore de l'exploit de la *super woman*. Carrière ou famille, faut-il choisir ?

De même, selon Bourdieu, l'État a évidemment eu un rôle important à jouer dans cette domination car il est « venu ratifier et redoubler les prescriptions et les proscriptions du patriarcat privé par celles d'un *patriarcat public*, inscrit dans toutes les institutions chargées de

gérer et de régler l'existence quotidienne de l'unité domestique.(...) Les États modernes ont inscrit dans le droit de la famille, et tout spécialement dans les règles définissant l'état civil des citoyens, tous les principes fondamentaux de la vision androcentrique » (1998, p. 120). Et donc même au sein de l'État, l'on retrouve cette vision dichotomique ou cette division archétypale entre les affaires sociales (le côté féminin, destinataires privilégiées des politiques sociales) et les finances (côté masculin, destinataires privilégiés des biens de production). Pour Bourdieu, « seule une action politique prenant en compte réellement tous les effets de domination qui s'exercent à travers la complicité objective entre les structures incorporées (tant chez les femmes que chez les hommes) et les structures des grandes institutions où s'accomplit et se reproduit non seulement l'ordre masculin, mais aussi tout l'ordre social (...) pourra (...) contribuer au dépérissement progressif de la domination masculine » (1998, p. 158). Si l'on veut voir les choses évoluer, il faut non seulement un changement des mentalités féminines et masculines en faveur d'une valorisation réciproque, mais il est aussi intéressant d'introduire cette valorisation par le truchement de politiques sociales ayant un impact direct et à long terme sur les grandes institutions de notre société.

Baudelot et Gollac, dans leur enquête, constatent aussi une stagnation dans l'attribution des rôles sexués : « en profondeur, persiste un modèle traditionnel de division du travail entre les sexes. Il renvoie à la division classique des rôles entre l'homme et la femme. On le retrouve chez les hommes aussi bien que chez les femmes : il revient à l'homme de gagner l'argent du ménage et d'assurer la valeur sociale de la lignée, à travers ses enfants ou ses œuvres, tandis que les femmes valorisent fortement l'aspect relationnel de leur travail. Ces différences sont le produit d'inégalités objectives face aux charges domestiques, mais aussi le résultat d'un processus d'intériorisation de positions sociales différentes » (2003, pp. 128-129). Ce modèle traditionnel, encore bien prégnant dans les mentalités tant féminines que masculines, tend toutefois à s'infléchir et à se remettre un peu en question à l'heure actuelle, notamment avec les jeunes hommes cherchant à devenir davantage des pères aimants et présents que leurs propres pères (Méda & Vendramin, 2010), ou ceux qui vivent avec des femmes diplômées cherchant une conciliation davantage partagée, amenant une nouvelle forme de « dynamique du genre » et un « changement partiel de référentiel » (Lapeyre & Le Feuvre, 2009). Pourtant, les pratiques restent encore terriblement genrées : « quand l'homme fait carrière, sa conjointe se mobilise afin de le dégager des préoccupations domestiques ; par contre quand c'est la femme qui investit le plus dans sa carrière professionnelle, on ne constate pas un accroissement très sensible de la part masculine dans le travail domestique et familial » (Guichard-Claudic, Kergoat, & Vilbrod (dir), 2008, p. 23). La « double journée » (Ferrand, 2004) reste l'apanage des femmes.

Les inégalités de sexe face à l'emploi ne peuvent pas non plus être résolues uniquement par une parité hommes/femmes dans les métiers, car occuper un même emploi ne conduit pas forcément à faire le même travail ; la mixité ne veut pas dire égalité des sexes. Ainsi, une « simple » inversion du genre (Guichard-Claudic, Kergoat, & Vilbrod (dir), 2008) ne pourrait suffire à une égalité de sexe face à l'emploi. En effet, si le genre reste un principe d'organisation sociale ou un « processus de construction sociale de la différence des sexes, en tant qu'il est producteur à la fois de catégorisation et de hiérarchisation sociale, (...) parler d'inversion du genre, c'est (...) poser la question de savoir dans quelle mesure l'inversion des positions sexuées, dans l'univers professionnel mais aussi dans la sphère privée, est de nature à remettre en cause les processus de catégorisation et de hiérarchisation que désigne le concept de genre » (Guichard-Claudic, Kergoat, & Vilbrod (dir), 2008, pp. 10-11). L'idée n'est donc pas de « seulement » obtenir une même proportion d'hommes et de femmes dans tous les métiers, ni même de mettre l'accent exclusivement sur « les inégalités existant entre femmes et hommes dans la sphère publique, concernant notamment les positions de pouvoir » (Guichard-Claudic,

Kergoat, & Vilbrod (dir), 2008, p. 12), mais il s'agit aussi d'accès aux formations et emplois de toutes sortes, connotés féminins ou masculins, tant pour les femmes que pour les hommes.

Les processus de masculinisation ou féminisation font appel à des logiques sociales asymétriques complexes : « le fait que des hommes fassent leur entrée dans un univers qui appelle avant tout des qualités réputées féminines ne conduit pas systématiquement à une remise en cause de la naturalisation des savoir-faire sexués » (Guichard-Claudic, Kergoat, & Vilbrod (dir), 2008, p. 14), mais peut aussi créer de nouvelles inégalités, fondées sur un renforcement de la division sexuelle du travail. En effet, la peur de l'indifférenciation sexuelle (dans le cas de l'entrée des femmes dans les métiers masculins) et l'idéologie essentialiste ou différentialiste de la complémentarité entre les sexes (dans le cas de l'entrée des hommes dans les métiers féminins) accentuent les rapports de genre au sein-même de la mixisation, ce qui freine forcément l'égalité (Bessin, 2008). « Le "dépassement du genre" (...) paraît faire peur, car s'il est prédictif d'un dépassement de la hiérarchisation des sexes, il fait aussi craindre une déstabilisation de la définition sexuée des identités » (Guichard-Claudic, Kergoat, & Vilbrod (dir), 2008, p. 26). Pourtant, il reste légitime de croire que « la présence d'hommes dans des espaces sociaux habituellement connotés au féminin peut, dans certains cas, participer à une certaine dénaturalisation des normes sexuées en vigueur. Ainsi, la simple présence de quelques hommes permet de questionner l'allant de soi de l'assignation prioritaire des femmes aux fonctions de *care* dans la société française contemporaine. Même si les hommes ne semblent jamais adopter une posture d'"inversion" stricte des pratiques sexuées, (...) ils contribuent néanmoins à révéler la puissance des stéréotypes et (...) à en questionner la légitimité » (Le Feuvre & Laufer, 2008, p. 211). La mixité n'est pas l'égalité, mais peut semer des graines de remises en question, en voie vers une certaine « désexuation » (Le Feuvre & Laufer, 2008). Il ne s'agit pas de transformer les femmes en hommes ou *vice versa* vers un principe humain unique, mais il s'agit de « penser que les dispositions multiples pourraient exister sans marquage sexué aucun » (Le Feuvre, 2008, p. 311), dans un principe de diversité et « "d'interchangeabilité" des hommes et des femmes dans toutes les sphères du social » (Le Feuvre, 2008, p. 311) rejetant toute idée de déterminisme sexué, tant au travail qu'à la maison. Ce modèle asexué ou « du sexe unique » reste relativement idéaltypique, tant les modèles « des deux sexes » ou « du troisième sexe » demeurent encore, en théorie et surtout en pratique, les référentiels de construction identitaire dominants (Le Feuvre, 2008).

Les inégalités face à l'insécurité d'emploi sont aussi liées aux différences entre les classes d'âges. Selon Paugam, les moins de 25 ans sont plus touché-e-s par l'insécurité de l'emploi que les autres tranches d'âge : ils-elles ont une plus grande probabilité d'être sous CDD, d'avoir connu une période de chômage d'au moins trois mois et de risquer de se faire licencié-e-s dans les deux années à venir. De plus, les jeunes ne sont pas rentré-e-s sur le marché de l'emploi dans une période d'expansion économique favorable comme leurs aînés, mais bien en temps de crise. Paugam ne traite pas des plus âgé-e-s particulièrement et se centre sur les vulnérabilités des plus jeunes³⁵. Pourtant, les seniors doivent aussi faire face à l'insécurité d'emploi, car les entreprises, si elles ne les licencient pas, les jugent souvent trop vieux pour leur proposer une promotion ou une formation. « Les politiques mises en place pour sauvegarder l'emploi ont eu des effets pervers dont on mesure seulement l'ampleur actuellement. Les mesures de préretraite, par exemple, ont peu à peu déstabilisé la pyramide des âges dans les entreprises et conduit à licencier progressivement des travailleurs proches de cinquante ans, contribuant par là au déséquilibre » (Burnay, 2000, p. 111). Chaque âge semble véhiculer des insécurités

³⁵ En 2000, quand Paugam a publié sa recherche, les études sur les âgé-e-s commençaient seulement à foisonner et l'heure n'était pas encore à la préoccupation des seniors.

différentes face à l'emploi ; l'âge ne peut donc pas être la seule variable responsable mais s'insère entre autres dans des logiques de genre (Bessin, 2013) et de qualification.

En effet, l'insécurité de l'emploi touche encore davantage les ouvriers-ères non qualifié-e-s que les cadres. « L'explication de ce phénomène se trouve en partie dans le mode de gestion des entreprises. Ces dernières ont développé de nouvelles technologies, notamment dans le secteur informatique, ce qui les a conduites à modifier le contenu de certaines tâches de production et de gestion, et à rechercher une main-d'œuvre d'encadrement plus spécialisée » (Paugam, 2000, pp. 91-92). Le coût de remplacement d'un-e ouvrier-ère non qualifié-e coûte moins cher à l'entreprise que celui d'un-e cadre supérieur-e. Les ouvriers-ères non qualifié-e-s sont donc les premiers-ères visé-e-s en cas de restructuration. La perte d'emploi est donc inégalement répartie entre les différents niveaux de hiérarchie. D'ailleurs, on remarque aussi une plus grande difficulté à retrouver de l'emploi, par exemple, après 40 ans, quand le niveau d'éducation atteint ne dépasse pas l'enseignement primaire (Burnay, 2000).

3. Rapport au travail : évolutions et facteurs de satisfaction

Depuis quelques décennies, le monde du travail subit des transformations majeures, voire, selon Baudelot et Gollac, de « véritables séismes : chômage élevé et persistant, élévation du niveau de formation, innovations technologiques (...), intellectualisation du travail, invention de nouvelles formes de management, concentration et accélération de la vitesse de rotation des capitaux, libéralisation des échanges, internationalisation de la concurrence, toutes forces qui ont bouleversé les conditions de travail et d'existence de millions de travailleurs en instaurant et en généralisant précarité, flexibilité, intensification, individualisation, tout en réclamant des mieux lotis des formes nouvelles et plus intenses d'investissement personnel » (2003, p. 14). Les conditions de travail actuelles ne favorisent plus le travail heureux. Pourtant, les travailleurs-euses jouent le jeu de leur travail, sans doute car « l'un des plaisirs principaux que les individus trouvent au travail, c'est qu'il est l'occasion privilégiée de "contacts" : il intègre, il socialise » (Baudelot & Gollac, 2003, p. 190).

Aussi, on assiste à une formalisation croissante des organisations qui est ressentie comme un contrôle constant du travail des salarié-e-s. « L'amélioration du contrôle résulte aussi d'innovations managériales spécifiques dans le domaine de l'évaluation du travail » (Baudelot & Gollac, 2003, p. 38). En cas d'erreur, si un-e travailleur-se se sent plus contrôlé-e, le sentiment de responsabilité (ou de culpabilité) sera également accru, doublé de la crainte de sanctions sur l'emploi ou la rémunération. Pourtant on sait aussi que si « les travailleurs continuent à faire preuve de zèle en dépit des failles inévitables du contrôle, c'est qu'ils tiennent avant tout à conserver ou à gagner l'estime de leurs pairs, de leurs chefs ou de leurs clients, et qu'ils trouvent à ce jeu – irrationnel d'un pur point de vue utilitariste – le plaisir de l'estime de soi » (Baudelot & Gollac, 2003, p. 173).

Paugam discerne trois grandes évolutions du rapport au travail : « une plus grande autonomie dans le travail liée à une amélioration des qualifications, mais aussi, simultanément, des contraintes de temps et de qualité plus fortes ainsi que des pénibilités et des risques de plus en plus mal supportés » (Paugam, 2000, p. 31).

L'évolution de l'autonomie montre que les salarié-e-s se sentent de moins en moins soumis-es à leurs supérieur-e-s hiérarchiques, appliquent moins strictement les consignes, interviennent plus librement et régulièrement et s'arrangent plus entre collègues pour échanger du travail. L'autonomie touche tous les salarié-e-s, aussi bien hommes que femmes, cadres qu'ouvriers-ères non qualifié-e-s, même si elle augmente fortement en fonction du niveau de qualification. Elle se répand aussi dans tous les pays européens, ainsi que dans les différents secteurs

d'activité (aussi bien l'industrie que les services). On peut attribuer trois grandes explications à cette évolution de l'autonomie.

La première réside dans l'amélioration de la qualification des salarié-e-s. Depuis la massification de l'enseignement des années 1960, où éducation rimait avec investissement économique personnel et entrepreneurial, « la proportion de diplômés n'a cessé d'augmenter de façon régulière au cours des quatre dernières décennies » (Paugam, 2000, p. 32), et ce dans tous les pays industriels du monde occidental et même de nombreuses entreprises implantées dans les pays en développement.

Une deuxième explication serait l'introduction de nouvelles technologies au sein des entreprises. « L'automatisation a pour effet de limiter le besoin en main-d'œuvre peu qualifiée, tout en créant de nouvelles fonctions techniques, lesquelles peuvent souvent être exercées de façon plus autonome » (Paugam, 2000, p. 33). Les salarié-e-s travaillant dans l'informatique, par exemple, possèdent davantage d'autonomie et d'initiative, même s'ils-elles endossent la lourde responsabilité qu'une de leurs erreurs pourrait provoquer des dégâts financiers importants pour l'entreprise.

L'évolution de l'autonomie peut être expliquée par un troisième facteur : celui des politiques de gestion des ressources humaines des entreprises qui favorisent une plus grande implication des salarié-e-s au travail. « Ces stratégies relèvent de ce que l'on appelle le management participatif : il s'agit d'encourager l'initiative, l'innovation, l'autocontrôle, l'évaluation permanente. Elles se sont répandues tant les dirigeants et les cadres conçoivent qu'il est devenu impossible de gouverner les entreprises sur le mode du charisme bureaucratique et de l'autoritarisme traditionnel » (Paugam, 2000, p. 34).

Une deuxième évolution du rapport au travail consiste en des contraintes de temps et de qualité plus fortes. « Si les salariés sont plus autonomes, ils sont aussi confrontés à des contraintes plus fortes, tant dans les rythmes de travail que dans les normes de qualité à respecter » (Paugam, 2000, pp. 34-35). « On demande aux salariés de s'investir de plus en plus activement dans la vie de l'entreprise, mais en assurant de moins en moins leur sécurité d'emploi. On leur confie des responsabilités croissantes, mais cette autonomie est limitée par des contrôles de plus en plus serrés sur les résultats de leur travail. Du côté de la pression temporelle, conséquence la plus visible de l'intensification du travail, ils doivent de plus en plus souvent respecter simultanément des (...) "contraintes industrielles" (...) et (...) [des] "contraintes marchandes" » (Gaudart, 2010, p. 135). Les contraintes industrielles sont issues du modèle taylorien ou fordien (volumes de travail précis, délais stricts, normes rigoureuses, rythme automatique, etc.) et les contraintes marchandes sont au service direct du client (ne pas le faire attendre, s'adapter à la diversité et à l'urgence des demandes, etc.). Ces contraintes de nature différentes ne font qu'accroître davantage la pression du temps et diminuer les marges de manœuvre (Gaudart, 2010).

Les entreprises sont de plus en plus obligées de s'adapter à la concurrence en essayant de varier leurs produits et de réduire les délais de livraison, ce qui engendre forcément des contraintes en termes de rythmes de travail. Une première conséquence importante de l'accélération du rythme de travail semble être une plus grande interdépendance des services à l'intérieur d'une même entreprise, ce qui entraîne une plus grande polyvalence des salarié-e-s étant censé-e-s passer d'un poste de travail à l'autre, selon les besoins du moment, et s'adapter à de nouvelles équipes. Le stress est une deuxième conséquence non négligeable des contraintes de temps car les salarié-e-s ont l'impression de ne pas être à la hauteur de la tâche demandée.

Les salarié-e-s « doivent également respecter de plus en plus des normes de qualité précises. Puisque les entreprises réduisent leurs stocks et souhaitent satisfaire au plus vite les commandes, elles ne peuvent tolérer trop d'erreurs dans la production » (Paugam, 2000, p. 37).

C'est ce qu'on appelle « l'objectif du zéro défaut », ce qui engendre du stress et des angoisses de « bien faire et vite » auprès des travailleurs. Disons que leurs responsabilités se sont intensifiées au fil des années. En outre, de telles souffrances sont d'autant plus difficiles à supporter quand on sait que les attentes des salariés par rapport à leur travail n'ont cessé d'augmenter.

Pour Philippe Askenazy, « la montée des contraintes traduit en réalité une augmentation des cumuls de contraintes. Plus précisément, les salariés qui enduraient *seulement* des contraintes mentales (pression du client, tensions, etc.) voient s'ajouter désormais des contraintes physiques. Inversement, les contraintes mentales touchent désormais des professions auparavant soumises uniquement à des contraintes physiques. (...) Le cumul des contraintes est une source importante de fatigue globale du travailleur » (2004, pp. 42-43). Il est donc important de ne pas penser les contraintes de manière unilatérale : le mal-être au travail n'est pas seulement dû à des contraintes physiques (douleurs musculaires, troubles musculosquelettiques, etc.) ou mentales (stress, fatigue généralisée, etc.), mais bien au cumul des deux (Askenazy, 2004; Théry, 2010). Les ordres contradictoires et les tensions au travail sont « étrangement incompatibles avec les objectifs d'optimisation et de fluidité affichés par les promoteurs de ces organisations [innovantes]. La dégradation des conditions de travail peut alors être considérée (...) comme le résultat d'une non-prise en compte du facteur humain dans des entreprises trop peu sensibilisées à ces questions et obnubilées par les ratios financiers plutôt que par les ratios réels » (Askenazy, 2004, p. 49).

Ces contraintes sont d'autant plus difficiles à supporter avec l'âge. Pour Serge Volkoff et Corinne Gaudart, « depuis la fin des années 1980, les exigences de vitesse au travail s'étendent et se diversifient : les seniors ne sont donc plus à l'abri d'une accumulation des contraintes de rythme, même si les jeunes restent les premiers concernés. Or, une pression temporelle forte et une multiplication des situations d'urgence posent des problèmes, spécialement aux personnes vieillissantes. Elles ne sont pas plus lentes par nature, mais les contraintes de temps empêchent le développement de stratégies individuelles et collectives fondées sur l'expérience et mises en place pour assurer l'efficacité au travail sans trop solliciter l'organisme. Il devient alors difficile de changer de posture, d'anticiper sur les tâches à venir pour éviter les urgences ou s'y préparer ; plus délicat aussi de souffler un instant ou de prendre le recul nécessaire, de s'assurer les coopérations utiles au bon moment » (2007, p. 11).

Les contraintes de temps et de qualité (technique) sont aussi vraies en ce qui concerne le secteur des soins de santé : les milieux hospitaliers étant de plus en plus dirigés par des gestionnaires d'entreprises, la réduction des coûts et la rentabilité visées poussent le personnel à travailler sous des conditions qui font quelque fois passer le but humain de la médecine après un but plutôt économique. Il s'agit donc ici de contraintes de qualités plus techniques et non d'amélioration du contact humain.

Les pénibilités et les risques de plus en plus mal supportés correspondent à la troisième grande évolution du rapport au travail de ces dernières décennies, selon Paugam. Pourtant, si l'on tâche de les objectiver, on se heurte à des divergences d'opinions d'experts. Le pli du sociologue devient alors de ne reconnaître les faits qu'à travers le processus de construction sociale, car le sens que l'individu donne à son expérience vécue fait indissociablement partie de la réalité objective. Les pénibilités ici sont donc analysées par Paugam selon le « ressenti » des personnes interrogées. Or les informations sont à analyser avec précautions car « il ne faut pas oublier non plus l'enjeu de l'affirmation de l'identité professionnelle à travers ce type de déclaration » (Paugam, 2000, p. 41). Il est aussi fort probable que les contraintes de temps et de qualité, évoquées plus haut, ont une incidence sur les pénibilités physiques de travail. Ce qui est sûr c'est que « ces dernières non seulement ne disparaissent pas, mais qu'elles ont une forte chance de

se renouveler sans cesse avec les techniques, les modes d'organisation de la production et les processus d'objectivation qui les accompagnent » (Paugam, 2000, p. 42).

Outre ces diverses évolutions concernant le travail, on observe également un changement de sens intrinsèque au travail. Selon Danilo Martuccelli, « le travail ne porte plus une signification transcendante, ni même un rapport spécifique à l'objectivité du monde. Mais il permet de réaliser ses capacités personnelles et de les employer au mieux. C'est un critère à la fois évident et souterrain à partir duquel les individus – mais pas les organisations – évaluent leur travail » (2006, p. 75). Le travail ouvre la voie à des satisfactions ou des mécontentements, et reste « un domaine institutionnel privilégié dans lequel les individus cherchent une actualisation particulière d'eux-mêmes et surtout une récompense spécifique. (...) Il s'agit d'une réalisation de soi d'un type nouveau. Ce que l'individu est, transparaît, doit transparaître, dans ce qu'il fait. Son intériorité coïncide avec son travail (et non plus avec sa production). (...) Des métiers dits peu qualifiés, à faible rang social, peuvent être l'objet de sentiments importants de réalisation et de satisfaction, lorsque les individus sentent qu'ils leur permettent de progresser en tant que personnes. (...) Le fait que l'individu sente qu'il se perfectionne ou progresse, qu'il « grandit » (...) devient un critère majeur de l'épreuve au travail » (Martuccelli, 2006, pp. 120-121).

« Pour certains, le travail est facteur d'épanouissement personnel, alors que pour d'autres il représente soit une souffrance quotidienne qu'ils préfèrent parfois taire, soit une expérience vide de sens » (Paugam, 2000, p. 43). Les dimensions de satisfaction du travail que Paugam nous présente s'appliquent aussi bien aux hommes qu'aux femmes ainsi qu'à toutes les catégories socioprofessionnelles, mais nous verrons qu'il existe quelques divergences au sein d'insatisfactions particulières. Paugam distingue trois dimensions : il s'agit de la satisfaction financière ainsi que de tous les avantages matériels complémentaires du travail (*homo œconomicus*), de la satisfaction de la qualité des relations au travail et de la reconnaissance (*homo sociologicus*) et de la satisfaction par rapport à l'acte de travail lui-même et à l'épanouissement qu'il peut procurer (*homo faber*).

A. L'*homo œconomicus*

L'*homo œconomicus* constitue un « facteur extrinsèque de la satisfaction dans le travail si l'on admet que les répondants y voient spontanément la récompense financière de leurs efforts » (Paugam, 2000, p. 50).

La différence entre les hommes et les femmes n'est pas significative dans les enquêtes nationales françaises que Paugam analyse, par contre les jeunes de moins de 25 ans sont plus satisfait-e-s de leur salaire que leurs aîné-e-s, alors que leur salaire est en moyenne beaucoup plus bas. Une explication à ceci est que les jeunes ont des attentes moins grandes quand ils débutent leur carrière. Pourtant, après 25 ans, l'insatisfaction ne fait que croître. « L'exigence des salariés devient alors plus grande puisqu'ils savent qu'à travers leur rémunération se joue leur statut dans l'entreprise. La comparaison avec les autres salariés devient alors presque inévitable » (Paugam, 2000, p. 51).

À l'inverse, dans l'enquête de Baudelot et Gollac, les salaires des femmes sont inférieurs à ceux des hommes, toutes choses égales par ailleurs, pourtant, elles ne s'en plaignent pas : « comme si les femmes avaient entièrement intériorisé et accepté les inégalités de salaire agissant à leur encontre » (2003, p. 107). La légitimité du salaire féminin commence au début du XX^{ème} siècle, mais la rémunération féminine reste encore, au début des années 2000, un extra, un « salaire d'appoint », un plus par rapport au salaire masculin nécessaire, lui, à la survie de la famille. La satisfaction salariale des femmes semble donc plus élevée que celle des hommes. Au niveau de la qualification, ce sont davantage la hiérarchie des catégories professionnelles que le sexe qui

joue sur les insatisfactions : « plus une profession est valorisée dans la société par son prestige, le niveau d'instruction qu'elle exige, les rémunérations qui lui sont associées et plus ceux et celles qui l'exercent se déclarent satisfait(e)s de l'exercer. (...) Le principe de différenciation n'est pas le taux de "féminisation" (ou de "masculinisation") mais le statut social associé à chacune de ces catégories sociales. (...) La qualification de l'individu, la dévalorisation du travail ouvrier et des tâches d'exécution, les caractéristiques objectives du travail, le niveau de rémunération, la part des dimensions intellectuelles du travail pèsent d'un poids plus lourd dans la construction des opinions et des attitudes que le fait d'être homme ou femme » (Baudelot & Gollac, 2003, pp. 110-111). Bien sûr, il faut garder à l'esprit que « les écarts d'opinion entre les sexes tendent généralement à s'atténuer à mesure que s'élève le niveau économique, social ou culturel des travailleurs. C'est en bas de la hiérarchie sociale que sont le plus exploitées les différences associées au sexe » (Baudelot & Gollac, 2003, p. 114). Les catégories socioprofessionnelles jouent donc aussi un rôle important dans la satisfaction financière. Pourtant, dans l'enquête de Paugam (2000), ce ne sont pas, comme on aurait pu se l'imaginer, les ouvriers-ères les plus mécontent-e-s, mais bien les employé-e-s. On peut expliquer ce phénomène par le décalage existant entre leurs aspirations professionnelles et la réalité du travail auquel ils-elles sont confronté-e-s : on parle même de « prolétarianisation » des employé-e-s.

L'effet du type d'entreprise sur l'*homo œconomicus* est également significatif dans les analyses de Paugam. Précisons que les différences entre entreprises peuvent s'expliquer par la manière dont les luttes sociales ont disparu ou se développent encore au sein de l'entreprise. Certaines revendications ont plus de chances d'aboutir à des modifications salariales dans certains secteurs d'activité que dans d'autres. La satisfaction financière est donc, « en grande partie, conditionnée par l'environnement de l'entreprise et des rapports de force qui s'y développent » (Paugam, 2000, p. 53).

B. L'*homo sociologicus*

Cette deuxième dimension rassemble les satisfactions par rapport aux relations avec les collègues mais aussi à l'ambiance de travail, qui indique plutôt la manière dont l'individu est intégré dans l'entreprise. « Les relations entre collègues touchent à ce qui relève de la convivialité du travail. (...) L'ambiance dans le travail implique nécessairement d'autres équipes de travail ou d'autres niveaux de la hiérarchie » (Paugam, 2000, p. 54). Dans leur enquête, Baudelot et Gollac vont aussi utiliser les termes d'« ambiance et de « contacts », comme « source si importante du plaisir au travail » (2003, p. 174).

Les différences de sexe ou d'âge ne sont pas significatives en France, par contre, la catégorie socioprofessionnelle joue un rôle important : les ouvriers-ères non qualifié-e-s paraissent plus mécontent-e-s de l'ambiance au travail et des relations avec les collègues. Deux causes peuvent être fournies : le type de travail et le niveau de qualification. Les salarié-e-s ont manifestement besoin de partage au sein de leur travail et il semble que plus ils-elles sont qualifié-e-s, plus ils-elles ont des informations à échanger. S'ils-elles n'ont rien à partager, il est alors aisé de comprendre que les individus restent seuls et ne sont donc pas spécialement heureux de leurs relations au travail. Or il faut rester prudent par rapport à cette information car tout dépend de l'état d'esprit qui règne dans l'entreprise : par exemple, « la menace du chômage les perturbe au point qu'ils renoncent quelquefois aux habitudes élémentaires de sociabilité ou de solidarité dans le travail, au point qu'ils perdent également tout intérêt pour ce qu'ils font » (Paugam, 2000, p. 55). On peut donc en déduire ici que le type d'entreprise influence fortement l'*homo sociologicus* : certains secteurs plus que d'autres véhiculent une mauvaise ambiance de travail qui se répercute forcément sur les relations entre travailleurs.

La particularité des relations au travail pour les infirmiers-ères réside essentiellement dans la pluralité des acteurs rencontrés au quotidien, « y compris les patients. Quant aux règles, elles ne sont pas exhaustives, pas clairement établies, ni clairement contraignantes (...), la règle peut (...) servir des intérêts et, à l'inverse, toutes les catégories de personnel sont habiles à enfreindre les règles lorsque cela les arrange ou qu'apparaissent des exigences justifiées » (Sainsaulieu, 2003, p. 208). Soigner un malade requiert à la fois des règles incontournables et de l'improvisation. « L'hôpital est une organisation où l'aléa est trop récurrent pour que l'on puisse se doter de règles intangibles » (Sainsaulieu, 2003, p. 209). Le seul élément semblant faire consensus absolu reste dans l'amélioration de la santé du patient.

Si Paugam place l'ambiance de travail et les relations avec les collègues dans l'*homo sociologicus*, nous pouvons dès lors ajouter les diverses relations existantes dans la profession infirmière, qu'elles soient avec les patients, les médecins, la direction, l'institution ou les autres professionnels peuplant l'hôpital. Chacune de ces relations de travail peut influencer l'ambiance de travail et créer un malaise si elles se passent mal ou si elles manquent de reconnaissance.

D'ailleurs, Franssen imbrique directement les termes de malaise et de reconnaissance quand il discute des travailleurs-euses du non-marchand. Pour lui, « leur "malaise" (...) s'exprime au travers (...) du manque de reconnaissance, statutaire et financière, du mépris dans lequel le secteur serait tenu par les responsables politiques, des conditions de travail ne permettant plus l'exercice de la relation humaine qui est "au cœur de leur métier de service" » (Franssen, 1999, p. 160). Le malaise se manifesterait par une forme de plainte intarissable généralisée. L'auteur propose alors deux formes de lecture de cette plainte : soit on y répond en offrant un peu de cette reconnaissance tant désirée, soit on l'analyse comme « un mode de gestion identitaire, une manière de répondre aux besoins d'affirmation de soi et de reconnaissance sociale » (Franssen, 1999, p. 171). En somme, on peut analyser le malaise pour donner de la reconnaissance ou comme révélateur d'une forme d'auto-reconnaissance.

Aussi, pour les cadres étudiés par Monneuse, « le terme de "malaise" n'est guère employé par les intéressés ; ceux-ci parlent plus volontiers de manque de reconnaissance » (2014, p. 63), comme s'ils étaient des synonymes. Le manque de reconnaissance semble donc inévitable si l'on veut étudier le malaise dans les relations de travail. Pourtant, comme Monneuse (2014) le précise bien, le manque de reconnaissance est polysémique, et dépend donc des priorités de chacun : que ça soit d'ordre financier, d'une valorisation des compétences, d'une plus grande autonomie ou d'une meilleure écoute, la reconnaissance ou son manque fait écho chez tous d'une manière ou d'une autre.

Le manque de reconnaissance peut alors être placé dans l'*homo sociologicus* car il est toujours relié à une quelconque relation professionnelle : la reconnaissance est y soit donnée, soit attendue, et agit forcément sur l'ambiance au travail. « L'absence de reconnaissance de la part d'autrui est douloureuse car elle passe en premier lieu pour un déni du travail réel (...). Seule la partie visible du labeur et le travail fini sont évalués. Les efforts peu visibles et les tâtonnements pour arriver au résultat ne comptent presque pas. (...) L'absence de reconnaissance est aussi vécue comme une offense (une blessure morale, un sentiment d'humiliation) qui peut déboucher sur une perte de l'estime de soi. (...) Quand le travail se limite à une force de travail échangée contre un salaire, il donne l'impression de n'être qu'une simple ressource au service du profit (...). Il en résulte alors un sentiment d'aliénation : on se sent étranger, dépossédé de son travail. (...) Tandis qu'une contrepartie symbolique, matérialisée par des mots simples (« merci », « bravo », « tu as fait un bon travail »...), change tout : elle valorise l'huile de coude et de cerveau versée ainsi que le cœur mis à l'ouvrage. L'importance de la reconnaissance explique la lutte dont elle fait l'objet. Elle demeure donc fragile, jamais définitivement acquise » (Monneuse, 2014, pp. 64-65).

Monneuse (2014) part de la définition médicale du malaise qui s'accompagne généralement d'une perte de connaissance (comme le malaise vagal, par exemple). Cette perte de connaissance, au sens figuré, correspondrait alors à « une perte d'identité et de reconnaissance » (Monneuse, 2014, p. 74). Partant de cette rapide métaphore, Monneuse décrit alors trois types de malaise, ou trois formes de reconnaissance.

« Le premier est un malaise identitaire dû à une perte de prestige, donc de reconnaissance externe de ce statut » (Monneuse, 2014, p. 74). Il y aurait un décalage entre une image stéréotypique ou une représentation sociale dans l'imaginaire collectif et la réalité. Ce qui est vrai pour les cadres l'est aussi pour les infirmiers-ères nostalgiques d'un âge d'or où le respect des soignant-e-s, quel-le-s qu'ils-elles soient, était de mise. L'arrivée d'Internet et de la profusion d'informations médicales ou paramédicales semble décrédibiliser le savoir (para)médical aux yeux des patient-e-s et diminue donc le sentiment de reconnaissance de ce savoir. Ce rapport particulier aux patient-e-s sera décrit ultérieurement, plutôt comme une surcharge de travail dans le chef des infirmiers-ères. Le décalage se situe aussi entre les images galvaudées des infirmiers-ères (mais surtout de l'infirmière femme) et de la réalité du soin. Le manque de reconnaissance sociétal, ou l'ignorance de la réalité du métier infirmier, joue évidemment sur le malaise.

Le deuxième type de malaise selon Monneuse est « un sentiment d'iniquité dû à la diminution de la reconnaissance interne [du statut] » (Monneuse, 2014, p. 75). Au sein de l'entreprise, ou ici de l'hôpital, les exigences sont plus fortes et le temps pour un soin de qualité se fait rare. « Le sentiment d'iniquité touche ainsi ceux qui ont l'impression de "se faire avoir" parce qu'on leur en demande toujours plus pour toujours moins de reconnaissance » (Monneuse, 2014, p. 76). On parle ici plutôt de reconnaissance institutionnelle ou organisationnelle qui vient à manquer, tant les nouvelles logiques managériales hospitalières intensifient les pénibilités au travail.

Monneuse nous dépeint une troisième forme de malaise comme « un mal-être dû à un manque de reconnaissance de soi dans la mesure où le sens de son travail est moins visible, où l'impression de prendre part à une belle œuvre collective est plus ténue et où faire un grand écart entre son identité personnelle, d'un côté, et le rôle exigé de soi, de l'autre, pose question. Les conflits de valeurs donnent le sentiment de reniement, c'est-à-dire d'une perte de soi » (Monneuse, 2014, p. 76). Le manque « d'auto-reconnaissance » est alors synonyme d'une fierté écorchée, d'un trouble dans les valeurs et d'une perte de sens au travail. Cette dernière, collective auprès des infirmiers-ères, sera analysée plus loin dans l'*homo faber*.

Si le malaise semble polysémique, le manque de reconnaissance l'est aussi : sociétal, organisationnel ou personnel. Ces différentes formes de reconnaissance peuvent être complétées par la reconnaissance financière (qui se trouve à cheval entre la reconnaissance sociétale et institutionnelle) et la reconnaissance relationnelle (entre la reconnaissance organisationnelle et personnelle).

Pour Vincent de Gaulejac (2004), la reconnaissance est foncièrement liée à l'autonomie. En effet, l'injonction actuelle à l'autonomie pour l'individu hypermoderne débouche forcément sur un besoin de reconnaissance identitaire. « L'exigence d'autonomie fait entrer l'individu dans la nécessité d'être quelqu'un. Quand l'idéologie de la réalisation de soi-même condamne le sujet à un travail permanent sur lui-même, (...) le besoin de reconnaissance est infini » (de Gaulejac, 2004, p. 192). Dans sa quête solitaire d'autonomie, l'individu a constamment besoin d'être reconnu par n'importe quelle figure de quelque consistance symbolique que ce soit. La reconnaissance, sur laquelle Paugam construisait d'ailleurs son axe de satisfaction au travail, a donc évidemment toute sa place dans l'*homo sociologicus*.

Selon Axel Honneth, « les sujets humains doivent leur identité à l'expérience d'une reconnaissance intersubjective » (2010, p. 87). Quand ils se sentent reconnus comme membres d'une communauté, ils acquièrent alors une forme de dignité. « Ce terme suppose que l'expérience de la reconnaissance correspond structurellement à un certain type de relation pratique avec soi-même, où l'individu est assuré de la valeur sociale de son identité. Le concept général que Mead choisit pour caractériser cette conscience que l'on a alors de sa propre valeur est le "respect de soi" ; il désigne l'attitude positive qu'un individu est capable d'adopter à l'égard de lui-même lorsqu'il est reconnu par les membres de sa communauté comme une personne d'un certain genre » (Honneth, 2010, pp. 96-97). La reconnaissance serait ainsi une sorte de confirmation par ses partenaires d'interaction des qualités ou des capacités de l'individu, engendrant le respect de soi. Honneth classe la reconnaissance en trois formes : les liens affectifs (ou l'amour), la reconnaissance juridique (ou de droits) et l'adhésion à un groupe solidaire (ou à des valeurs communes). « La succession de ces trois formes de reconnaissance entraîne le développement progressif de la relation positive que la personne entretient avec elle-même » (Honneth, 2010, p. 115).

La première forme de reconnaissance mutuelle est l'amour, qui comprend « toutes les relations primaires qui, sur le modèle des rapports érotiques, amicaux ou familiaux, impliquent des liens affectifs puissants entre un nombre restreint de personnes » (Honneth, 2010, p. 117). La réussite des relations affectives dépend de la capacité acquise dans la prime enfance à établir un équilibre entre symbiose et affirmation de soi. Toute vie humaine semble commencer par une phase d'intersubjectivité indifférenciée, autrement dit par une symbiose, voire une dépendance absolue. Petit à petit cette phase va laisser de la place pour un peu d'indépendance entre la mère et l'enfant, afin que celui-ci noue des liens avec d'autres personnes. « La mère et l'enfant peuvent chacun se savoir dépendants de l'amour de l'autre, sans pour autant devoir fusionner symbiotiquement » (Honneth, 2010, p. 125). Pour établir ce passage vers l'indépendance, le nourrisson aura besoin d'objets transitionnels, expression qu'Honneth emprunte à Winnicott. Ces objets transitionnels « représentent en quelque sorte des intermédiaires ontologiques entre la fusion primaire et l'expérience de la séparation : en jouant avec ces objets investis d'une valeur affective, l'enfant cherche à remédier symboliquement au douloureux divorce entre la réalité intérieure et la réalité extérieure » (Honneth, 2010, p. 126). Ces objets ou ces domaines intermédiaires sont en continuité avec l'espace ludique, donc peuvent être soit de véritables objets, soit liés à l'art ou la créativité. Ils sont de toute façon un prolongement direct de l'amour comme mode de reconnaissance. L'enfant ne peut se sentir bien avec lui-même que s'il se sent sécurisé dans sa relation avec sa mère. « La créativité infantile – et toute faculté d'imagination humaine quelle qu'elle soit – est conditionnée par une "capacité d'être seul" qui ne peut à son tour se développer que sur la base d'une confiance élémentaire dans la sollicitude de la personne aimée » (Honneth, 2010, p. 127). Plus l'enfant se sent en confiance, reconnu ou aimé inconditionnellement, plus il a la capacité d'être seul et plus il peut développer ses capacités créatives, avoir confiance en lui et par là devenir autonome. « Le processus de fusion requiert l'expérience opposée du retrait de l'autre dans son être individuel. La personne aimée, étant assurée de notre affection, trouve la force de se retirer tranquillement en elle-même et de s'ouvrir à elle-même, et c'est seulement par là qu'elle devient un sujet autonome. (...) La forme de reconnaissance de l'amour (...) constitue (...) un arc de tension communicationnel, qui relie continuellement l'expérience de la capacité d'être seul à celle de la fusion avec autrui » (Honneth, 2010, p. 129). Si la relation entre la mère et l'enfant est bien établie, on peut alors y voir un schéma d'interaction sur lequel les futures relations adultes de l'enfant se baseront pour créer des liens affectifs solides. Honneth définit donc la reconnaissance comme : « le double processus par lequel on affranchit et, simultanément, on lie émotionnellement l'autre personne » (Honneth, 2010, p. 131).

La deuxième forme de reconnaissance réciproque se situe dans la relation juridique. « Nous ne pouvons nous comprendre comme porteurs de droits que si nous avons en même temps connaissance des obligations normatives auxquelles nous sommes tenus à l'égard d'autrui. Il faut que nous ayons intégré la perspective normative d'un "autrui généralisé", qui nous apprend à reconnaître les autres membres de la communauté en tant que porteurs de droits, pour pouvoir aussi nous comprendre nous-mêmes comme des personnes juridiques » (Honneth, 2010, p. 132). La reconnaissance juridique est à dissocier de l'estime sociale : la première implique que chaque être humain doit être considéré de la même manière et la seconde indique que le sujet humain est respecté selon ses valeurs ou des critères d'importance sociale. Dans la reconnaissance juridique, il n'y a pas d'appréciation de l'individu selon une échelle de valeurs, mais un caractère universel. Il s'agit « d'appliquer empiriquement des normes universelles, intuitivement connues. (...) La question centrale, relativement à la reconnaissance juridique, est de savoir comment se définit la qualité constitutive de la personne » (Honneth, 2010, pp. 138-139). Un ordre juridique est donc légitime quand tous les membres du groupe concerné y consentent librement, et quand on présuppose la responsabilité morale de tous les membres. « Pour pouvoir agir comme une personne moralement responsable, l'individu n'a pas seulement besoin d'être protégé par la loi contre les empiètements qui menacent sa sphère de liberté, il faut aussi que la loi lui assure la possibilité de participer au processus de formation de la volonté publique, possibilité dont il ne peut cependant faire effectivement usage que s'il est en même temps assuré d'un certain niveau de vie » (Honneth, 2010, p. 143). Le respect de soi est acquis, dans la reconnaissance juridique, par le fait que l'individu peut comprendre ses actes, respectés par autrui, comme une manifestation de sa propre autonomie. « Ses droits légaux lui font prendre conscience qu'il peut aussi se respecter lui-même, parce qu'il mérite le respect de tous les autres sujets. (...) Lorsque les droits individuels (...) sont (...) accordés (...) de façon théoriquement égalitaire à tous les hommes, en tant qu'êtres libres, alors seulement ils offrent à l'individu un fonds objectif relativement auquel il pourra se savoir reconnu dans sa capacité de former un jugement autonome » (Honneth, 2010, pp. 144-145). C'est alors par la reconnaissance juridique que l'individu peut aussi acquérir du respect de soi. Un parallélisme évident est fait entre l'amour inconditionnel de la mère et la reconnaissance des droits légaux individuels comme moyens dans la formation respectivement de la confiance en soi et du respect de soi.

Dans la troisième forme de reconnaissance, l'individu est respecté pour ses qualités particulières (et non universelles) qui le distinguent des autres personnes. Il s'agit de la reconnaissance de la communauté de valeurs dans laquelle on retrouve toute forme d'estime sociale. « Il faut se demander, à propos de l'estime sociale, en quoi consiste le système de référence par rapport auquel se mesure la "valeur" des qualités caractéristiques d'une personne particulière » (Honneth, 2010, p. 139). Dans ce système de référence se situent les valeurs et les fins éthiques dessinant la conception culturelle d'une société. On va alors mesurer la valeur sociale des individus en fonction de leur contribution à la réalisation des desseins de la société. « L'idée culturelle qu'une société se fait d'elle-même fournit les critères sur lesquels se fonde l'estime sociale des personnes, dont les capacités et les prestations sont jugées intersubjectivement en fonction de leur aptitude à concrétiser les valeurs culturellement définies de la collectivité » (Honneth, 2010, p. 149). Les notions de « prestige » ou de « considération » « traduisent le degré d'estime sociale que l'individu s'attire par ses prestations et ses capacités individuelles, (...) le degré de reconnaissance sociale que le sujet s'attire par la manière particulière dont il parvient à faire coïncider la réalisation de soi comme individu et la concrétisation des fins abstraitement définies de la société » (Honneth, 2010, pp. 153-154). Il existe cependant une lutte permanente entre les différents groupes sociaux pour mettre en évidence leurs capacités et leurs qualités particulières. « L'issue (...) de telles luttes ne dépend pas seulement de la possibilité qu'ont les différents groupes d'accéder aux instruments du pouvoir symbolique, mais

aussi de leur aptitude à orienter l'intérêt du public : plus les mouvements sociaux parviennent à rendre l'opinion publique attentive à l'importance négligée des qualités et capacités qu'ils représentent collectivement, plus ils ont de chances d'accroître la valeur sociale ou la considération dont leurs membres jouissent au sein de la société. (...) Les conflits économiques relèvent aussi de cette forme de lutte pour la reconnaissance » (Honneth, 2010, pp. 154-155). Si le groupe des infirmiers-ères se plaignent d'un manque de reconnaissance sociale ou financière, cela semble légitime dans la mesure où leur lutte pourrait alors, selon Honneth, modifier la considération du public. Au sein du même groupe, résistant à une certaine oppression, dans un climat de souffrance, les individus développent alors des interactions solidaires, car ils se reconnaissent et s'apprécient les uns les autres. « Le terme "solidarité" (...) désigne (...) une sorte de relation d'interaction dans laquelle les sujets s'intéressent à l'itinéraire personnel de leur vis-à-vis, parce qu'ils ont établi entre eux des liens d'estime symétrique. (...) "Symétrique" signifie (...) que chaque sujet reçoit (...) la possibilité de se percevoir dans ses qualités et ses capacités comme un élément précieux de la société » (Honneth, 2010, pp. 156-157). C'est alors dans l'expérience de l'estime sociale que l'individu, dont les valeurs sont reconnues par les autres membres de son groupe, peut reconnaître sa propre valeur. Si on parlait de confiance en soi dans l'expérience de l'amour, ou de respect de soi dans la reconnaissance juridique, c'est bien d'estime de soi dont il est question dans la solidarité.

Ces trois formes de reconnaissance peuvent donc ensemble concourir à une relation positive que l'individu entretient avec lui-même. À l'inverse, le déni de reconnaissance peut prendre la forme du mépris, de l'offense ou de l'humiliation, blessant alors l'individu dans l'idée positive qu'il a de lui-même. « L'expérience du mépris constitue une atteinte qui menace de ruiner l'identité de la personne toute entière » (Honneth, 2010, p. 161). À chaque forme de reconnaissance est alors attribuée une forme de mépris.

La première forme de mépris est celle atteignant la personne dans son intégrité physique. « Les formes de sévices par lesquelles on retire à un être humain toute possibilité de disposer librement de son corps constituent en effet le genre le plus élémentaire de l'abaissement personnel. (...) La violence physique représente un type de mépris qui blesse durablement la confiance que le sujet a acquise, grâce à l'expérience de l'amour, en sa capacité à coordonner son corps de façon autonome » (Honneth, 2010, pp. 162-163). Les sévices corporels constituent donc une humiliation ou une honte sociale qui, par l'expérience de la soumission sans défense à la volonté d'autrui, détruit durablement la confiance en soi. Un rapide parallélisme pourrait être fait ici dans l'expérience de la violence perpétrée par les patient-e-s ou leur famille à l'égard des soignant-e-s. Même s'il s'agit généralement de violence verbale, il est possible que la douleur ou l'incompréhension fasse passer les patient-e-s à l'acte physique, et il n'est pas rare que les infirmiers-ères doivent appeler les gendarmes pour se protéger. Une hypothèse de réponse à la violence des patient-e-s ou de leurs proches pourrait donc être un manque fondamental d'amour ou de reconnaissance mutuel.

À l'inverse de la reconnaissance juridique, on trouve « des modes de mépris personnel dont un sujet est victime lorsqu'il se trouve structurellement exclu de certains droits au sein de la société. (...) Si certains droits (...) lui sont systématiquement refusés, cela signifie implicitement qu'on ne lui reconnaît pas le même degré de responsabilité morale qu'aux autres membres de la société » (Honneth, 2010, pp. 163-164). La privation des droits entraîne le sentiment de ne pas avoir le même statut que ses semblables. « L'individu est blessé dans son attente intersubjective d'être reconnu comme un sujet capable de former un jugement moral » (Honneth, 2010, p. 164), engendrant dès lors une perte de respect de soi. « L'expérience de la discrimination juridique conduit à un sentiment paralysant de honte sociale, dont on ne parvient à se libérer que par le militantisme et la résistance » (Honneth, 2010, p. 147). Si l'on veut extrapoler la discrimination

juridique de Honneth au cas des infirmiers-ères, on pourrait presque l'appeler « discrimination scientifique » où les infirmiers-ères se sentent bien souvent méprisés par le corps médical qui ne lui accorde pas le même degré de responsabilité morale. Au sein de la société de soignant-e-s, tout le monde n'a pas le même statut, ni la même reconnaissance. L'expérience du mépris de la part d'une autre partie de la communauté soignante entraîne dès lors un manque de respect de soi, voire même de résistance.

Si la troisième forme de reconnaissance se situe dans une communauté de valeurs, le contraire correspond à un jugement négatif de la valeur sociale de certains individus ou groupes sociaux, considérée comme inférieure ou imparfaite. La dernière forme de mépris est, selon Honneth, un « dénigrement porté sur des modes de vie individuels et collectifs (...) comme une "offense" ou une "atteinte à la dignité" d'autrui. (...) La dépréciation de certains modèles d'autoréalisation a pour effet que ceux qui s'y conforment ne peuvent reconnaître à leur existence aucune signification positive au sein de la communauté. Pour l'individu, l'expérience d'un tel déclassement social va donc de pair avec une perte de l'estime de soi, il n'a plus aucune chance de pouvoir se comprendre lui-même comme un être apprécié dans ses qualités et ses capacités caractéristiques » (2010, pp. 164-165). Les stéréotypes ou les jugements de valeur véhiculés principalement envers les femmes infirmières constituent dès lors une forme de mépris ou de déni de reconnaissance de la valeur sociale du métier infirmier.

Selon Honneth, si l'individu ne reçoit pas cette reconnaissance intersubjective, les émotions négatives engendrées par le mépris peuvent s'inscrire dans l'action d'une lutte pour la reconnaissance ou dans une résistance politique. « Toutes les émotions négatives suscitées par l'expérience du mépris des exigences de reconnaissance comportent en effet la possibilité que le sujet concerné prenne clairement conscience de l'injustice qui lui est faite, et y trouve un motif de résistance politique » (Honneth, 2010, p. 169). La reconnaissance ou son déni demeure un concept central dans cette recherche, et sera mobilisé à plusieurs reprises dans les enquêtes de terrain. D'ailleurs, la lutte ou la résistance face au mépris sera une clé d'entrée pour mieux appréhender ou organiser les causes du malaise infirmier.

C. L'homo faber

La satisfaction ici relève des valeurs intrinsèques que l'homme attribue au travail ainsi que de sa liberté d'initiative. Son épanouissement se situe alors dans la « satisfaction de mettre ses qualifications personnelles au bénéfice d'une œuvre individuelle ou collective, (...) plus la liberté d'initiative est grande, plus la chance de contribuer personnellement à l'activité productive l'est aussi » (Paugam, 2000, p. 46). Selon Baudelot et Gollac, « d'*animal laborans*, préoccupé par sa simple survie, il [l'homme] se transmue par sa confrontation avec la nature en *homo faber*, producteur d'œuvres » (2003, p. 180). Au lieu du terme latin, ces derniers auteurs vont utiliser les verbes « faire », « créer » ou « fabriquer », comme autre source plus traditionnelle de plaisir au travail. Au-delà de ce noyau originel du plaisir de l'*homo faber*, on y retrouve une « dimension à la fois ludique et technique, la maîtrise de l'instrument et l'utilisation de l'outil devenant alors les sources principales du plaisir » (Baudelot & Gollac, 2003, p. 181). Outre le « faire » ou la « technique », gérer, diriger, commander ou faire marcher, font aussi partie de l'*homo faber*.

Une différence entre les sexes est tout de même à noter ici : les femmes ont tendance à être plus insatisfaites que les hommes vis-à-vis de leur travail et aussi vis-à-vis de leur liberté d'initiative. Ceci est sans doute vrai en partie parce qu'elles occupent encore, à niveau de qualification égal, des postes inférieurs à ceux des hommes, postes qui possèdent dans l'ensemble moins de pouvoir et moins de possibilités de valorisation en termes de carrière.

Apparemment, les satisfactions à l'égard du travail semblent augmenter avec l'âge : les plus satisfait-e-s sont les salarié-e-s de plus de 55 ans. Une explication plausible selon Paugam serait que l'on occupe progressivement de meilleurs postes quand on avance en âge, ou bien que les aspirations professionnelles se limitent à l'approche de l'âge de la pension, ou encore que l'on assiste à un effet de génération où les plus âgé-e-s sont entré-e-s sur le marché de l'emploi « dans une période de prospérité économique favorable à leur carrière et à leur mobilité sociale et professionnelle » (Paugam, 2000, p. 48). On pourrait aussi ajouter que les personnes les plus insatisfaites sont déjà parties du marché de l'emploi et n'ont *a fortiori* pas eu l'occasion de participer aux enquêtes.

L'effet le plus fort sur l'*homo faber* reste sans conteste celui de la catégorie socioprofessionnelle : par exemple, un cadre demeure plus satisfait de son travail en lui-même qu'un ouvrier non qualifié. Les milieux sociaux influencent toujours la manière dont on perçoit l'épanouissement au travail. Le niveau de qualification joue donc encore un rôle prépondérant dans la satisfaction du travail en tant que tel.

Concernant le poids du type d'entreprise, « il sera possible de dire que la satisfaction dans le travail dépend de l'organisation de l'entreprise et de sa capacité à créer des conditions favorables à l'épanouissement de son personnel » (Paugam, 2000, p. 49). Manifestement, à niveau de qualification égal, un-e salarié-e peut être heureux-se au travail dans une entreprise et malheureux-se dans une autre.

Selon Ehrenberg, les plaintes par rapport au travail, « pour les conditions de réalisation du travail, ce sont les difficultés à faire face à la charge de travail, à des exigences contradictoires ou à un manque de définition des objectifs, les difficultés à trouver des marges de manœuvre dans son travail, le manque de prescriptions, les difficultés dans la relation au client. Pour les relations de travail, ce sont les tensions, conflits, isolement, silence et absence de parole, l'impuissance exprimée par le groupe et le manque de soutien de la hiérarchie. En ce qui concerne la perception du travail, ce sont les impressions de changement permanents, de perte de sens dans le travail, de perte de considération, de difficultés à avoir une vue sur l'avenir, l'évolution des métiers et des compétences » (2012, pp. 351-352).

D'autres notions semblent bien incontournables, lorsque l'on traite du malaise infirmier. Selon Alderson, quand elle a interrogé des femmes infirmières sur leur expérience subjective de travail, les principales sources de souffrance sont : « la perception douloureuse d'un manque de reconnaissance professionnelle, d'autonomie d'exercice et de pouvoir décisionnel sur les actes infirmiers. (...) Les infirmières se perçoivent plus responsables que reconnues, plus responsables que détenant du pouvoir et plus responsables que véritablement autonomes. (...) En absence de reconnaissance, de pouvoir et d'autonomie, les infirmières perçoivent ces responsabilités (...) comme des pièges ou des fardeaux générant anxiété et souffrance » (2005, p. 81).

L'autonomie, ou la liberté d'initiative, au travail, l'intensification des charges du travail, l'anxiété ou le stress et la perte de sens au travail, toutes ces notions, imbriquées les unes dans les autres, sont nécessaires quand il s'agit du malaise infirmier. Elles peuvent être regroupées sous la dimension de l'*homo faber*, en tant que valeurs intrinsèques attribuées au travail. La dimension de Paugam reste assez large et il est évident que plusieurs notions la composent, quand il s'agit de malaise au travail. L'injonction professionnelle à plus autonomie et à l'accélération du rythme engendrent davantage de stress et bouleversent le sens que les individus donnent à leur travail.

Quand Paugam traite de liberté d'initiative, d'autres auteurs parlent aussi d'autonomie au travail, désignant « la liberté de choix au nom de la propriété de soi et la capacité à agir de soi-même dans la plupart des situations de la vie » (Ehrenberg, 2012, p. 12). Le concept d'autonomie au travail semble nécessaire dans la satisfaction au travail car il permet à l'individu de s'affirmer

et de s'épanouir personnellement. En effet, « la capacité à s'affirmer de manière maîtrisée et appropriée devient un ingrédient essentiel de la socialisation à tous les niveaux de la hiérarchie sociale » (Ehrenberg, 2012, p. 13).

Dans l'étude du travail social en urgence par Saint-Martin, un parallélisme peut être fait avec le travail paramédical au niveau de la perte d'autonomie et de sens au travail. Entre autres, « la pratique du travailleur social repose (...) sur un processus d'autonomisation qui le conduit à ne pas être sous contrôle complet » (Saint-Martin, 2009, p. 148). Elle précise aussi que l'autonomie est nécessaire dans un contexte d'indétermination organisationnelle, qui ne va pas sans rappeler l'incertitude hospitalière et les constants ajustements à faire de la part des infirmiers-ères. Cependant, l'autonomie est mise à mal « en sollicitant les compétences des travailleurs sociaux d'une manière quelque peu réductrice, en ne reconnaissant pas également la nature de leur "travail d'organisation" » (Saint-Martin, 2009, p. 149). Si l'autonomie se perd, le sens du travail aussi. « Quand l'action n'est plus reliée à un certain sens professionnel, elle devient source de trouble identitaire. (...) La perte du sens de l'action fonctionnera donc aussi comme indicateur d'une déstabilisation de la condition professionnelle » (Saint-Martin, 2009, p. 149).

Les cadres aussi manquent d'autonomie, malgré les promesses de leur direction qui les incite à penser autrement officiellement, mais qui attend peu d'initiatives officieusement. « L'obéissance à la hiérarchie prime en signe de loyauté. (...) Fausse autonomie rime donc avec conformisme. (...) Alors qu'il laisse accroire à une certaine autonomie, le management par les normes aboutit au contraire à la subordination de la personne tout entière. Les cadres ont malgré tout tendance à mettre leur autonomie en avant pour se distinguer des autres CSP car la conformation aux normes est latente et intériorisée » (Monneuse, 2014, p. 51).

D'un autre côté, Sainsaulieu observe que les infirmiers-ères « peuvent regretter d'avoir une autonomie trop grande dans les services, notamment dans les équipes de nuit, où les infirmières se plaignent d'être livrées à elles-mêmes » (Sainsaulieu, 2003, pp. 161-162). Le besoin d'être épaulé-e se fait sentir auprès des infirmiers-ères. D'un autre côté, leur marge de manœuvre peut être appréciée par les médecins. « L'autonomie est à la fois crainte et revendiquée par les infirmières, montrant assez la délicatesse des équilibres à construire » (Sainsaulieu, 2003, p. 162).

D'une manière générale, tous les groupes professionnels « sont confrontés à des demandes ou exigences externes qui contribuent à transformer leur activité, à infléchir leurs pratiques et à menacer ou rogner leur autonomie » (Boussard, Demazière, & Milburn, 2010, p. 21). C'est donc bien l'autonomie des catégories professionnelles qui semble « mise en difficulté par un processus de marchandisation de leur activité et de soumission de leur expertise à la pression de normes d'efficacité et de rentabilité, qui tend à les éloigner de l'horizon éthique fondateur » (Boussard, Demazière, & Milburn, 2010, p. 65). Selon ces auteurs, il ne faut pas assimiler l'autonomie professionnelle avec l'autonomie institutionnelle des professions et l'autonomie pratique des travailleurs. L'autonomie professionnelle désigne « le poids des groupes professionnels dans la définition de leur travail, entendu à la fois comme un ensemble d'activités pratiques à réaliser et de ressources mobilisables en conséquence, et comme un ensemble de buts poursuivis et de significations associées. Il s'agit donc d'une autonomie dont l'assise est collective, et qui se traduit par un contrôle pratique et symbolique sur ce que doit être le travail spécifique d'une catégorie de travailleurs, sur la manière dont il doit être réalisé, comme sur ce qu'il est effectivement » (Boussard, Demazière, & Milburn, 2010, p. 159). L'autonomie est donc le fait de bénéficier d'une certaine marge de manœuvre dans la définition et la réalisation de son travail. Si l'autonomie est réduite principalement dans les conditions de sa réalisation, non seulement l'intensité au travail peut en être accrue, mais aussi la maîtrise collective de l'activité peut être amoindrie.

L'intensification du travail consiste en des contraintes de temps et de qualité plus fortes : il faut faire plus en moins de temps. « La pression au travail a augmenté avec la hausse des normes de productivité, l'élévation des cadences de production et le raccourcissement des délais. Le travail répétitif se maintient dans les secteurs industriels et s'est étendu à des activités de service » (Théry, 2010, p. 20). « L'intensification du travail est une menace pour la santé physique et psychique des travailleurs, mais aussi pour le maintien de leur compétence, à un moment où les garanties statutaires sont fragilisées. Le travail trop intense est à l'opposé du "travail soutenable". (...) L'intensité du travail crée de multiples "petits" troubles de santé. (...) L'intensification du travail empêche les travailleurs de construire un compromis entre les objectifs de la production, leurs compétences et la préservation de leur santé. Ils doivent en effet travailler de la façon la plus rapide, mais non la plus adaptée à leurs spécificités personnelles. Ils ne peuvent modifier les façons de procéder pour limiter l'usure physique ou introduire un peu d'invention dans leur activité. Ils n'ont pas le temps d'anticiper, de préparer leurs outils ou leurs documents, encore moins d'explorer et d'apprendre » (Baudelot & Gollac, 2003, pp. 37-38).

Les perceptions des conditions de travail des infirmiers-ères se sont transformées ces dernières années, selon Michel Gollac et Serge Volkoff (2007) : ils-elles déclarent de plus en plus porter ou déplacer des charges lourdes. « Les charges en question sont, le plus souvent, les malades. Ceux-ci pèsent un poids conséquent ; ils sont dépourvus de poignée ; on ne peut, pour les manipuler, les mettre dans la position la plus commode. Mais considérer une personne comme une charge exige de rompre avec une représentation de la profession infirmière fondée sur le dévouement. La transformation de la gestion de la santé a technicisé la profession d'infirmière. La mobilisation des infirmières a dévoilé les aspects économiques du métier : elles ont revendiqué que leur dévouement soit rémunéré à sa valeur. Ce double mouvement a renforcé l'idée qu'un malade était aussi une charge » (Gollac & Volkoff, 2007, p. 9).

L'intensification du travail ou travailler en urgence engendre une forme de crispation ou rigidité qui peut alors entraîner des maladies physiques ou psychiques. « Le risque est surtout élevé lorsque non seulement l'intensité est forte, mais aussi la latitude décisionnelle faible » (Gollac, 2005, p. 201). Les maladies peuvent alors survenir quand, à la fois, le travail s'intensifie et l'autonomie diminue. Selon Gollac (2005), l'intensité du travail augmente fortement la pression ressentie des employé-e-s, et par là la souffrance au travail. En effet, « la souffrance apparaît quand le bonheur est absent et la pression forte. Par conséquent, l'intensité du travail peut être une source de souffrance. (...) Le degré de souffrance ressenti au travail, les sentiments de non-reconnaissance, d'injustice et d'exploitation sont au contraire liés spécifiquement à la pression dans le travail » (Gollac, 2005, p. 209;212).

L'intensification du travail est donc incontestable depuis une trentaine d'années. « Les risques pour la santé, mentale comme physique, apparaissent lorsque le travail combine une forte exigence avec un faible contrôle » (Ehrenberg, 2012, p. 342). L'autonomie est directement liée à l'intensification du travail, car c'est le pouvoir d'agir des individus, autrement dit leur autonomie, qui peut faire diminuer le stress, dû à l'intensification des tâches. « Les formes modernes d'organisation confèrent aux travailleurs une certaine autonomie dans les procédures de travail ; mais l'intensification du travail réduit la maîtrise qu'ils en ont (...). Les nouvelles organisations demandent plus aux travailleurs, qui doivent désormais faire preuve de l'initiative qu'on leur refusait hier. Mais leur énergie, étroitement canalisée, ne peut pour autant se déployer librement » (Baudelot & Gollac, 2003, p. 38).

Monneuse aussi traite de l'intensification du travail des cadres « depuis les années 1990 du fait de contraintes industrielles (...), commerciales (...), internes (...) et techniques » (2014, p. 44). Le malaise s'accompagne aussi généralement d'une difficile conciliation vie privée et vie

professionnelles : l'imbrication de l'une dans l'autre et de l'autre dans l'une est inévitable et difficilement gérable. Les deux vies sont nécessaires, mais l'équilibre entre les deux est difficile à maintenir, car le plaisir ou la satisfaction sont présents dans les deux.

Selon Saint-Martin, l'intensification du travail est « liée à la pression consécutive à l'augmentation des tâches, au rythme des changements d'organisation et d'objectifs, à une dégradation rapide des conditions de travail, à la faible importance accordée au travail réflexif pouvant permettre de prendre du recul sur ce que l'on a fait, et sur ce que l'on fait » (Saint-Martin, 2009, p. 125). Cette intensification est exprimée « dans une certaine insatisfaction corrélative d'une perte de sens de l'action qui (...) sera alimentée par le glissement de leur rôle professionnel » (Saint-Martin, 2009, p. 125). L'identité professionnelle est donc mise à mal par l'intensification du travail, provoquant une perte de sens.

Laurence Théry qualifie même l'intensification de « psychosociale », en raison des tensions et « contradictions que peuvent introduire les modes de gestion et de management dans l'activité quotidienne de travail : on pense en particulier aux tensions entre travail réel et travail prescrit, entre objectifs et procédures, critères d'évaluation et contraintes de production » (2010, p. 21). Une conséquence importante de l'accélération du rythme de travail semble donc être une forme de stress car les infirmiers-ères ont l'impression de ne pas être à la hauteur des tâches demandées. Le but économique passe avant le but philanthropique du soin, les progrès techniques, médicaux et managériaux se produisent au détriment du *care*.

Le stress dans le métier infirmier semble polysémique. En effet, soigner des vies, accompagner la douleur ou encore côtoyer la mort sont sources de stress pour les soignant-e-s, mais font partie du quotidien à gérer. Le stress est accentué ici, eu égard à l'intensification du travail. Il est donc important de tâcher de définir ce que l'on entend ici par stress au travail.

Pour Franssen, « le "stress" des infirmières est lié à la difficulté de concilier la logique relationnelle et la logique technique de leur métier » (1999, p. 167). Selon Ehrenberg, le concept de stress « désigne toujours les deux entités de l'anxiété et de la dépression » (2012, p. 340). Il est présent car l'autonomie est difficilement mesurable et surtout car la valeur du travail change de signification en investissant davantage dans l'épanouissement personnel. Le stress peut être causé par « l'exigence du travail, le contrôle sur la charge de travail, la quantité de support pratique et émotionnel disponible dans l'entreprise, les capacités et compétence du salarié à remplir son rôle, la qualité des relations entre les collègues et le management, le changement dans l'organisation » (Ehrenberg, 2012, p. 352).

Selon Gérard Valléry et Sylvain Leduc (2017), le stress serait une manifestation de risques psychosociaux (RPS) vécus au travail. L'expression « risques psychosociaux », émergeant dans les années 1970, désigne « soit des causes d'origine professionnelle, qualifiées de risques professionnels (...), soit des effets sur la santé » (Valléry & Leduc, 2017, p. 3). Selon l'INRS, « les risques psychosociaux (RPS) correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non :

- du stress : déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ;
- des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés : harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes ;

- des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...). »³⁶

Le stress constituerait donc un symptôme de risque psychosocial, et peut être vu comme un processus, un état ou une cause. « D'un point de vue biologique, le stress est un processus caractérisant la réponse de l'organisme pour faire face à une situation susceptible de porter atteinte à son intégrité » (Valléry & Leduc, 2017, p. 35). Par le stress, l'organisme cherche donc à se protéger. Au niveau psychologique, cette même protection se caractérise dans l'action : dans le milieu professionnel, l'essentiel est de pouvoir agir pour faire face à des situations difficiles. « Un état de stress psychologique se caractérise, chez l'être humain, par un déséquilibre entre sa perception des contraintes imposées par l'environnement et celle relative à ses ressources pour y faire face » (Valléry & Leduc, 2017, p. 36). Si ce déséquilibre perdure, des manifestations de douleurs physiques peuvent alors apparaître. Le stress peut aussi être une cause dans le cas d'un stress post-traumatique, où le stress se manifeste alors que le facteur de stress n'existe plus. C'est bien le stress comme état psychologique de déséquilibre entre ce qui est prescrit et ce qui est possible qui nous intéresse ici.

Plusieurs facteurs peuvent jouer sur le stress, selon Valléry et Leduc (2017) : le travail sous pression, la polyvalence et la modification des tâches et la pénibilité mentale. Les délais sont plus courts et les contrôles plus fréquents, et il faut sans cesse pouvoir s'adapter à des tâches imprévues. On voit bien ici l'imbrication de plusieurs notions : c'est dans l'intensification du travail que l'individu, plus stressé, pense manquer de ressources pour faire face au changement et se sent dès lors moins autonome.

Les pénibilités s'intensifient au sein de l'hôpital, d'où l'apparition d'une forme de perte de sens général des infirmiers-ères en place depuis quelques années. Leur idéal professionnel, bousculé voire saccagé, doit être revu, s'ils veulent s'adapter aux nouvelles conditions de travail. C'est leur identité professionnelle qui est ébranlée. Qu'en est-il de ce sens ou de cette perte de sens au travail ? Le sens se trouve-t-il uniquement dans la tâche proprement dite ? Le manque de sens est-il directement lié à l'intensification des tâches ? Qu'est-ce qui fait encore sens dans le métier infirmier ?

Pour Ehrenberg, le sens du travail ne réside pas forcément dans le contenu des tâches du travail, mais dans l'expérience du travail, à savoir dans l'indépendance et l'utilité sociale qu'il fournit (2012, p. 350). Franssen reconnaît que « les différentes professions du secteur non-marchand sont confrontées à des transformations de leur environnement et des conditions d'exercice de leurs rôles. (...) Ces transformations sont sources de tensions identitaires en mettant en cause (...) la définition du rôle et les identités professionnelles acquises. (...) Face aux tensions (...), l'individu effectue un travail identitaire en agissant sur les représentations et les références par lesquelles il donne sens à son rôle » (Franssen, 1999, p. 162). Le sens au travail est donc mis à mal ou doit être redéfini par l'acteur, suite aux mutations sociales et culturelles.

Franssen pointe quatre grandes caractéristiques de cette évolution professionnelle. D'abord, les finalités des métiers semblent éclatées et devenues plurielles, les tâches se multiplient et les demandes se complexifient. Ensuite, « le mode classique d'exercice de l'autorité se trouve mis en question. (...) Quant aux patients, ils sont de plus en plus impatients, appelant l'infirmière pour un oreiller mal placé » (Franssen, 1999, pp. 164-165). Troisièmement, ces métiers de l'intégration subissent une pression à la professionnalisation, c'est-à-dire qu'il faut plus de techniques, de savoirs et de règles, et que la bienveillance relationnelle traditionnelle ne suffit plus. Et enfin, le secteur non-marchand souffre d'un manque de reconnaissance, dans un monde

³⁶ <http://www.inrs.fr> (site consulté en juin 2018).

valorisant toujours plus la performance marchande et compétitive. Cette absence de reconnaissance peut même parfois être perçue comme une forme de mépris envers les travailleurs sociaux. La perte de sens identitaire dans son travail pourrait alors être la conséquence de ces finalités professionnelles multiples, de l'autorité mise en question, d'une technicité accrue et d'un manque généralisé de reconnaissance.

Dans sa théorie sur l'individu hypermoderne, Aubert traite aussi du sens ou de la perte de sens. En effet, l'individu par excès ou dans le trop-plein peut être dans l'hyperfonctionnement de soi, impliquant une dépossession de sens. Dans un contexte où le temps fait défaut, où l'urgence devient culte, il n'y a plus de place pour réfléchir le sens au travail. Pour Aubert, « dans certains cas, le rythme et l'intensité de l'investissement sont perçus comme galvanisant les énergies, et comme tels, sources d'une jouissance profonde. (...) Ce rythme trépidant permet d'évacuer la question du sens » (Aubert, 2004a, pp. 101-102). L'auteur explique que l'urgence est nécessaire pour certains travailleurs justement pour éviter la quête de sens. Un choix professionnel particulier pourrait alors être en lien avec l'évitement du sens. Peut-on établir une relation directe avec le métier infirmier ? Toute personne voulant devenir infirmier-ère sait à l'avance que le travail du soin se fait tôt ou tard dans une certaine urgence, et travailler dans l'urgence annihile la quête de sens. Y aurait-il alors un désir caché ou inconscient d'évitement de sens dans le choix d'une carrière infirmière ? Or, nous le verrons largement par la suite, les infirmiers-ères éprouvent plus de difficulté à (re)trouver du sens dans leur pratique. Pourquoi se plaindre alors d'un manque de sens, qui serait presque intrinsèque au métier ? Ce potentiel paradoxe mettrait plutôt en lumière le fait que le sens (ou la perte de sens) ne serait pas directement lié à l'urgence du métier. Le sens professionnel recherché par les infirmiers-ères ne résiderait pas dans le travail en urgence. L'urgence serait plutôt nécessaire pour nourrir le sens du travail qui résiderait ailleurs, dans la relation de soin, par exemple.

Les infirmiers-ères pourraient se retrouver dans le deuxième versant du travail dans l'urgence d'Aubert, où « l'individu ne peut même pas accéder à cette question du sens de son action, parce qu'il est en quelque sorte écrasé par les sollicitations continues qu'il subit et auxquelles il doit répondre en un temps toujours plus court » (2004a, p. 103). L'urgence, dans ce cas-ci, desservirait alors le sens du travail. Rappelons-le, il faut prendre l'urgence dans son double sens pour les infirmiers-ères : l'urgence du soin qui se fait dans l'urgence d'une nouvelle culture d'entreprise, exigeant une réactivité immédiate.

Dans le contexte des nouvelles formes d'organisation du travail, on observe « un renversement des rapports entre qualité et rentabilité, d'une part, l'accroissement de la responsabilisation individuelle dans les pratiques de contrôle, d'autre part, [qui] aboutissent (...) à la perte progressive des références aux valeurs de métier » (Dejours, 2015, pp. 36-37). L'importance aussi est de partager une conception du sens de l'activité professionnelle, particulièrement dans un service de soins. Or ce partage ne se fait pas tout seul : il faut dédier un espace, du temps et de la communication entre collègues pour décider ensemble des règles de travail, servant ce sens commun. « Dans le travail de soin, l'éthique du métier rassemble des principes qui organisent les pratiques ordinaires et permet d'orienter la prise en charge de la vulnérabilité humaine. La qualité des soins n'est donc pas seulement liée aux modes d'organisation et à l'adoption de technologies, comme le laissent croire les sciences de la gestion, mais principalement à la délibération entre soignants » (Dejours, 2015, pp. 37-38). S'il faut faire plus en moins de temps, cet espace de délibération s'amointrit, ainsi que les règles communes, ce qui déqualifie le travail. Pour Dejours (2015), cette perte de dynamique collective amène les soignant-e-s à chercher davantage de stratégies individuelles pour se protéger contre la souffrance générée par le travail. « Déstructuration de la coopération et disparition des solidarités conduisent ainsi à une dégradation de la qualité du soin prodigué aux patients. Mais

cette dégradation touche également le rapport subjectif que les soignants entretiennent à leur travail » (Dejours, 2015, p. 40).

Alderson discute aussi de ce choc de logiques de sens dans son étude qui « révèle que la rationalité subjective du travail (liée à l'accomplissement des infirmières) est le plus souvent négligée au profit de la rationalité objective (liée à la production). Cet état de fait génère une perte de sens du travail infirmier » (2005, p. 83). Pour parer cette perte de sens, Alderson reste convaincue que la seule réponse possible réside dans « la relation d'aide et d'accompagnement avec les résidents et les familles [qui] permettent au travail infirmier d'ouvrir sur le plaisir, d'avoir un effet bénéfique en termes d'identité et de soutenir ainsi la santé mentale des infirmières » (2005, p. 83).

En résumé, le cadre théorique de cette thèse repose principalement sur la typologie de Paugam (2000) qui permet d'organiser les inégalités de l'intégration professionnelle selon, d'une part, la protection sociale qu'assurent un contrat stable et la reconnaissance matérielle *versus* la précarité de l'emploi instable et, d'autre part, la reconnaissance symbolique et l'épanouissement au travail *versus* le déni de reconnaissance et la frustration au travail. L'axe de l'emploi comporte la garantie éventuelle d'une planification de l'avenir, qui semble dépendre du sexe, de l'âge et du niveau de qualification. Dans l'axe du travail se retrouvent trois dimensions particulières : la situation financière (*homo æconomicus*), l'ambiance, les relations au travail et la reconnaissance (*homo sociologicus*) et les conditions de l'acte de travail (*homo faber*). La satisfaction financière est principalement associée à la CSP et à son statut social. Les relations au travail sont majoritairement tributaires du type d'entreprise favorisant ou non les contacts entre travailleurs-euses. La particularité de l'*homo sociologicus* dans le métier infirmier réside dans la pluralité des acteurs rencontrés, multipliant les types de relations différentes, au sein desquelles se joue toujours une forme de reconnaissance ou son déni. L'*homo faber* dépend à la fois du type d'entreprise, du niveau de qualification, de l'âge et du sexe. Le malaise éprouvé dans l'acte de travail lui-même est surtout lié au manque d'autonomie, à l'intensification du travail, au stress et à la perte de sens au travail. Gardons donc bien en tête ces deux rapports à l'emploi et au travail, ainsi que les trois dimensions composant la satisfaction au travail, car toutes nos analyses suivantes se basent essentiellement sur ce cadre. Ce sont ces différents concepts qui nous aideront à mieux comprendre les différents facteurs de malaise des infirmiers-ères.

CHAPITRE 3 – UNE MÉTHODOLOGIE MIXTE

Rappelons ici notre question de recherche qui porte sur la compréhension holistique du malaise professionnel des infirmiers-ères hospitaliers-ères. Pour répondre à cette question de recherche, nous allons procéder en deux grandes étapes méthodologiques : d'abord quantitative, ensuite qualitative. L'intérêt réside justement dans l'articulation de différentes méthodes utilisées afin de répondre au mieux à la question du malaise infirmier. Tandis que le volet quantitatif apporte une idée plus généraliste du quotidien professionnel des individus, le volet qualitatif approfondit individuellement le vécu et les stratégies mises en œuvre pour pallier les éventuels facteurs subjectifs de malaise. Il s'agit donc de mettre en exergue les avantages ou inconvénients de ces méthodes dans le cadre d'une problématique en sciences sociales. D'aucuns préconisent plutôt l'une méthode que l'autre. L'objectif de cette articulation réside justement dans la démonstration de la nécessité à utiliser de manière complémentaire les analyses quantitatives et qualitatives pour comprendre un phénomène social.

« La confrontation de ces deux types de données, statistiques et qualitatives, est toujours très fructueuse. (...) Le questionnaire statistique tend à rationaliser et à privilégier les cohérences, (...) [il] a toujours tendance à durcir et à simplifier les attitudes mesurées en forçant les enquêtés à se conformer à un modèle cohérent. C'est aussi sa force : l'enquête statistique met au jour une structure latente de comportements et d'attitudes qui dessine le fond de carte de l'espace où se situent et évoluent les individus. L'entretien qualitatif, lui, n'a pas pour objet d'illustrer ou de confirmer par des propos les grandes lignes de force et de clivage établies par le questionnaire, il explore les modalités de l'inscription des individus à l'intérieur de ces grands cadres. (...) Interrogé seul et pour lui-même, l'individu n'est pas agrégé ni catégorisé. La liberté de ton et la durée de l'entretien lui laissent davantage de temps pour exprimer des différences ou des contradictions » (Baudelot & Gollac, 2003, pp. 44-45).

En effet, les résultats de l'enquête statistique nous permettent d'identifier une série d'indicateurs du malaise infirmier, tandis que la partie qualitative aide à mieux comprendre comment ces indicateurs sont vécus au quotidien par les infirmiers-ères et ce qui les fait varier pour chacune et chacun. « Toute l'utilité de l'alliance réside aussi dans le fait que chacune des méthodes éclaire les résultats obtenus avec l'autre. (...) La complémentarité des méthodes et leur utilisation conjointe dans une recherche améliorent la qualité du travail scientifique en permettant au chercheur de mieux saisir la complexité de son objet » (Paugam, 2010, pp. 217,221). Ce travail complémentaire représente donc une plus-value scientifique qui incite à davantage de réflexivité du-de la chercheur-e afin de trouver un certain équilibre entre les deux positionnements méthodologiques, entre saines distanciation et empathie.

1. L'opportunité statistique

Tout d'abord, nous avons eu la chance de participer à un projet national intitulé Woqual (Work Quality)³⁷, financé par la Politique Scientifique Fédérale (de 2008 à 2010), dans le cadre du programme intitulé « Société et Avenir ». Ce projet interdisciplinaire (sociologues, psychologues du travail et médecins du travail) avait pour but d'exploiter la base de données NEXT pour la Belgique. La recherche « Nurses Early Exit » (NEXT-Study), financée par l'Union Européenne, s'est déroulée simultanément dans onze pays d'Europe (Allemagne, Belgique, Finlande, France,

³⁷ BRAECKMAN, L., BURNAY, N., DECLEIRE, C., DERYCKE, H., HASSELHORN, H.-M., LI, J., ROBERT, A., ROUSSEL, S., VLERICK, P., et D'HOORE, W., TA/00/33, WOQUAL, *Santé et sécurité pour un emploi de qualité*. Rapport de recherche du programme « Société et Avenir », Politique scientifique fédérale, Bruxelles, 2009.

Grande-Bretagne, Italie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Slovaquie, Suède ; les Norvégiens étant membres associés) et se centrait particulièrement sur les différents facteurs poussant les infirmiers-ères à quitter définitivement leur profession de manière anticipée. C'était aussi une recherche interdisciplinaire (infirmiers-ères, médecins, psychologues, sociologues et statisticiens) qui s'est déroulée de février 2002 à juin 2005. Nous aborderons cette opportunité statistique en deux temps : premièrement, nous décrirons la récolte des données de l'enquête NEXT, et ensuite nous discuterons brièvement de la manière dont nous avons opéré l'analyse des résultats, et enfin, quelques limites à la méthodologie quantitative seront développées.

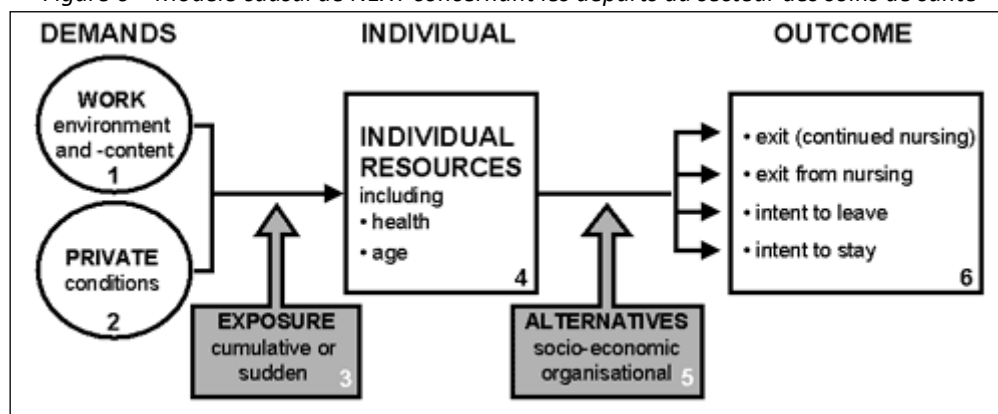
A. Récolte des données de l'enquête NEXT

C'est dans le cadre de réflexion du vieillissement de la population ainsi que d'une pénurie accrue en infirmiers-ères que s'insère la recherche « Nurses Early Exit » (NEXT-Study). La méthodologie de l'enquête NEXT se base sur le fait que quitter la profession d'infirmier-ère prématurément résulte soit de facteurs internes à leur emploi (exemple : conflits professionnels ou problèmes de santé), soit de facteurs externes tels qu'une autre offre d'emploi à ne pas manquer ou encore de nouveaux décrets concernant la pension. La question centrale de l'enquête est alors double : quels sont les facteurs internes et externes propres à chaque pays et comment les mesurer ?

NEXT a alors développé un modèle postulant que les départs anticipés des infirmiers-ères (boîte n° 6 dans la Figure 6) dépendent :

- 1) du besoin de travail ;
- 2) du besoin de vie privée ;
- 3) de la manière dont les problèmes ont surgi ;
- 4) des ressources individuelles ;
- 5) des alternatives possibles (meilleur salaire, formation, promotion, prépension ou changement de poste au sein de la même institution).

Figure 6 – Modèle causal de NEXT concernant les départs du secteur des soins de santé



Source : Enquête NEXT, « Nurses' early exit study », 2004.

NEXT est une enquête longitudinale par panel qui s'est déroulée de la même manière dans tous les pays participants³⁸ : les questionnaires étaient envoyés aux services infirmiers dans les hôpitaux, les maisons de repos et les institutions d'aide et soins à domicile. L'échantillonnage de

³⁸ Il y a eu néanmoins une exception pour la Suède.

ces institutions était doublement stratifié : en fonction de la taille en nombre d'employés de l'institution et en fonction de la région (ou province). En Belgique, le projet était d'abord exposé à la direction et aux cadres des institutions. Si un accord formel était instauré suite à cette rencontre, alors une nouvelle présentation du projet était programmée pour tous les infirmiers-ères chefs de services, qui eux-mêmes étaient tenus de distribuer les questionnaires à tous les infirmiers-ères de leur service. Les infirmiers-ères avaient alors près de cinq semaines pour renvoyer le questionnaire par la poste ou par le biais d'une boîte aux lettres installée pour l'occasion dans l'institution.

En ce qui concerne la représentativité de l'échantillon par rapport à la population infirmière en Belgique, il n'était pas évident de la mesurer (Stordeur, 2002). En effet, comme nous l'avons déjà vu dans le premier chapitre, selon le ministère fédéral belge de la santé publique, la force de travail des infirmiers-ères en Belgique ne peut pas être évaluée de manière précise. Les enquêteurs belges se sont alors vus dans l'obligation de récolter des données diverses auprès de plusieurs administrations, entre autres auprès du ministère fédéral belge de la santé publique, du ministère régional wallon de la santé publique et de l'INAMI.³⁹

Le tableau suivant (Tableau 4) récapitule les informations recueillies auprès de sources diverses concernant le nombre d'infirmiers-ères en Belgique travaillant en hôpitaux, en maisons de repos et en institutions de soins à domicile. Par rapport à ces chiffres et à la norme de l'enquête NEXT qui désirait 7000 questionnaires par pays, les enquêteurs belges ont établi des proportions de population infirmière par type d'institutions. Et enfin, la représentativité des résultats de l'enquête sont montrés dans la dernière colonne : les infirmiers-ères travaillant en hôpital sont bien représenté-e-s, celles et ceux des maisons de repos sont sous-représenté-e-s (la moitié de ce qui était attendu) et les travailleur-euses à domicile sont un peu surreprésenté-e-s. Les raisons majeures de ces différences de représentativité résident, d'une part, dans le refus de participation de certains directeurs de maisons de repos, et d'autre part, dans la bonne coopération du coordinateur principal des institutions de soins à domicile.

Tableau 4 – Nombre d'infirmiers-ères en Belgique : selon diverses sources, résultats de l'enquête attendus et obtenus

	Infirmiers-ères en Belgique (2002)		Résultats attendus		Résultats obtenus	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Hôpitaux	72994*	61,23	4250	60,71	2303	54,10
Maisons de repos	16415**	13,77	1000	14,29	303	7,12
Soins à domicile	29797***	25,00	1750	25,00	1651	38,78
Total	119206	100,00	7000	100,00	4257	100,00
* = Ministères belge et wallon de la Santé Publique, 1997						
** = INAMI, 1998						
*** = Ministère fédéral belge de la Santé Publique, 1997						

(Stordeur, 2002)

³⁹ INAMI – Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Les tableaux suivants (Tableau 5 et Tableau 6) montrent le taux de réponse pour chaque pays, ainsi que le nombre d'institutions par pays, pour la première vague d'enquête ayant eu lieu en 2002 et 2003.

*Tableau 5 – Vue d'ensemble du questionnaire de base NEXT en 2002-2003****

Pays	Nombre d'institutions	Questionnaires envoyés	Questionnaires reçus	Taux de réponse
Belgique	28	7.049	4.257	60,4
Allemagne	75	6.484	3.565	55,0
Finlande	65	5.161	3.970	76,9
France	55	13.017	5.376	41,3
Grande-Bretagne	33	7.962	2.578	32,4
Italie**	16	7.447	5.645	75,8
Pays-Bas	27	9.309	4.024	43,2
Norvège*	39	7.779	2.733	35,0
Pologne	204	7.091	4.354	61,4
Slovaquie	82	6.382	3.396	53,2
	<i>585 (624</i>			
Tous	<i>incl. Norvège*)</i>	77.681	39.898	51,4

* membre associé du groupe d'enquête NEXT
 ** en Italie, les 16 organisations représentent 127 institutions indépendantes
 *** la Suède n'a pas participé à l'estimation

Source : Enquête NEXT, « Nurses' early exit study », 2004.

Tableau 6 – Nombre d'institutions participantes par pays

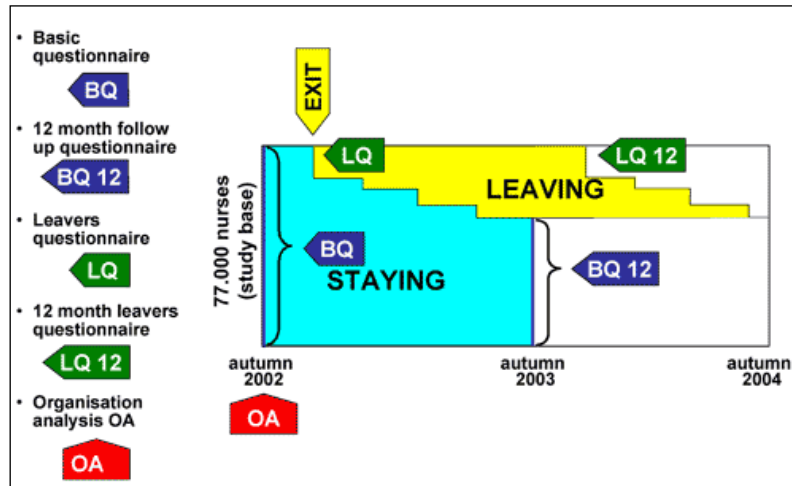
Pays	Hôpitaux	Maisons de repos	Aide et soins à domicile	Autre*	Tous
Belgique	9	9	10	0	28
Allemagne	16	29	30	0	75
Finlande	11	30	10	14	65
France	36	16	3	0	55
Grande-Bretagne	17	16	0	0	33
Italie**	9	5	2	0	16
Pays-Bas	9	13	5	0	27
Pologne	18	23	0	163	204
Slovaquie	22	44	16	0	82
Tous	147	185	76	177	585

* « out patient care institutions » en Finlande et Pologne
 ** en Italie, les 16 organisations représentent 127 institutions indépendantes
 *** la Suède et la Norvège n'ont pas participé à l'estimation

Source : Enquête NEXT, « Nurses' early exit study », 2004.

Les infirmiers-ères sont tous-tes interrogé-e-s une première fois dans le cadre de leur travail avec le questionnaire de base (BQ). Ensuite, celles et ceux qui restent dans l'emploi sont interrogé-e-s à nouveau 12 mois après (BQ 12) et les infirmiers-ères qui partent sont interrogé-e-s au moment de leur départ (LQ) ainsi que 12 mois après leur départ (LQ 12) (voir Figure 7). Les infirmiers-ères restant (« stayers ») répondent donc à deux questionnaires et les infirmiers-ères partant (« leavers ») répondent à trois questionnaires au total. Les questionnaires restent toujours anonymes et un code particulier a été utilisé afin de pouvoir lier les différents questionnaires auxquels une même personne a répondu. La méthodologie de l'enquête NEXT a été approuvée par le comité éthique de l'Université de Wuppertal en Allemagne.

Figure 7 – La conception de l'enquête NEXT



Source : Enquête NEXT, « Nurses' early exit study », 2004.

En Belgique, on dénombre les infirmiers-ères qui ont répondu au questionnaire de base (BQ) à 4257 personnes ; près de 40% d'entre eux sont resté-e-s dans la même institution un an après et ont accepté de répondre au questionnaire BQ 12. Celles et eux qui ont quitté l'institution ont été réinterrogé-e-s (LQ) mais ne correspondent plus qu'à 2,6% des 4257 personnes de départ. Et au final, 77 personnes, qui ont quitté l'institution depuis douze mois, renvoient le questionnaire LQ 12 (Tableau 7).

Tableau 7 – Nombre de réponses aux questionnaires pour la Belgique

	BQ	BQ 12	LQ	LQ 12
Effectifs	4257	1641	110	77
%		38,5%	2,6%	1,8%

Au terme de ses investigations, l'enquête NEXT espère être en mesure de :

- décrire et analyser les conditions de travail des infirmiers-ères dans une grande partie de l'Europe ;
- identifier les raisons pour lesquelles les infirmiers-ères veulent quitter leur profession ;
- identifier les causes des départs prématurés des infirmiers-ères (professionnelles, sociales, individuelles) ;
- identifier les éventuels groupes qui risquent davantage un départ prématuré ;
- étudier l'impact des départs anticipés sur l'individu et l'institution ;
- définir les conditions qui aident à vieillir sainement dans le secteur des soins de santé ;
- fournir les bases pour promouvoir la santé au travail de manière à soutenir les capacités de travail des infirmiers-ères dans les pays de l'Union Européenne ;
- fournir une estimation des conséquences de l'entrée dans l'Union Européenne des pays de l'Europe de l'est par rapport à la main d'œuvre infirmière en Europe.

Dans la première partie empirique, nous utiliserons donc la base de données belges de l'étude européenne NEXT, qui nous a été fournie grâce au groupe de recherche pluridisciplinaire belge Woqual ayant le droit d'exploiter cette base de données à travers le programme « Société et

Avenir » de la politique scientifique fédérale belge. Afin de maintenir une signification statistique optimale et pour des raisons de manipulations informatiques ardues, nous avons choisi de n'utiliser que la base de données au temps 0, c'est-à-dire les réponses au questionnaire de base (BQ) où 4257 infirmiers-ères en Belgique ont accepté de répondre.

B. Premiers résultats : identification du malaise infirmier

Suite à l'opportunité qui nous a été offerte de pouvoir manipuler la base de données NEXT, nous avons opté pour l'utilisation des différents concepts de l'intégration professionnelle de Paugam (2000). En effet, comme déjà vu précédemment, cette théorie nous semble la plus à même d'englober une grande majorité des facteurs de malaise que l'on peut rencontrer sur un lieu de travail. Il s'agira donc, dans la partie statistique, de saisir le pouvoir explicatif de la stabilité de l'emploi et la satisfaction dans le travail, cette dernière comprenant l'*homo œconomicus*, l'*homo sociologicus* et l'*homo faber*.

La difficulté première, face à une base de données secondaires et un cadre théorique robuste, a été d'opérationnaliser ces différents facteurs de malaise infirmier. Pour ce faire, des indicateurs synthétiques de variables ont été créés grâce à un va-et-vient entre la théorie des intégrations professionnelles Paugam (2000) et les différentes variables du questionnaire de base de l'enquête NEXT. En effet, les concepts ne pouvaient être opérationnalisés que si des variables les composant étaient présentes dans la base de données. Onze regroupements de variables ont ainsi été décelés correspondant aux sous-dimensions ou indicateurs de la théorie de Paugam, composés de 63 variables au total.

Le premier regroupement, le rapport à l'emploi, renvoie à la question de la protection des travailleurs et plus précisément à la sécurité de l'emploi, ainsi qu'aux perspectives de promotion.

Le deuxième regroupement, le rapport au travail, comporte neuf différents indicateurs de satisfaction au travail, en fonction des trois dimensions de Paugam (2000).

Il s'agit premièrement de la satisfaction financière ainsi que de tous les avantages matériels complémentaires du travail : l'*homo œconomicus*. Cette première dimension ne possède qu'une sous-dimension : celle de la satisfaction ou de l'insatisfaction financière.

La deuxième dimension indique plutôt la manière dont l'individu est intégré dans son environnement professionnel (*homo sociologicus*), ce qui rassemble les satisfactions par rapport aux relations avec les collègues et la hiérarchie mais aussi à l'ambiance de travail et la reconnaissance. Pour l'*homo sociologicus*, nous avons d'abord extrait deux indicateurs de relations : le premier avec la hiérarchie et le second avec les collègues. Dans sa théorie, Paugam mentionne aussi l'ambiance dans le travail ou la reconnaissance que les travailleurs retirent des relations qui s'établissent entre eux. Suite aux analyses statistiques, un quatrième regroupement a été créé autour du harcèlement ou des discriminations vécues au travail venant des patient-e-s, des collègues ou des supérieur-e-s. Nous avons donc opté pour quatre sous-dimensions au total rassemblant des questions posées sur la reconnaissance au travail, sur les relations avec les supérieurs hiérarchiques et avec les collègues de travail, et sur la violence éprouvée au travail.

Enfin, la troisième dimension porte sur la satisfaction par rapport à l'acte de travail lui-même et à l'épanouissement qu'il peut procurer (*homo faber*). La satisfaction ici relève des valeurs intrinsèques que l'homme attribue au travail ainsi que de sa liberté d'initiative. Il s'agit notamment de son autonomie, mais aussi des contraintes de temps et de qualité plus fortes ainsi que des pénibilités et des risques de plus en plus mal supportés. Quatre sous-dimensions composent l'*homo faber* : la satisfaction vis-à-vis du sens, du stress, de l'autonomie et de l'intensification du travail. Ce dernier indicateur comprend les pénibilités et les risques de plus

en plus encourus au travail depuis quelques années. Non seulement Paugam souligne ces quatre sous-dimensions dans sa théorie des intégrations professionnelles, mais de nombreuses questions posées aux infirmiers-ères traitent de ces sujets dans la base de données.

Avant de valider le choix des regroupements de variables en indicateurs, une analyse en composantes principales a été opérée. En effet, cette méthode permet d'extraire une série d'indicateurs composites (ou composantes) résumant l'information initiale, permettant de valider les regroupements de variables. Même si toutes les variables, ou presque, composant les indicateurs, sont catégorielles, elles sont traitées ici comme des échelles numériques ou encore comme des variables quantitatives discrètes. Suite à cette analyse, certains regroupements de variables ont dû être modifiés. Ainsi, certaines variables ont été enlevées de l'analyse car elles n'étaient pas suffisamment corrélées avec les différentes composantes. Certaines variables ont également été déplacées d'un indicateur à l'autre en fonction de leur degré de corrélation avec ces indicateurs. C'est après toutes ces opérations que les nouveaux regroupements de variables ont pu être présentés. Et enfin, des alphas de Cronbach ont été utilisés de manière à vérifier l'association entre les variables.

À partir du moment où le choix des variables a été fixé, il fallait construire, proprement dit, les indicateurs synthétiques. La méthode utilisée est une addition de variables pour n'en créer qu'une. Toutes les variables ont été polarisées dans le même sens (de la satisfaction (ou sécurité) vers l'insatisfaction (ou insécurité) et ont été ramenées sur une échelle de 0 à 1 afin d'assurer un même poids à chacune d'entre elles. Le maximum de chaque indicateur équivalait alors au nombre de variables le composant. Ces indicateurs ont enfin été ramenés sur une échelle de 0 à 100 afin d'assurer leur comparabilité. Ce sont ces indicateurs de malaise qui ont été utilisés tels des variables à part entière dans des analyses multivariées (régressions linéaires).

Afin d'opérationnaliser davantage le malaise infirmier, nous avons cherché à mesurer notamment les liens entre ces indicateurs de malaise et l'intention de quitter son métier prématurément. En effet, l'enquête NEXT s'intéressant aux départs anticipés, il semblait pertinent de mesurer la variation de l'envie de quitter son métier en fonction de la variation des facteurs de malaise. Notre indicateur central du malaise infirmier résidait donc moins dans ces facteurs de malaise que dans l'envie des infirmiers-ères d'arrêter leur métier.

Les principaux résultats de ces analyses montrent notamment que trois de ces indicateurs poussent à avoir envie d'arrêter son métier : l'insatisfaction financière, le manque de reconnaissance et le manque de sens au travail. Afin d'affiner ces résultats et de comprendre davantage l'impact de ces facteurs sur le malaise infirmier, il s'est avéré utile d'aller sur le terrain interroger directement les protagonistes de la question.

C. Limites

Plusieurs limites à la méthodologie quantitative peuvent être énoncées car le-la chercheur-e se trouve sans cesse devant des choix et ses propres décisions sont contingentes, c'est-à-dire qu'elles auraient pu être autres si la recherche avait été dans les mains d'une autre équipe de recherche. Nous sommes conscients de cette forme de subjectivité dans cet écrit et nous voulions en faire part ici.

Tout d'abord, nous avons été clairement limités par rapport aux variables, étant donné qu'elles avaient été décidées au préalable au niveau européen. En effet, des variables davantage centrées sur la vie privée ou l'implication sociale des infirmiers-ères ou encore sur la vie professionnelle du ou de la partenaire auraient pu nous être d'une grande utilité. Nous avons donc dû nous satisfaire des données déjà récoltées. De même, compte tenu du manque d'hommes dans notre échantillon, il nous est difficile d'obtenir des statistiques significatives si

l'on veut procéder à des analyses par sexe, afin de comparer les facteurs de malaise entre hommes et femmes, même si les régressions nous en donnent quelques indices.

Ensuite, nous avons décidé de travailler avec la base de données correspondant au questionnaire de base, alors que tout l'intérêt de l'enquête longitudinale NEXT réside dans l'interrogation des infirmiers-ères ayant quitté leur profession. Or, compte tenu des difficultés de fichiers, nous nous sommes centrés sur « l'intention de départ », ce qui ne donne qu'un aperçu de ce que les gens pensent mais pas de ce qu'ils entreprennent vraiment.

De même, un biais de sélection dans l'échantillon est fort possible car les infirmiers-ères qui étaient en congé de maladie de longue durée, c'est-à-dire à partir d'un mois, pendant le dépôt des questionnaires dans leur institution, n'ont forcément pas répondu aux questionnaires. Or il s'avère que les personnes en maladie de longue durée sont probablement les plus vulnérables professionnellement et que parmi elles doivent figurer une proportion importante d'individus désirant abandonner le métier infirmier. En outre, 2792 infirmiers-ères (40% des personnes qui ont reçu le questionnaire) ont décidé de ne pas remplir et remettre le questionnaire, même si leur direction et l'infirmier-ère en chef de leur service les y avait vivement invité-e-s. Il serait intéressant d'en connaître les raisons et de savoir si ces personnes correspondent à un profil particulier ; il est probable que les plus insatisfait-e-s, les plus lassé-e-s ou les plus découragé-e-s par leur travail n'aient pas pris la peine de remplir le questionnaire.

Nos indicateurs de malaise ne demeurent qu'une construction, nous ne prétendons pas du tout avoir obtenu la solution idéale, car non seulement ils dépendent de la base de données et de ses variables, mais nous les avons construits aussi selon nos lectures et notre intuition, ce qui reste bien sûr subjectif. Nous pourrions, dans d'ultérieurs travaux, améliorer la validité de certains indicateurs en enlevant l'une ou l'autre variable les composant, voire même en supprimant certains indicateurs. En effet, dans un souci de conserver un maximum d'informations, nous avons parfois mélangé des variables d'ordre différent. Par exemple, au sein de l'indicateur de sécurité de l'emploi, nous avons maintenu une variable objective (avoir un CDI ou pas) avec des variables subjectives (perception du marché de l'emploi, craindre de perdre son emploi, etc.), ou encore une variable dichotomique (avoir un CDI ou pas), où 94,4% de la population répond par la positive, ce qui n'apporte rien de plus à l'indicateur.

Aussi, si l'on voulait rester strictement fidèle à la théorie de Paugam, l'on devrait alors n'obtenir que deux indicateurs : un pour la stabilité de l'emploi et un pour la satisfaction dans le travail (Figure 5, p. 63). Nous avons préféré conserver tous les détails de nos onze indicateurs plutôt que de les regrouper en deux. Avec deux indicateurs à croiser sur un plan factoriel, il est vrai qu'il aurait été également pertinent de classer les individus de notre échantillon selon la typologie des quatre intégrations professionnelles de Paugam. Une telle tâche pourrait être envisagée dans des travaux ultérieurs.

Enfin, il est à préciser que les non-réponses n'ont pas spécialement été prises en compte, ni « corrigées ». Toutes les analyses se sont concentrées sur les répondant-e-s aux questions, donc le « n » n'est pas toujours le même d'une variable à l'autre et sera précisé le cas échéant.

2. Confronter les résultats chiffrés aux protagonistes

Afin de compléter, confirmer ou infirmer les résultats statistiques, il semblait nécessaire d'investiguer notamment ces manques de reconnaissance et de sens. Nous avons identifié, grâce aux régressions linéaires multiples, des facteurs de malaise les plus probants dans l'enquête, encore fallait-il les comprendre et les expliquer davantage. Nous avons alors rencontré et interrogé directement des infirmiers-ères, notamment sur ces points, non

seulement pour valider nos résultats statistiques, mais aussi pour tâcher d’avoir plus d’explications.

A. Récolte des données qualitatives

Trois sources de données ont été récoltées : principalement des entretiens, un atelier et une Méthode d’Analyse en Groupe (MAG).

D’abord, nous avons effectué une salve d’entretiens semi-structurés, du 1^{er} août au 30 août 2008, permettant aussi de mieux cerner les liens entre les structures organisationnelles et les logiques identitaires déployées par les infirmiers-ères. Une approche subjective des conditions de travail est privilégiée de manière à comprendre le vécu au quotidien de cette profession. « Tenir compte des témoignages, récits, traces de la subjectivité des professionnels eux-mêmes (...) apparaît nécessaire, y compris pour saisir des processus collectifs » (Dubar, Tripiet, & Boussard, 2011, p. 336).

Dans le contexte de l’analyse des départs anticipés de l’enquête NEXT, cette partie s’est centrée sur les infirmiers-ères âgé-e-s de plus de 45 ans. Pour interroger l’évolution du malaise infirmier, il semblait préférable d’interroger des infirmiers-ères avec une certaine ancienneté, leur permettant de comparer éventuellement leur pratique actuelle avec celle de leurs débuts. Le biais d’interrogation sur les aménagements de fin carrière a été utilisé afin d’en savoir davantage sur leur bien-être au travail. À l’aide d’un guide d’entretien (voir Annexe I.1 – Guide d’entretien), une vingtaine d’entretiens ont été réalisés, auprès d’infirmiers et d’infirmières, de milieux urbains et ruraux⁴⁰, en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale, de divers services hospitaliers⁴¹ (voir Tableau 8).

Tableau 8 – Résumé des entretiens

Sexe	Milieu urbain ou rural	Âge à l'entretien	Aménagements de fin de carrière : dispenses de travail (DT) ou prime	Temps de travail	Service hospitalier	Infirmier-ère ou chef infirmier
2 hommes	10 ruraux	9 x 45-50 ans	11 x DT	2 x 50%	9 services différents:	7 chefs
17 femmes	9 urbains	6 x 50-55 ans 4 x 55 ans et +	6 x primes 2 x DT&primes	2 x 75% 4 x 84% 1 x 84% 10 x 100%	Anesthésie (1) Hôpital de jour (2) Néphrologie (2) Oncologie (1) Orthopédie (1) Pédiatrie (4) Pneumologie (2) Quartier opératoire (3) Soins intensifs (3)	12 infirmiers-ères

⁴⁰ Les hôpitaux des milieux ruraux résident dans des villes dont la densité de population ne dépasse pas 300 habitants au km², tandis que les hôpitaux des milieux urbains sont dans des villes dont la densité de population est supérieure à 900 habitants au km². Pour point de comparaison, la Wallonie a une densité de population de 214,4 habitants au km², la Belgique de 371,1 habitants au km² et la Région de Bruxelles-Capitale de 7.380 habitants au km².

⁴¹ Il n’a pas été possible, ni nécessaire, d’interroger des infirmiers-ères de tous les services hospitaliers existant. Une répartition relativement équivalente entre les services plus ou moins techniques a cependant été observée (7 individus en anesthésie, quartier opératoire ou soins intensifs).

L'échantillon d'infirmiers-ères hospitaliers-ères interrogé-e-s n'est pas représentatif de la population car il est non probabiliste. En effet, c'est par des connaissances travaillant au sein de l'hôpital (comme infirmier-ère ou comme médecin) que des noms de personnes volontaires ont pu être dénichés. Il s'agit alors plutôt d'un échantillon de convenance, voire même *ad hoc*, puisque bien souvent c'est la personne intermédiaire qui proposait un ou plusieurs noms de son entourage professionnel. Ensuite, l'une ou l'autre personne interrogée présentait parfois d'autres noms de collègues ; dans ce cas, on pourrait parler d'échantillon boule de neige. Il est donc évident que l'on a affaire ici à un biais de recrutement d'auto-sélection, vu l'approche volontaire et spontanée des personnes interrogées.

Les entretiens ont été effectués presque comme des récits de vie. La récolte des données n'était donc pas strictement liée aux différents indicateurs trouvés dans l'analyse statistique, mais la parole de l'interrogé-e a été laissée libre, justement pour voir quel(s) facteur(s) de malaise allai(en)t surgir en premier ou avec plus ou moins d'intensité. Par exemple, le manque d'autonomie est prégnant en théorie et a été analysé statistiquement, pourtant, comme il n'a pas été interrogé comme tel, ce ne sont que des bribes d'autonomie qui ont été récoltés dans les entretiens. Tous les entretiens ont duré entre 1h et 2h au total : la parole laissée libre et le climat de confiance installé ont permis facilement la confiance. Mis à part un entretien où l'infirmière semblait pressée, toutes les autres personnes interrogées ont pris le temps de répondre aux questions et de raconter leur vie professionnelle ; la plupart ont même vivement remercié la démarche car l'entretien était pour elles et pour eux une formidable occasion de s'exprimer sur leur travail et surtout d'être écouté-e-s.

Une des surprises de l'enquête qualitative a été d'être face à des discours portant sur les rapports d'âge. Or, comme le biais d'interrogation était les aménagements de fin de carrière, il est probable que ce biais ait provoqué plus de commentaires par rapport à l'âge et aux relations intergénérationnelles. De plus, ces commentaires étaient peut-être aussi induits par les questions portant sur l'acceptation ou non de ces aménagements par les pairs plus jeunes.

Une autre critique peut être faite quant à la longue période de temps entre la récolte des données quantitatives et la série d'entretiens (6 ans), pouvant engendrer un anachronisme. Pourtant, aucune des informations recueillies lors des entretiens n'est rentrée en contradiction avec les résultats statistiques. Elles ont plutôt complété et amélioré notre connaissance des facteurs de malaise.

Deuxièmement, quatre ans plus tard, suite à une conférence plénière⁴², un atelier a été organisé autour des premiers résultats de cette série d'entretiens. Ces résultats portaient sur des modèles de travail différenciés selon les générations d'infirmiers-ères (voir CHAPITRE 8 – *Homo sociologicus*). L'atelier a regroupé une petite vingtaine de cadres infirmiers-ères. La discussion ressemblait plutôt à une forme de débat où le rôle de chercheur était cantonné à celui d'un médiateur, afin que personne ne monopolise la parole, et à celui de recentrer le sujet sur les différences générationnelles perçues. Même si la discussion avait pour point de départ des modèles de travail générationnels, différents thèmes liés au bien-être des infirmiers-ères et de leurs conditions de travail ont été abordés : les horaires de travail et leur compatibilité avec la vie de famille, les valeurs nécessaires à une bonne équipe de travail, la position particulière des cadres infirmiers, etc.

⁴² DECLEIRE Céline, « Évolution des modèles professionnels d'infirmiers: entre générations et valeurs ». Séance plénière et atelier. 10ème journée des cadres de proximité, par l'Association belge des praticiens de l'art infirmier (ACN) et le Centre de Formation pour les secteurs infirmier et de santé (CPSI), *Nouveau métier, nouveau chef ! Gérer un contexte en mutation*, Bruxelles, 29 mai 2012.

Troisièmement, en octobre 2013, à la demande des infirmiers-ères de l'ORPADT⁴³, une méthode d'analyse en groupe (MAG) a aussi été réalisée (Van Campenhoudt, Franssen, & Cantelli, 2009). Cette méthode, davantage de recherche-action, portait sur le thème des modèles professionnels différenciés entre générations.⁴⁴

La méthode d'analyse en groupe (MAG) est une méthode de recherche et d'intervention, qui a pour particularité d'associer directement des acteurs concernés par le problème étudié à l'ensemble de la démarche, du début jusqu'à son terme. La démarche s'articule donc sur le savoir et l'expérience des intervenant-e-s concerné-e-s : ceux-celles-ci ne sont donc pas « objets » de recherche, mais bien acteurs de leur propre recherche ; la méthode fait des participant-e-s des « chercheur-e-s » amené-e-s à s'interroger sur leurs pratiques et à se remettre en question à partir de situations concrètes qu'ils-elles ont vécues, des questions et des réactions qu'elles suscitent dans le groupe. À travers l'analyse commune ainsi menée, les dimensions centrales de la problématique étudiée, telles qu'elles émergent pour les participants, doivent apparaître. Les interprétations des uns et des autres interagissent et permettent de souligner les convergences, les divergences et les nœuds problématiques, à partir desquels sont dégagés divers enseignements. Les résultats de l'analyse en groupe sont donc le fruit d'un processus progressif de discussion et de production collective de connaissances. La démarche permet donc aux participants de s'approprier un bagage réflexif sur leur travail. La méthode d'analyse en groupe constitue une alternative intéressante aux méthodes classiques de recherche en sciences sociales et politiques.

Concrètement, des groupes d'une douzaine de personnes environ analysent collectivement des situations et expériences relatées par les participant-e-s eux-mêmes, selon un dispositif méthodologique précis et rigoureux piloté par des chercheur-e-s. Au cours de tours de table, chaque participant-e propose son interprétation de l'expérience analysée. Les convergences et les divergences entre les interprétations des participant-e-s sont systématiquement reprises dans un schéma de synthèse. À partir de ce schéma, participant-e-s et chercheur-e-s peuvent confronter leurs hypothèses et tentatives de problématisation. Celles-ci pourront être explorées et approfondies au fil de l'analyse collective des expériences et situations successivement étudiées. Au terme de ce processus, des perspectives pratiques sont généralement explorées et discutées. Fondées sur les analyses, elles peuvent prendre en compte la réalité des rapports de force et des processus sociaux, des contraintes et des possibilités institutionnelles, des intérêts et des systèmes de valeurs des uns et des autres. En cela, la MAG est aussi une méthode d'intervention et de recherche-action basée sur une conception non consensuelle de la vie sociale et politique, mais bien plutôt sur une dialectique de la coopération et du conflit.

Son dispositif précis favorise la réflexivité des participant-e-s qui sont appréhendé-e-s non pas de manière isolée et individualisée mais bien en tant qu'acteurs sociaux, engagés dans des rapports sociaux et des relations sociales avec d'autres acteurs dans des situations sociales et des arènes institutionnelles concrètes. C'est ce qui la distingue des méthodes de recherche conventionnelles en sciences politiques et sociales mais aussi des méthodes dites participatives (comme l'entretien de groupe ou le focus group) où l'analyse reste, au bout du compte, l'affaire

⁴³ Organisation des Paramédicaux des centres de Dialyse et de Transplantation – ASBL.

⁴⁴ Pour présenter la méthode d'analyse en groupe (MAG), nous nous inspirons largement de l'article suivant : VAN CAMPENHOUDT L., FRANSSSEN A. et CANTELLI F., « La méthode d'analyse en groupe », dans *Sociologies*, Théories et recherches, 2009. <http://sociologies.revues.org/2968>.

des seuls chercheur-e-s. C'est aussi ce qui lui confère sa valeur ajoutée, tant en termes de compréhension des phénomènes sociaux que de perspectives pour les acteurs eux-mêmes.⁴⁵

À l'issue de cette MAG, les mêmes discours que ceux des entretiens se sont retrouvés, voire plus virulents. La croyance comme quoi les générations ne travaillent pas de la même manière, et surtout selon laquelle les plus anciennes générations « savent mieux » grâce à leur expérience, s'est avérée terriblement ancrée. Pourtant, grâce à la MAG, certaines nuances ont pu être mises en évidence. En effet, l'histoire choisie, pour illustrer des soucis professionnels vécus avec une personne plus jeune (± 35 ans), a révélé certes des aspects générationnels, mais aussi des causes individuelles, relationnelles, institutionnelles, sectorielles et sociétales. Cette démarche a donc permis de confirmer l'importance des rapports d'âge et de générations au sein de la pratique infirmière, et de manière plus large de corroborer certains facteurs du malaise infirmier.

Pour résumer, voici un tableau récapitulatif et chronologique des différentes récoltes de sources qualitatives.

Tableau 9 – Tableau chronologique de la récolte des données qualitatives

Dates	Récolte
1 ^{er} au 30 août 2008	19 entretiens compréhensifs semi-directifs
29 mai 2012	Atelier d'une vingtaine de personnes, suite à une conférence plénière
17 octobre 2013	Méthode d'Analyse en Groupe, avec 21 participant-e-s

Ces trois sources de données qualitatives, les entretiens, l'atelier et la MAG, seront analysées ensemble dans la dernière partie de ce manuscrit, selon le cadre de Paugam explicité plus haut. Un chapitre portera sur le rapport à l'emploi, et trois autres sur les trois dimensions du rapport au travail : l'*homo œconomicus*, l'*homo sociologicus* et l'*homo faber*. L'atelier et la MAG nourriront davantage le chapitre sur l'*homo sociologicus*.

B. Première analyse catégorielle

Une première analyse catégorielle des discours a été préconisée en fonction des résultats de l'analyse quantitative, notamment en fonction des différents facteurs de malaise, comme l'axe de l'emploi (insécurité de l'emploi) et l'axe du travail. D'autres catégories, d'ordre plus sociodémographique et inspirées aussi de l'analyse statistique, sont également prises en compte, telles que la fonction actuelle, le temps de travail, l'expérience dans le secteur des soins de santé (années, différentes institutions, différents services, différentes fonctions, etc.), la situation familiale, la manière de consacrer du temps à sa famille, à ses amis/proches, pour soi, l'organisation interne au service ou à l'institution de soins, etc. (voir Annexe I.1 – Guide d'entretien).

« L'idée centrale étant qu'à travers les pratiques, on peut commencer à comprendre les *contextes sociaux* au sein desquels elles se sont inscrites et qu'elles contribuent à reproduire ou à transformer » (Bertaux, 2005, p. 13). Il s'agit donc, à travers l'analyse diachronique, « c'est-à-dire la succession temporelle des événements » (Bertaux, 2005, p. 72), de chacun des récits et l'analyse comparative des récits entre eux, de se centrer sur les pratiques récurrentes qui

⁴⁵ Pour davantage de précisions quant à la Méthode d'Analyse en Groupe, voir Annexe I.2 – Méthode d'Analyse en Groupe ou MAG.

aideront à mieux saisir certains mécanismes sociaux. Il importe, dans cette démarche, de « dépasser l'ethnocentrisme » (Paugam, 2010) et de ne pas prendre le malaise infirmier pour acquis, mais bien comme objet d'investigation et « d'ouvrir la recherche au *sens* que les individus [peuvent] donner de leur expérience ainsi qu'aux représentations » (Paugam, 2010, p. 363) du fait d'être infirmier-ère.

L'analyse catégorielle a donc consisté en des allers-retours systématiques et rigoureux entre les catégories de départ (issus de l'enquête quantitative) et les entretiens, amenant des précisions dans certaines catégories, ou forçant l'analyse à s'étoffer. Au final, alors que nous avions 11 indicateurs de malaise dans l'analyse statistique, 44 catégories ont été créées dans l'analyse catégorielle des discours récoltés (voir Tableau 10).

Tableau 10 – Catégories d'analyse issues des entretiens

1-Rapport à l'Institution	2-Intersectionnalité	3-Macrosociologique
1.1 Constitutif du métier infirmier	2.1 Rapport d'Âges	3.1 Gestion de la polycentralité-pluralité (voir modèle à 2 axes)
1.1.1 Intermédiation culturelle	2.1.1 Conflits	3.1.1 Place du travail
1.1.2 Pénurie de main-d'œuvre	2.1.2 Entraide	3.1.2 Place de la famille
1.1.3 Manque de reconnaissance (respect, fierté, salaire) de soi-même, des patients, de l'hosto (direction, chef infirmier, autres infirmiers...)	2.2 Rapport de Classes	3.1.3 Conciliation vies familiale et professionnelle
1.1.4 Manque de care (car plus de cure: les avancées médicales requièrent plus de techniques, donc il faut plus d'adaptation à ces techniques, au détriment du "care intuitif")	2.2.1 Avec les médecins	3.1.4 Polycentralité (travail, famille, social, artistique, culturelle...)
1.1.5 Départs anticipés (car dur métier sur le long terme)	2.2.2 Avec la direction du nursing	3.1.5 Que faire pendant la DT?
1.1.6 Difficultés inhérentes au service	2.2.3 Avec le/la chef-infirmier-ère	3.2 Ethos/valeurs du travail (pour être un "bon" infirmier, il faut...) - Finalité du travail
1.1.7 Métier ou Profession	2.2.4 Avec le personnel paramédical (aide-soignants, kinés, psy, etc.)	3.2.1 Amour du travail
1.1.8 Horaires	2.2.5 Avec le personnel non (para-)médical	3.2.2 Le travail en équipe d'abord, ambiance de travail
1.2 Hôpital	2.2.6 Avec les patient-e-s	3.2.3 Le patient d'abord
1.2.1 Formations	2.2.7 Avec les autres infirmiers-ères	3.2.4 Rester dans la pratique
1.2.2 Les DT & primes	2.3 Rapport de Genre	3.2.5 Temps plein ou temps partiel
1.2.3 Les fins de carrière		3.2.6 Etre exigeant, motivé, vaillant, travailleur
1.2.4 Intensification des charges, pénibilités (+ lourd, + stressant, - d'avantages)	2.4 Rapport de "Races" ou d'origine ethnique	3.2.7 Avoir de l'humour
1.2.5 Rôle des syndicats	2.4.1 Dans UE	3.2.8 Divers (horaires)
1.2.6 Gestion de la pénurie de main-d'œuvre (gestion des volantes, de l'engagement)	2.4.2 Hors UE	3.3 Gestion de l'âge
1.2.7 Horaires (hosto)		3.3.1 Âge et couple
1.2.8 Politique interne		3.3.2 Âge et récupération physique
		3.3.3 Âge et caractère (ou rapports sociaux)

Dans un premier temps, nous avons placé, pour chaque entretien, au fur et à mesure de l'analyse, des extraits dans chacune des catégories. Si bien que, concrètement, une feuille Excel est construite pour chaque personne interrogée de la manière suivante : une première colonne reprend toutes les catégories de la grille et la deuxième colonne rassemble tous les extraits s'y référant, comme dans l'exemple ci-dessous (voir Tableau 11).

Tableau 11 – Analyse catégorielle par entretien

3-Carole	
Age	50 ans
Milieu	Rural
Service	Pédiatrie
Expérience	A commencé en septembre 79 dans le même hôpital. 10 ans en réanimation cardiaque (1979-1989) (4 ans temps plein, puis mi-temps) Qqes années de suivi en médecine, convalescence de cardiaques (1989-1995) 1 an de pause carrière (1995-1996) 12 ans en pédiatrie (1996-...)
Temps de travail	à 50%
Aménagement	DT (mais pas clair)
1-Rapport à l'institution	Il faut trouver sa place d'intermédiaire: "J'ai dû vraiment apprendre à travailler dans le triangle parents, enfant et les infirmières, ça j'ai eu du mal au début à trouver la bonne place. (...) Il a vraiment fallu que je trouve la bonne place." Selon elle, pour attirer les plus jeunes, il faut un plus grand salaire: "peut-être qu'à un moment donné ça va coïncider au niveau des infirmières, y en a pas tant que ça qui arrivent sur le marché, je sais pas, je me dis à un moment donné il va y avoir un déséquilibre. (...) Mais si on ramène ça simplement au niveau financier, moi je pense que si j'étais mieux payée, si ma profession était un petit peu plus payée, sans avoir accès à des, parce que 150 euros en plus par mois, on ne fait pas fortune avec ça. Et je trouve quand même que le métier n'est quand même pas très bien payé par chez nous, (...) je pense que ça amènerait plus de jeunes dans la profession aussi. Ça les attirerait sûrement un petit peu plus, parce que quand on voit tous ces [départs] vers le Grand-Duché, euh, c'est quand même attractif, quoi. Surtout quand ils n'ont pas encore construit de nid de famille, ni tout ça, ils peuvent franchement faire ça deux, trois ans, c'est déjà des jeunes qu'on perd dès le départ. (...) Le travail de nuit n'est pas si bien payé que ça, moi je trouve non plus, donc faut quand même être vigilant, c'est beaucoup d'heures d'affilée aussi, hein."
1.1 Constitutif du métier infirmier	
1.1.1 Inter médiation culturelle	
<i>Trouver sa place "entre"</i>	
1.1.3 Manque de reconnaissance	
\$\$\$	
1.2 Hôpital	Elle n'a pas été au courant à ses 45 ans des aménagements de fin de carrière. Elle l'a appris par hasard, par sa sœur qui est aide-soignante: "Ah c'est ma sœur parce que moi à l'hôpital, jamais entendu parlé de ça alors que ça existait." Elle avait donc + de 45 ans quand elle en a bénéficié: "parce que j'ai commencé ça quand ? C'est la quatrième année, je crois, qu'elle prend effet. [elle a 50 ans]" Ses collègues n'étaient pas au courant non plus: "ça ne se savait pas, on nous dit qu'ici y avait ça en catimini, quoi!" Puis, elle a quand même reçu l'info à 50 ans: "Là, je dirais que le fait que j'arrive à 50 ans, c'est que la prime peut doubler, enfin là on a reçu un courrier, tout... à la maison, tout a été, oui."
1.2.2 Les DT & primes	
<i>Info mal passée à l'hôpital</i>	

Dans un deuxième temps, nous avons rassemblé tous les extraits par catégorie. Pour chacune des 44 catégories, d'autres feuilles Excel ont alors été remplies avec tous les extraits des personnes interrogées (voir Tableau 12).

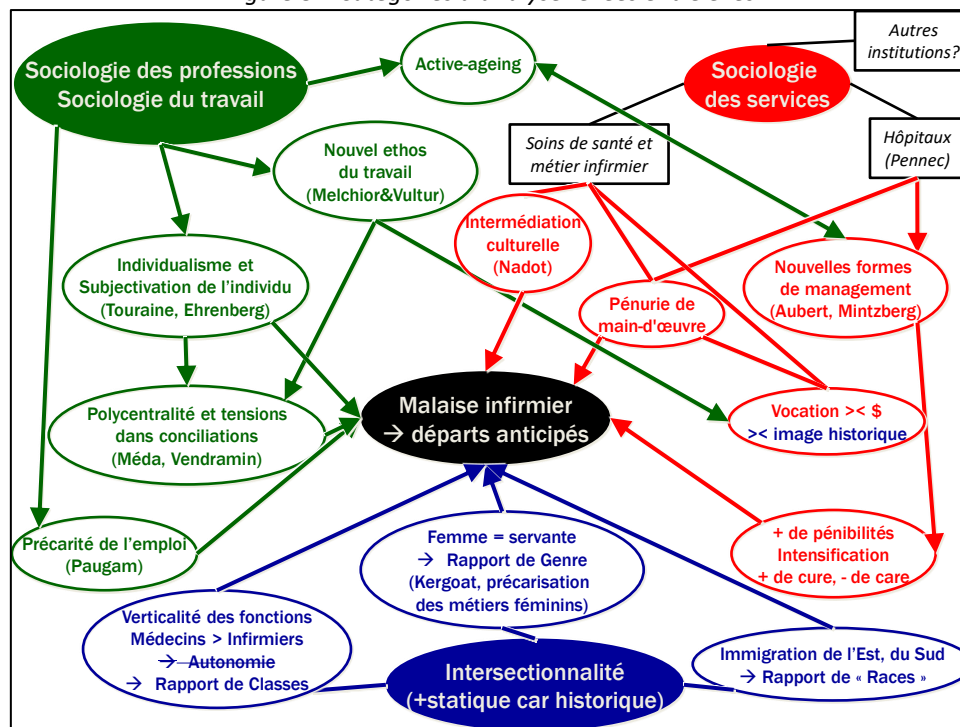
Tableau 12 – Analyse catégorielle par catégorie

1-Rapport à l'institution				
1.1 Constitutif du métier infirmier				
1.1.1 Inter médiation culturelle				
1	Agnès	56 ans	Chef & infirmière	Elle a travaillé comme les autres infirmières, même si elle était considérée comme responsable du service, et ce jusque fin des années 90: "Mais dans les premières années, jusqu'à, je dirais jusque fin des années 90, ben, j'étais infirmière resp...chef, mais bon, en faisant tout à fait la même chose que les autres, bon, je faisais les horaires en plus, et puis quelques statistiques en plus, etc."
				Elle travaille encore de temps en temps "comme infirmière": "quand l'équipe est suffisamment complète, je me retire de l'équipe pour faire tout ce que j'ai à faire en dehors, donc ça ne manque pas, et ben, par exemple, pendant les vacances, la quinzaine passée, j'ai fait mon boulot d'infirmière aussi, donc tout à fait aller vers les gens..."
				Quand je demande combien ils sont dans l'équipe, elle se compte dedans.
			Horaires flexibles	En tant que chef, elle a un horaire adaptable ou flexible, qui chevauche les deux pauses infirmières: "Et moi je fais un horaire qui chevauche les deux. De 9h, comme aujourd'hui par exemple, ça c'est mon horaire le plus souvent, habituel, de 9h, logiquement jusque (...) 16h36, mais il est d'habitude beaucoup plus. Oui, parce que j'arrive jamais à terminer ce que je dois faire. (rire)"
				Elle avait les mêmes horaires que les autres infirmières jusque 2003 (où plus de tâches administratives de chef): "jusqu'à l'année 2003, j'ai fait l'horaire exactement comme les autres filles, euh, du service, donc je faisais un samedi sur deux, deux après-midi comme les autres, etc. Nous en dialyse, on ne fait jamais de dimanche, ni de nuit, hein. (...) donc j'étais de garde avec elles aussi, donc voilà. Mais depuis lors, non."
3	Carole	49 ans	Trouver sa place "entre"	Il faut trouver sa place d'intermédiaire: "J'ai dû vraiment apprendre à travailler dans le triangle parents, enfant et les infirmières, ça j'ai eu du mal au début à trouver la bonne place. (...) Il a vraiment fallu que je trouve la bonne place."
4	Denise	51 ans	Restrictions de personnel	Au début de sa carrière de chef de service, elle commençait à 8h, puis après les restrictions de l'hôpital, <u>elle a dû cumuler les deux fonctions</u> et commencer plus tôt: "Alors, au bout d'un certain temps, y a eu un petit peu des restrictions de personnel suite à des, à des congés de maternité qui ne savaient pas être remplacés dans, enfin, tout de suite ou pas, si bien que j'ai senti que mon boulot était plus important vraiment en me mettant plus dans l'équipe, donc j'ai commencé à 7h du matin, à ce moment-là."
			70% chef, 30% infirmière	Jusqu'il y a 2 ans, elle travaillait + comme infirmière, puis son équipe lui a demandé de faire + son boulot de chef: "Je vais dire que voilà deux ans à peu près, euh, je peux dire que je faisais, j'allais à du 60% auprès des patients et du 40% au niveau administratif. Mais la demande de l'équipe a été que je me décolle un peu plus du travail infirmier pour faire davantage mon, comment je vais dire, mon boulot de chef, c'est-à-dire que euh un moment donné pour un petit peu les dégager de leur boulot d'infirmière, je m'octroyais également des soins et tout ça, si bien que je n'arrivais plus à faire le tour avec les pédiatres (...) et parfois y avait, ça plaisait bien à mes collègues, mais au moment du rapport infirmier, y avait parfois des informations qui, que les pédiatres (...) disaient aux parents oralement et ne notaient pas toujours systématiquement dans les dossiers, mais c'était pas des choses de traitement mais c'était plutôt un avis de sortie, des petites choses qu'on ne note pas mais qu'on discute avec les parents et qui sont parfois importantes pour nous autres infirmières de savoir. Alors elles m'ont dit « écoute, euh, détache-toi plus, euh, refais le tour et tout ça et euh, occupe-toi plus des dossiers », et c'est vrai que maintenant je le fais et c'est vrai que je trouve que les informations au rapport infirmier sont plus complètes parce que je fais le tour et que parfois les parents viennent nous dire, euh « oh, mais le pédiatre m'a dit ça » et étant donné que j'ai fait le tour, je dis « ah non, non, vous n'avez pas bien compris, ce n'est pas ça ». (...) Donc maintenant, à l'heure actuelle, je vais dire que je fais allez du 30% auprès des patients, vraiment du soin, et 70 de mon boulot de chef."

Pour la plupart des catégories dont les extraits sont nombreux (plusieurs pages), une analyse globaliste, de style « *mind mapping* », a été opérée, afin de déceler les points forts et récurrents (positifs comme négatifs), les similitudes et les divergences entre les discours. Cette minutieuse et méthodique analyse a permis alors l'écriture des lignes de tension par thème ou catégorie d'analyse.

Toutes ces catégories éclatées étaient relativement indigestes à présenter, il fallait donc tâcher de les rassembler dans un modèle ou dans un cadre plus aisé à lire ou retenir pour le lecteur. C'est pour cela que les éléments du tableau ci-dessus (Tableau 10) ont d'abord été réorganisés selon un cadre présentant les relations entre catégories, comme dans la figure suivante (Figure 8).

Figure 8 – Catégories d'analyse reliées entre elles



C. Rencontre entre des premiers résultats, un cadre et l'histoire des infirmiers-ères

Même si les premiers résultats de nos travaux avaient porté sur des modèles professionnels générationnels (voir CHAPITRE 8 – *Homo sociologicus*), la thèse principale de cette recherche n'était pas encore trouvée et les catégories d'analyse ne semblaient pas satisfaisantes. C'est en explorant l'histoire du métier infirmier en Belgique, parallèlement à l'analyse des résultats, qu'une évidence a surgi : la plupart des facteurs organisés selon le cadre théorique de Paugam se retrouvaient déjà, sinon à l'aube du métier infirmier, du moins au XVIII^{ème} siècle. Même s'il évolue, se transforme ou s'exprime différemment, le malaise infirmier n'est pas nouveau et semble faire partie intégrante de l'histoire-même du métier infirmier et de sa construction.

En effet, si l'on tâche de réorganiser nos connaissances historiques décrites dans le premier chapitre en fonction du cadre théorique de Paugam, il est alors possible de repérer les mêmes facteurs de malaise, déjà présents lors de la création du métier au XIX^{ème} siècle : le travail en sous-effectifs, l'insatisfaction financière, le manque de reconnaissance dans différentes relations humaines et une charge de travail intensive. Autrement dit, on y retrouve les quatre grandes

dimensions de Paugam : la sécurité de l'emploi, l'*homo œconomicus*, l'*homo sociologicus*, et l'*homo faber*.

Il est donc effarant de s'apercevoir que tous les indicateurs du malaise infirmier, ou presque, repérés dans le cadre de Paugam, existent depuis des décennies, voire des siècles. Les infirmiers-ères seraient-ils-elles alors en malaise professionnel depuis toujours ? Le malaise serait-il alors constitutif ou nécessaire à l'identité infirmière ? Les infirmiers-ères sont-ils-elles voué-e-s à ne jamais sortir de ce malaise ? Dans une société en perpétuelle mutation, comment comprendre cette inertie sociale ? Les (in)satisfactions professionnelles traversent-elles le temps sans prendre une ride ? Faut-il attendre d'autres décennies, voire des siècles, pour obtenir de réels changements de normes ? Il est vrai que l'histoire du métier infirmier reste prépondérante : toute une série de facteurs dits « constitutifs » du malaise existent depuis bien longtemps et semblent très résistants au changement. Le malaise professionnel des infirmiers-ères n'est donc pas neuf. Monneuse traite également d'un malaise des cadres congénital ou persistant depuis l'origine : « l'expression "malaise des cadres" (...) semble consubstantielle à l'existence de ce groupe professionnel. (...) Il est encore possible d'envisager ce malaise comme inhérent au statut de cadre » (2014, pp. 8-9). À l'instar des cadres, c'est comme si le malaise professionnel, ou du moins une grande partie de ce malaise, constituait l'identité infirmière. La genèse infirmière nous a bien montré que le malaise est intrinsèquement imbriqué dans la création de la profession.

Si le malaise appartient à l'identité professionnelle des infirmiers-ères, en quoi est-ce alors important ou innovant d'en parler aujourd'hui ? Qu'est-ce qui fait que le malaise est plus décrié, s'il a toujours existé ? Nous l'avons vu, le malaise infirmier est plus relaté dans les médias, la politique ou la littérature scientifique. Le malaise était-il alors mieux toléré au siècle passé ou serait-il plus fort qu'avant ? Est-ce le ressenti ou l'expression de ce malaise qui serait propre à notre société contemporaine ? Existe-t-il quelque chose de neuf finalement dans ce malaise ? S'il s'agit de facteurs nouveaux qui s'ajoutent au malaise existant, quelle est leur part de responsabilité dans le malaise infirmier ?

Selon Ehrenberg (2012), le malaise désignerait une sorte de souffrance, dans une société en mutation, engendrant une quête de santé mentale et deviendrait un nouveau trait constitutif de nos sociétés actuelles. Si certains éléments du malaise semblent indéniablement constitutifs ou presque identitaires, il est aussi vrai que d'autres se sont modifiés. Le malaise ici prendrait alors un double sens : d'une part, des éléments historiques contribueraient à une forme de malaise innomé comme tel, ancien et récurrent, et, d'autre part, des nouveaux éléments contribueraient à une forme de malaise affirmé, contemporain et nouveau. On serait donc face à la fois à des facteurs constitutifs ou historiques et à des nouveaux facteurs de malaise. Selon nos analyses et observations, il semblerait bien que certaines parties de ce malaise datent seulement de quelques décennies. Et ce sont ces nouveaux facteurs qui exacerberaient le malaise déjà présent. Si les facteurs du malaise constitutif sont, sinon acceptés, du moins subis avec résignation, les facteurs du nouveau malaise le sont beaucoup moins et provoquent plutôt une certaine virulence.

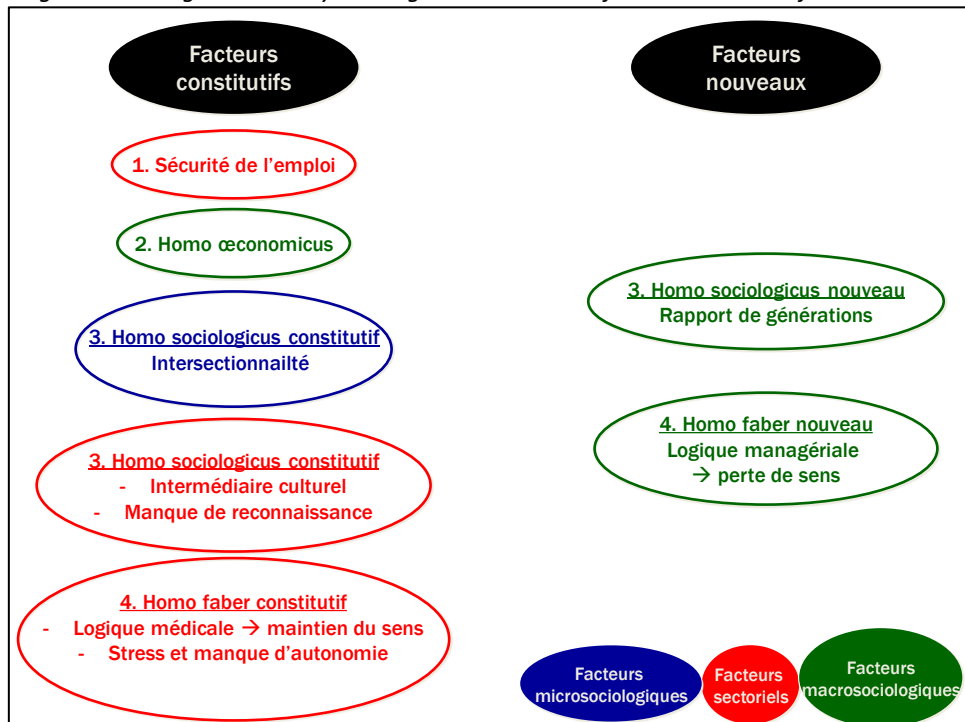
Comment alors différencier ces nouveaux facteurs de malaise s'ils sont entremêlés avec les anciens ? C'est en analysant les discours des infirmiers-ères interrogé-e-s sur leurs conditions de travail qu'il a été possible non seulement de retrouver les mêmes facteurs de malaise constitutifs, mais aussi de déceler des éléments nouveaux. D'abord, au sein de l'*homo sociologicus* et de l'*homo faber*, certains facteurs ne semblent pas intemporels, mais sont plutôt ancrés dans notre époque contemporaine. Ensuite, par rapport à ces facteurs nouveaux, les infirmiers-ères interrogé-e-s se montrent plus intolérant-e-s et réfractaires que par rapport aux facteurs constitutifs. Leurs réactions semblent aussi davantage collectives qu'individuelles. Par

rapport aux facteurs constitutifs, les protagonistes s'expriment plutôt dans une forme de tolérance résignée, dont les stratégies de *coping* (Poisson, Alderson, Caux, & Brault, 2014) se développent individuellement. Par contre, par rapport aux nouveaux facteurs, les répondant-e-s de l'enquête démontrent une résistance forte, dont les réactions et les ébauches de stratégies s'organisent collectivement. Les différents facteurs de malaise issus de la théorie de Paugam peuvent alors se structurer selon ces deux nouvelles familles de facteurs : les constitutifs et les nouveaux.

D. Analyse à travers un cadre nourri et situé

Nos 44 catégories d'analyse se devaient donc d'être simplifiées et réorganisées. Il est devenu évident de ramener toutes ces catégories dans un cadre plus holistique et compréhensif, selon les deux axes de l'emploi (sécurité de l'emploi et perspectives de promotion) et du travail (*homo œconomicus*, *homo sociologicus*, *homo faber*), étudiés au tout départ de la recherche (voir Figure 9). De plus, la distinction entre les facteurs constitutifs et nouveaux du malaise infirmier a amené, au cadre de Paugam, une finesse spécifique au métier infirmier.

Figure 9 – Catégories d'analyse réorganisées selon les facteurs constitutifs et nouveaux



Toutes les premières catégories d'analyse et tous les extraits ont donc été réorganisés selon le cadre initial de Paugam (voir Tableau 13). Les différentes couleurs correspondent aux concepts utilisés par Paugam.

Tableau 13 – Réorganisation des catégories d'analyse selon les facteurs de malaise

1-Rapport à l'Institution	Facteurs constitutifs	Facteurs nouveaux
1.1 Constitutif du métier infirmier	1. Sécurité de l'emploi Stratégie/Compensation: travail à la carte	
1.1.1 Inter médiation culturelle	2. <i>Homo œconomicus</i> Stratégie/Compensation: primes, aménagements	
1.1.2 Pénurie de main-d'œuvre	3. <i>Homo sociologicus</i>	
1.1.3 Manque de reconnaissance	Manque de reconnaissance Intermédiaire culturel Intersectionnalité	Rapport de générations
Financière	Stratégie/Compensation	
Institutionnelle et relationnelle	Reconnaissance	Se regrouper par génération, socialiser les plus jeunes aux normes dominantes
1.1.4 Manque de care (car plus de cure)	4. <i>Homo faber</i>	
1.1.5 Départs anticipés	Intensification à travers les avancées médicales	Intensification à travers les changements managériaux
1.1.6 Difficultés inhérentes au service	Stratégie/Compensation: maintien du care	
1.2 Hôpital	Maintien du care	Résister car absence de care
1.2.1 Formations		
1.2.2 Les DT & primes		
1.2.3 Les fins de carrière		
1.2.4 Intensification des charges, pénibilités		
1.2.5 Rôle des syndicats		
1.2.6 Gestion de la pénurie de main-d'œuvre		
1.2.7 Horaires (hosto)		
2-Intersectionnalité		
2.1 Rapport d'Âges		
2.2 Rapport de Classes		
2.3 Rapport de Genre		
2.4 Rapport de "Races" ou d'origine ethnique		
3-Macrosociologique		
3.1 Gestion de la polycentralité-pluralité		
3.2 Ethos/valeurs du travail (pour être un "bon" infirmier, il faut...)		
3.3 Gestion de l'âge		

Il a d'abord fallu se perdre dans les méandres des détails de l'analyse catégorielle, jusqu'à en oublier le cadre initial, pour ensuite retrouver son chemin vers une structure plus robuste. C'est grâce à cette réorganisation que l'histoire de cette thèse a pris forme finale et est devenue plus facilement organisable et dicible. Le tableau suivant (Tableau 14) reprend à nouveau la nouvelle organisation des facteurs du malaise infirmier, agrémenté des stratégies individuelles ou collectives correspondantes. C'est selon ce nouveau cadre d'analyse que les matériaux qualitatifs seront présentés dans la troisième partie.

Tableau 14 – Tableau récapitulatif des facteurs de malaise et de leurs stratégies

Facteurs de malaise		Compensations/Stratégies	Type de compensation/stratégie
Constitutifs	Nouveaux		
1. Sécurité de l'emploi Pénurie de main-d'œuvre → travail en sous-effectif	/	Travail à la carte	Compensation individuelle
2. <i>Homo œconomicus</i>	/	Primes de pauses, de gardes, de week-ends, aménagements de fin de carrière, congés de maternité, etc.	Compensation individuelle
3. <i>Homo sociologicus</i> Intermédiaire culturel et intersectionnalité → manque de reconnaissance	/	Reconnaissance dans certaines relations, à certains moments	Compensation individuelle
/	3. <i>Homo sociologicus</i> Rapport de Générations → choc d' <i>ethos</i> générationnels	Résistance : se regrouper par groupe générationnel pour mieux exclure les autres groupes ou socialiser les nouveaux petit à petit	Résistance collective (chacun dans son groupe générationnel) et normative ("charte" ou commandements du bon infirmier, de la bonne infirmière)
4. <i>Homo faber</i> Avancées médicales → intensification du travail Stress et manque d'autonomie constants	/	Sens et logique de <i>care</i> maintenue	Justification individuelle et collective (la logique médicale fait partie de la "charte")
/	4. <i>Homo faber</i> Changements managériaux → intensification du travail → stress accentué et manque d'autonomie Changements de mentalité des (im)patient-e-s	Résistance car manque de sens dans la logique gestionnaire	Résistance collective et normative (car la logique gestionnaire ne sert pas la "charte")

3. Réflexivité méthodologique

Il va de soi que ces deux parties empiriques ne demeurent pas indépendantes. L'intérêt réside justement dans l'articulation des deux méthodes utilisées afin de répondre au mieux à la question du malaise infirmier. « L'opposition entre " quanti " et " quali " n'a que peu de raisons d'être, voire, mieux, (...) il peut être enthousiasmant et profitable de tenter (...) d'articuler les deux approches. (...) Articuler les approches revient à s'exercer à porter un double regard sur le matériau empirique, gymnastique intellectuelle génératrice de distance critique. Et cette distance s'avère utile pour situer les méthodes dans un environnement intellectuel spécifique et borné » (Lemercier, Ollivier, & Zalc, 2013, pp. 126-127).

En effet, pour répondre à la question du malaise infirmier, les statistiques nous offrent un tableau précis de différents facteurs de malaise jouant sur la volonté de quitter son emploi avant l'âge de la pension. Ces analyses quantitatives restent confinées dans un cadre hypothético-déductif, car c'est notamment grâce au cadre théorique de Paugam que nous avons pu créer les différents indicateurs de malaise. Même si leur création s'appuyait bien évidemment aussi sur les données secondaires à notre disposition, les analyses ont répondu à nos hypothèses de départ, sans vraiment ébranler le cadre théorique de base. On peut donc affirmer que la partie quantitative correspond à une partie de recherche complètement hypothético-déductive : c'est la cadre théorique de Paugam qui nous a aidés à créer ces indicateurs de malaise.

Forts de ces enseignements, il a semblé intéressant de peaufiner la compréhension de ces facteurs de malaise en interrogeant directement les infirmiers-ères. Cette démarche de récolte s'insère à nouveau dans un cadre hypothético-déductif. Les informations recueillies ont non seulement corroboré les résultats quantitatifs, mais elles ont aussi amené un niveau de compréhension nouveau. Même le fil du propos s'est quelque peu perdu dans les détails de l'analyse catégorielle, au point d'en oublier presque le cadre théorique de Paugam, c'est ce dernier qui a aidé à retrouver la route de la simplicité et de la structure. C'est aussi grâce à ce détour, grâce à de nouvelles lunettes, que le cadre théorique a pu être lu autrement, jusqu'à être modifié ou adapté au sujet.

Effectivement, grâce à l'étude de l'historique du métier infirmier, qui se faisait en parallèle, et grâce aux différentes réactions des interrogé-e-s par rapport aux divers facteurs de malaise, l'enseignement sur le terrain a été double. D'abord, on a pu approfondir chacun des facteurs. Ensuite, en prenant du recul nous avons pu rassembler les facteurs analysés en deux grandes catégories : les facteurs constitutifs du métier infirmier et les nouveaux facteurs. Cette distinction entre facteurs nous a permis de comprendre davantage le malaise, grâce à un nouveau filtre. Dans la partie statistique, le malaise se situait plus, ou moins, au sein de certains facteurs. Il s'agissait presque de les hiérarchiser et de mesurer le poids relatif de chacun. La démarche qualitative, tout en détaillant davantage les facteurs de malaise, nous a mis face à une nouvelle évidence : certains facteurs de malaise ont toujours existé, mais des stratégies de compensation ou de résignation ont pu être créées au fil du temps, alors que de nouveaux facteurs sont à l'œuvre, pour lesquels le temps n'a pas encore pu offrir de stratégies adéquates. Le malaise ne se situerait pas plutôt dans l'un ou l'autre facteur, mais dans le cumul ou l'intégration de facteurs supplémentaires jugés illégitimes, usurpatoires ou insensés. Comme si certains facteurs pouvaient exister, mais d'autres pas. Comme si, parce que le temps et l'histoire le prouvent, rien ne pouvait être fait collectivement pour contrer certains facteurs de malaise. Une forme de résignation individuelle semble alors de mise, comme si ces facteurs, presque nécessaires à l'identité professionnelle, devenaient la norme. Par contre, si les infirmiers-ères se sont habitué-e-s à ces facteurs de malaise constitutifs, il n'en demeure pas moins difficile de les supporter ; la résignation individuelle s'accompagne alors d'une plainte assourdie. Si de

nouvelles circonstances ou conditions viennent enrayer le paysage professionnel, là, le malaise se fait encore plus grand et gâche considérablement le sens premier du métier. Il ne s'agit plus de résignation individuelle, mais plutôt d'une forte résistance collective.

Une des originalités dans cette thèse, au-delà de la compréhension du malaise infirmier, est d'utiliser deux méthodes complémentaires pour étudier un phénomène social. Nous verrons à quel point, pour étudier le malaise infirmier, les deux méthodes étaient nécessaires. Ici, les deux méthodes ont nourri ensemble des aspects différents de la compréhension d'un phénomène social. Appréhender le malaise infirmier uniquement via une base de données statistiques ou uniquement via une salve d'entretiens compréhensifs aurait été lacunaire. Après s'être penchés sur les divergences parfois antinomiques des deux méthodes, il sera important de s'interroger sur l'intérêt de la complémentarité de ces méthodes.

A. Risques d'utiliser des méthodes différentes

Le risque d'utiliser deux méthodes d'origines ou d'obédiences disciplinaires différentes pourrait mener à une éventuelle « schizophrénie méthodologique », ou à un flottement disciplinaire. En effet, utiliser à la fois des statistiques et des entretiens, c'est comme si deux idéologies différentes s'entrecroisaient ou essayaient de collaborer.

A priori, on part d'abord d'une méthodologie hypothético-déductive, avec l'analyse statistique, où peu de surprises se révèlent. On cherche à corroborer ses hypothèses et on ne fait « que » les alimenter ou leur donner de la chair. Aussi, présenter des résultats quantitatifs suit toujours un protocole normatif : un cadre théorique, des hypothèses et un schéma causal de départ, l'analyse univariée, bivariée et multivariée. L'inférence est aussi presque toujours de mise pour valider la scientificité statistique.

Dans la partie qualitative, même si on a des hypothèses et un cadre théorique derrière, les réponses des interrogé-e-s peuvent tout de même amener des nouvelles informations auxquelles on n'avait pas pensé. Par là, même si on part d'une démarche déductive, une forme de sortie de route nous rattrape. Il est primordial donc de rester ouvert à ces « surprises du terrain ». Aussi, contrairement aux statistiques, il n'y a pas vraiment de protocole méthodologique à suivre pour présenter ses résultats : bien souvent, on les présente selon le cadre théorique de départ auquel les données répondent. Donc, de prime abord, ces deux méthodes semblent presque contradictoires, or elles se ressemblent plus qu'on ne le pense.

En effet, d'une part, la démarche qualitative est rarement purement intuitive : il est assez rare, en sociologie, d'arriver complètement vierge d'informations sur un terrain d'enquête. En général, tout ou partie de la revue de la littérature a déjà été faite et des recherches exploratoires ont été réalisées pour affiner l'objet d'étude. De même, pour créer un guide d'entretien, par exemple, l'objet et certaines hypothèses ont déjà été définies, soutenues par l'une ou l'autre théorie. De plus, nous l'avons vu, sans cadre et sans structure, il est quasiment impossible de rendre intelligible la masse d'informations que le matériau qualitatif nous procure.

D'autre part, la démarche quantitative n'est pas aussi figée qu'elle le laisse penser. Bien sûr, l'induction n'est pas vraiment de mise en statistique, les surprises ne sont pas flagrantes et résident principalement dans la significativité ou non des résultats. Il est évident que, face à une base de données de plusieurs milliers de personnes composée de plusieurs centaines de variables, il serait impensable de réaliser toutes les analyses possibles pour « laisser parler les données ». Il est donc nécessaire, dans un souci de faisabilité, d'établir un canevas d'analyse, qui, bien souvent, est déjà pensé avant même la récolte de données. Pour établir ce canevas, toute une série de choix doivent s'opérer. C'est là que réside le savoir-faire d'un-e chercheur-e. Les analyses statistiques ne vont pas de soi et il ne suffit pas « d'appuyer sur un bouton » pour

obtenir tous les résultats attendus. En dehors de la récolte de données, qui requiert de nombreuses étapes en vue d'une représentativité de l'échantillon, l'analyse n'est pas univoque. Avec une même base de données et une même question de départ, plusieurs chercheur-e-s pourraient obtenir plusieurs thèses de doctorat. Le-la chercheur-e peut choisir son cadre théorique, ses hypothèses, ses concepts, et l'une ou l'autre technique pour opérationnaliser le tout. Il existe donc une forme de libre arbitre méthodologique pour créer son canevas d'analyse, qui n'est pas déterminé une fois pour toutes, ni par un modèle théorique, ni encore moins par la base de données.

Pour créer les indicateurs synthétiques dans la deuxième partie, toutes les étapes seront minutieusement présentées et justifiées, mais leur contingence saute aux yeux. Il est évident qu'un-e autre chercheur-e, même avec la théorie de Paugam, aurait pu opérationnaliser ces indicateurs autrement, ne fut-ce que dans le choix des variables de base composant les indicateurs, ou encore dans les regroupements des modalités. Ce qui fait science dans la démarche, c'est la clarté dans l'explication des techniques statistiques utilisées. La scientificité ne réside pas en soi dans le chiffre, mais bien dans la transparence des questions et des choix opérationnels en amont. Si l'induction n'est pas de mise dans les analyses quantitatives, l'impérialisme du chiffre non plus. L'idée préconçue, selon laquelle le chiffre fait loi, oublie l'humain derrière qui « interroge les chiffres ». Le-la chercheur-e doit donc se situer non seulement face aux personnes interrogées, dans la démarche qualitative, mais aussi face aux techniques statistiques auxquelles il a recours, dans la démarche quantitative. Si la parfaite neutralité des chercheur-e-s est impossible à atteindre lors d'un entretien *de visu*, elle ne l'est pas moins lors de l'analyse d'une base de données statistique. Le-la chercheur-e doit faire preuve de réflexivité par rapport à l'impact direct qu'il peut avoir lors de la récolte de données qualitatives, mais aussi par rapport aux choix opérés dans l'analyse statistique. Si l'impact du-de la chercheur-e ne se situe pas au même endroit, c'est dans l'explication précise de ses interventions que la scientificité émergera, peu importe la démarche utilisée.

Néanmoins, forts de cet enseignement quelque peu trivial en sciences sociales finalement, nous ne pouvons que constater avec quelle puissance le chiffre impose une suprématie dans la recherche scientifique. Ou plutôt avec quelle force le chiffre est récupéré par le monde de la recherche pour faire loi. Si l'on est convaincu par l'hégémonie de la statistique – ou d'une méthode dite plus qualitative – c'est que l'on a perdu de vue l'humilité et la prise de recul nécessaire à toute science. Si une méthode amène des informations similaires et différentes à la fois d'une autre méthode, autrement dit si ces méthodes se complètent, le ou la chercheur-e en sciences sociales se doit d'utiliser les deux pour optimiser la compréhension et l'explication de son objet social.

« Quand ils présentent leur travail, les scientifiques ne communiquent ainsi que leurs résultats, fin de la discussion. Une déformation tout à fait commode pour eux, mais qui n'a plus de sens, car, depuis vingt ans, tous les résultats scientifiques sont sujets à controverse, du nucléaire au gaz de schiste, du thon rouge aux OGM, etc. Il faut donc choisir : suivre le discours officiel, qui met en avant la Raison avec un grand "R", ou bien souligner l'importance dans les sciences (avec un petit "s") de tout ce qui entre en jeu dans la fabrication de l'objectivité. (...) Sauf qu'il n'y a pas de fondements indiscutables : il n'y a que des vérités spécifiques à chaque domaine d'expérience » (Latour, 2012, pp. 2-3).

Le risque, lorsque l'on utilise les statistiques peut parfois être de moins justifier ses choix, comme si le chiffre constituait à lui seul un argument d'autorité. « Dans le contexte actuel d'une évaluation scientifique essentiellement quantitative (...) la rigueur scientifique est souvent confondue avec certains champs scientifiques des sciences dites "dures" et/ou mathématiques. (...) La production de connaissances fondées sur des outils de recherche qualitatifs (...) fait

d'emblée l'objet d'une certaine disqualification, comme si la représentation du monde dont la démarche scientifique est censée rendre compte ne pouvait relever que d'un modèle mathématique. Cette opposition " quanti/quali " constitue le point focal d'une différence entre sciences " dures " et sciences sociales qui perdure au fil du temps. (...) Si la connaissance scientifique vise à rendre compte du réel (...), le choix des outils et des catégories est fonction de la connaissance à produire. (...) Ainsi, la rigueur ne se définit pas – de façon normative – par rapport à la méthode ou l'outil mais se construit dans une quête de cohérence entre l'objet, le choix des catégories d'analyse et le recours à des outils (...) en référence aux hypothèses de recherche qu'il s'agit de confirmer ou d'infirmer » (Thébaud-Mony, 2013, pp. 316-317). Peu importe la méthode que l'on utilise, il importe de justifier ses choix et de garder une saine distance et une réflexivité par rapport à sa démarche et aux outils méthodologiques utilisés. Cette justification et cette transparence méthodologique sont d'autant plus nécessaires, non pas seulement si on utilise des méthodes moins courantes, mais justement si on est dans une discipline plus « légitime » (sciences « dures », savoirs médicaux) et/ou si on utilise des méthodes actuellement valorisées (modèles mathématiques et statistiques).

Les chercheur-e-s devraient davantage faire fi de ces rapports de domination disciplinaires ou méthodologiques pour se concentrer sur l'apport de nouvelles connaissances permettant de mieux appréhender le réel. Par loyauté scientifique, il est alors essentiel, pour le ou la chercheur-e, de reconnaître ses propres préférences ou contradictions, afin d'en prendre distance ou de les articuler au mieux dans ses objets de recherche. Howard S. Becker assène sa vérité aux doctorant-e-s en sciences sociales : « vous avez déjà pris des centaines de décisions de ce type, jour après jour, des décisions si insignifiantes que vous les considérez à peine comme de " vraies décisions ". Et pourtant, le poids cumulé de toutes ces petites actions vous a orienté sur ce chemin plutôt que sur cet autre, vous a fermé telle possibilité tout en ouvrant telle autre, de telle manière que l'étendue de vos choix n'est au final plus si vaste » (2013, p. 11). En encourageant les thésard-e-s à prendre confiance en eux, il les invite aussi à prendre la responsabilité de leurs choix, non seulement scientifiques, mais aussi de vie. On ne fait pas une thèse par hasard. Et le choix du sujet de thèse est rarement fortuit. Étudier la sociologie et se spécialiser en démographie pour approfondir les méthodes quantitatives, par exemple, ne peut pas être que le fruit du hasard ou d'un choix instrumental. Si ces choix ont pu révéler une récupération inconsciente d'une forme de pouvoir envers un *ethos* familial médical et patriarcal, peut-être ont-ils aussi été posés en fonction d'une préférence personnelle pour la structure rassurante des méthodes quantitatives rendant les phénomènes sociaux plus facilement intelligibles. Dans cette thèse de doctorat, le choix d'articuler deux méthodes pour comprendre le malaise infirmier renvoie donc évidemment aussi à la reconnaissance et l'acceptation des préférences individuelles de la chercheure.

B. Intérêts de deux méthodes dans la compréhension du malaise infirmier

« La méthode doit rester au service de la démonstration : ce sont les résultats marquants qu'il faut clairement mettre en avant, et le reste doit suivre. (...) Il convient avant tout de rappeler une évidence : ce n'est pas la méthode qui prime dans la recherche, mais les questions et/ou les résultats obtenus » (Lemerrier, Ollivier, & Zalc, 2013, pp. 135-136). Ces chercheuses françaises en histoire et sociologie ramènent le débat sur l'objet de recherche et sur la construction de nouveaux savoirs, plutôt que sur des débats relativement stériles sur la suprématie d'une méthode sur une autre. Elles prônent même un décloisonnement des méthodes via une forme de bricolage ou de créativité en incluant des chiffres dans le qualitatif et vice versa. Le tout, selon ces auteures, est de ne pas rester figé par l'une ou l'autre méthode et de ne pas être trop

loyal finalement aux diverses traditions disciplinaires. C'est ce que nous avons tâché de faire dans le cadre de ce travail.

Les statistiques étaient-elles vraiment nécessaires dans ce travail sur le malaise infirmier ? Si des entretiens suffisent à nourrir une compréhension d'un phénomène social, à quoi servent alors les statistiques ? Cette thèse aurait-elle été la même sans la partie statistique ou sans la partie qualitative ? Quelle est la richesse d'avoir utilisé les deux méthodes ? Les résultats auraient-ils été les mêmes sans l'une des deux méthodes ? Comment l'une alimente l'autre et vice versa ?

Dans la chronologie de cette recherche, il est difficile d'imaginer ne pas avoir fait de statistiques du tout. En d'autres termes, seuls les entretiens n'auraient sans doute pas permis de mobiliser autant de concepts. La phase d'opérationnalisation des concepts en variables et en indicateurs a facilité la décortication, la compréhension et l'analyse de ces concepts, ce qui a forcément structuré tout le raisonnement de thèse. Le cadre de Paugam, nous l'avons vu, est lacunaire quand il s'agit de comprendre le malaise infirmier. Pourtant, grâce à l'opérationnalisation des concepts en variables, ce cadre a pu être nourri et structuré davantage. Par exemple, pour dénicher les variables à utiliser pour l'*homo sociologicus*, il a été nécessaire de le décomposer en quatre sous-dimensions (ou indicateurs). Les entretiens seuls n'auraient pas nécessité cette décomposition. C'est quand il faut rendre les concepts plus concrets par cette phase d'opérationnalisation qu'on les rend aussi intelligibles, mesurables et palpables.

Les deux méthodes utilisées ont donc été utiles et nécessaires à la compréhension de l'objet. Prenons un exemple pour illustrer notre propos. Dans la partie quantitative, nous avons analysé les indicateurs un à un et nous avons tenté, dans un seul modèle de régression linéaire, de voir leurs impacts cumulés sur l'intention de départ anticipé. Certains de ces indicateurs perdaient alors de leur significativité, comme les relations avec les supérieurs, les collègues, les relations de violence et l'autonomie (voir le Tableau 32, p. 170). Pourtant, dans les entretiens, il est évident que le cumul n'est pas aussi figé qu'une régression linéaire et qu'il peut être de différentes sortes, en fonction des individus, de leur vécu privé et professionnel, et des circonstances de la vie. Dans ce cumul, plusieurs infirmiers-ères ont évoqué qu'une mauvaise relation avec un médecin ou un-e chef infirmier ou avec l'équipe, cumulée à des ennuis financiers ou familiaux, peut provoquer un abandon du marché du travail. Un simple tableau de régression n'a pas pu nous donner autant de nuances humaines et complexes quant à ces raisons de départ. Même si ça nous donnait déjà un aperçu de la force de certains indicateurs, ce n'était pas suffisant pour comprendre en détails, en profondeur et en empathie les raisons qui mènent quelqu'un au départ.

C'est aussi grâce à ces entretiens, couplés de lectures historiques, que nous avons pu préciser la nature des indicateurs du malaise, à savoir s'ils étaient constitutifs du métier ou relativement neufs. C'est à travers les stratégies ou les compensations exprimées par les acteurs-trices de terrain qu'il a été possible d'établir ces quelques précisions. L'analyse quantitative et la théorie de Paugam nous ont permis, dans un premier temps, de structurer les indicateurs de malaise, de broser un paysage chiffré et d'affiner nos questions. L'enquête qualitative, dans un second temps, a donné des ébauches de réponses un peu plus précises à ces questions, et a nuancé les résultats chiffrés en donnant un prisme de compréhension supplémentaire. C'est un peu comme si la complexification des lunettes sociologiques qualitatives, basées sur l'enquête quantitative, nous avait apporté une grille de lecture plus fine. C'est donc bien dans le cumul des deux méthodes que la préhension du phénomène social a pu être davantage approchée. L'enquête quantitative, seule, ne nous aurait pas donné toutes ces finesses de régulation sociale. L'enquête qualitative, seule, ne nous aurait pas fourni de résultats aussi structurés et organisés. Dans ce cas-ci, l'une n'allait pas sans l'autre.

Bien sûr, les résultats auraient pu être encore plus riches par le cumul d'une autre méthode, tels une série de focus groupes, ou davantage de MAG, ou encore une période d'observation participante. Les choix des méthodes sont souvent tributaires des opportunités du terrain, du temps imparti et de la faisabilité financière.

Pour illustrer davantage nos dires, faisons l'essai d'utiliser une métaphore emprunté au domaine de la construction. L'analyse statistique pourrait représenter les briques d'une maison, qui serait un sujet de recherche en sciences sociales : elle pose les bases, les jalons, la structure de l'analyse. Les entretiens ont amené les finitions à la maison : les murs ont été habillés de plâtre, de bois ou d'argile. Certains nouveaux murs ont même été créés par la suite, dans un autre matériau, tel le bois. Le fait d'avoir pu amener du recul à la structure, à savoir la distinction entre facteurs nouveaux et récurrents, a pu se faire grâce aux différentes réactions des interrogé-e-s. Donc, dans cette recherche, la finesse de la finition de la construction (habillage des murs ou création de nouvelles cloisons) est amenée par les analyses qualitatives, sur base d'une structure solide (en briques), à savoir l'analyse quantitative.

Est-ce alors nécessaire à toute recherche en sciences sociales ? C'est probablement préférable, mais pas toujours faisable. La structure de briques peut être empruntée à un autre auteur ou à une autre théorie, par exemple, pour sous-tendre les finitions. Cette manière de penser reflète évidemment la démarche hypothético-déductive. Quelle place cela laisse-t-il alors à l'induction ? Peut-on construire une maison sans briques au départ, mais avec uniquement les finitions ? Serait-ce alors d'office une maison plus fragile et donc un raisonnement scientifique plus lacunaire ? Peut-être pas, vu l'émergence des maisons ossatures bois... C'est aussi en fonction du matériau utilisé (pris ici dans le sens architectural et sociologique) que la maison peut être pensée ou structurée. Les maisons ossatures bois sont plus flexibles, permettent une organisation différente, et donc brisent les schémas traditionnels ou plus faciles d'une maison en briques. Avec les maisons en matériau dur (briques, blocs de béton, pierres), il est pratiquement impossible de modifier la structure, ce qui peut alors freiner la création de nouvelles pièces ou d'espaces plus originaux. Et pourtant, cette structure solide rassure et n'empêche pas spécialement l'aménagement d'autres espaces, en cassant des murs ou créant des cloisons.

La métaphore de la construction ou rénovation d'une maison est peut-être triviale et reste complètement embryonnaire, sinon un clin d'œil, mais l'image concrète peut signifier simplement et rapidement la complémentarité des deux méthodes, dans une certaine chronologie de construction. Le cadre de Paugam était comme une maison aménageable ou modulable, dont une partie est restée ignorée (les intégrations disqualifiante et incertaine) et dont l'autre partie a été nettoyée (par les statistiques), habillée et aménagée (par les entretiens) en fonction de la spécificité des infirmiers-ères.

C. Engagement du-de la chercheur-e

« Le chercheur, quelle que soit sa discipline, inscrit sa recherche en référence au système de représentations et de valeurs qui façonne sa relation au monde et aux problèmes de société de son temps. (...) Chaque citoyen participe à la construction sociale d'une société constamment en devenir, et cette participation a une signification politique, qu'elle soit consciente ou non » (Thébaud-Mony, 2013, p. 315). En traitant certains sujets, le-la chercheur-e en sociologie est vite amené à devoir prendre position, comme si s'intéresser à un fait social engendrait automatiquement un engagement social ou politique personnel. Peut-être que cet engagement « automatique » rassure tout le monde quant au camp dans lequel « doit » se situer forcément toute personne, comme si la neutralité ne pouvait être socialement acceptée, ou même comme si elle n'était pas humaine. Tendre vers l'objectivité et la neutralité axiologique, tels étaient les

préceptes des pionniers de la sociologie. Or ces mêmes pionniers, surtout vers la fin de leur carrière, se sont largement investis dans la sphère politique. Est-ce alors possible de traiter un fait social « en toute objectivité » tout en sachant que le-la chercheur-e ne peut s'abstraire complètement de son vécu, de son histoire socio-économique et culturelle, de ses convictions personnelles et qu'il sera amené de toute évidence, de par son expérience et sa connaissance acquises le long de ses recherches, à se prononcer dans l'espace public sur des propositions politiques ou institutionnelles ? Comment un-e chercheur-e peut-il gérer ce paradoxe en toute intégrité, sans se sentir traître soit à sa discipline, soit à ses convictions citoyennes ?

Pour Durkheim, si le sociologue analyse les problèmes, c'est dans un but de les résoudre. C'est par l'action et l'introduction de plus de règles morales dans la société que la sociologie trouve son rôle. Cette intervention « éclairée » par ses travaux sociologiques semble néanmoins trop partielle et moralisatrice (Paugam, 2010).

Weber, très « rationnel » au départ sur son rôle de savant démontrant la vérité à partir de faits, est devenu de plus en plus impliqué dans la politique. Au début de sa carrière, il prônait que le savant devait rester neutre et ne pas faire état de sa conception du monde : « "une science empirique ne saurait enseigner à qui que ce soit ce qu'il *doit* faire, mais seulement ce qu'il *peut* et – le cas échéant – ce qu'il *veut* faire." De ce point de vue, le sociologue (...) contribue à dévoiler la réalité, à chasser les mythologies, à désenchanter le monde et à donner aux acteurs des clés de compréhension des raisons véritables – souvent cachées ou inexpliquées – de leurs croyances et de leurs actes » (Paugam, 2010, p. 429). Pourtant, Weber continuera à cumuler ses deux rôles de savant et d'acteur politique, comme si le-la chercheur-e ne pouvait s'empêcher de donner son avis personnel et de s'impliquer dans une forme d'évaluation sociale.

Cette tension permanente entre distanciation sociale et implication politique semble constitutive du métier de chercheur-e en sociologie.

Bourdieu aussi s'est tenu à l'écart de la politique au début de sa carrière, puis c'est également en fin de carrière qu'il s'est beaucoup plus impliqué comme « intellectuel spécifique », donc comme « intervenant » dans un domaine bien particulier où il avait acquis une certaine spécialisation. « C'est en fonction des résultats de ses recherches qu'il a cherché à donner un sens à son engagement sociologique » (Paugam, 2010, p. 437). On parle bien ici d'engagement « sociologique » et non politique, car Bourdieu, contrairement à d'autres sociologues, ne s'est pas ouvertement affilié à un parti spécifique, même si ses actions pouvaient être colorées politiquement. « Le métier de sociologue reste selon lui (...) une remise en question des évidences du sens commun » (Paugam, 2010, p. 438). Selon Bourdieu, la science peut amener une prise de conscience des acteurs et être utilisée comme outil de compréhension du monde qui les entoure, afin de réduire l'emprise de certaines dominations. C'est donc en dénonçant des pratiques de domination devenues « naturalisées » qu'il pense que la sociologie a un rôle ; c'est donc par ce dévoilement, ce désenchantement qu'il permet aux acteurs de reprendre une forme de pouvoir.

C'est davantage dans cette lignée que se situera ce travail de thèse, à savoir dans un processus de dévoilement de ce qui semble aller de soi et, éventuellement, de mécanismes cachés d'inégalités, tout en laissant aux acteurs la liberté d'action. Au stade actuel de la recherche, il serait donc prématuré de contribuer déjà à la réflexion de solutions pour résoudre ce qui peut apparaître comme un « problème » de société. Il s'agira donc de prendre distance avec le sens commun, d'interroger les évidences et d'avoir un retour critique sur les méthodes utilisées pour ne pas prendre pour acquises les données récoltées. En bref, même si la valorisation des résultats de la recherche peut amener une certaine utilité sociale au rôle de chercheur-e en sociologie, il s'agira davantage ici de rentrer dans la peau d'un « désenchanteur d'évidences ».

Certaines évidences du métier infirmier peuvent déjà être mises en exergue : son côté féminin « naturel » (avec les qualités « innées » de sacrifice, de vocation, d'abnégation et de subordination), la pénurie de main-d'œuvre, le malaise constant et donc la plainte pour exprimer ce malaise. En d'autres termes, un bon infirmier devrait être une femme, appelée ou déterminée à soigner (comme si c'était plus fort qu'elle), adorant donc s'occuper des autres mais détestant leurs conditions de travail (mauvais salaires, trop de technicité et d'administration, pas assez de *care*, etc.), devant donc se plaindre de ces conditions empêchant l'expression de la vocation. Comme si dire le malaise faisait partie de l'identité professionnelle légitime. Comme si une infirmière heureuse cachait quelque chose. Au fil des siècles, ce qui est « normal », et donc normatif, c'est donc ce sentiment de malaise perpétuel. Comme si, pour être acceptée par les autres catégories socio-professionnelles, l'infirmière se devait de légitimer sa place dans la société par ce malaise.

PARTIE II – IDENTIFICATION DU MALAISE

Grâce à l'opportunité statistique de travailler sur les données belges de l'enquête NEXT, il s'agit dans cette deuxième partie d'identifier et de mesurer l'importance de différentes causes du malaise infirmier en deux temps : d'abord, avec l'opérationnalisation des variables en fonction des concepts étudiés, et ensuite, grâce aux analyses de divers traitements statistiques.

Le quatrième chapitre porte donc sur la manière dont le cadre de Paugam a été opérationnalisé grâce aux données secondaires de l'enquête NEXT. Seront exposés, dans un premier temps, l'opérationnalisation de la question de recherche, et, dans un deuxième temps, l'opérationnalisation des concepts théoriques. Pour ces derniers, la construction des indicateurs de malaise sera expliquée en détails. Au nombre total de onze, ces indicateurs comportent chacun trois à dix variables. Les différentes étapes de cette création seront explicitées : d'abord issus de la théorie de Paugam ainsi que des variables de la base de données pour définir les indicateurs à utiliser, il a fallu ensuite tester leur fiabilité à l'aide d'analyses en composantes principales, ce qui a permis de remettre certains regroupements en question. Une fois les variables composant les indicateurs déterminées, elles ont été additionnées, en leur donnant le même poids à chacune, afin de créer de nouvelles variables composites de malaise.

Le cinquième chapitre de ce travail traite de l'analyse de données statistiques en trois points. D'abord, les variables utilisées seront traitées une à une dans l'analyse univariée. Ensuite, l'analyse bivariée explorera les relations entre les indicateurs synthétiques créés, les variables sociodémographiques explicatives et la variable dépendante d'intention de quitter la profession infirmière, grâce à des corrélations et des tests de Chi-carré. Enfin, en troisième lieu, des régressions linéaires démontreront non seulement que certains facteurs de malaise poussent les infirmiers-ères à penser à sortir du marché de l'emploi, mais aussi que ce sont les femmes, les plus âgé-e-s et les moins qualifié-e-s qui semblent le plus mécontent-e-s de leur situation professionnelle.

CHAPITRE 4 – OPÉRATIONNALISATION DU CADRE THÉORIQUE

Grâce aux données belges de l'enquête NEXT et au cadre de Paugam, évoqués dans les deux chapitres précédents, plusieurs analyses statistiques ont été effectuées. Avant de discuter des résultats, il s'agira dans ce chapitre d'expliquer l'opérationnalisation du malaise et de ses facteurs.

1. Le malaise à travers les départs anticipés

Pour rappel, le malaise désigne les souffrances diverses éprouvées par les individus post-modernes (ou hypermodernes) en quête du nouvel idéal de l'autonomie. Ces souffrances ou insatisfactions sont donc des indicateurs de ce malaise (Ehrenberg, 2012). Aussi, les réactions sont diverses face au malaise, et une de ces réactions est de quitter son emploi, soit pour en chercher un autre, soit pour arrêter de travailler définitivement (Guérin, Wils, & Lemire, 1996). Une des particularités du métier infirmier, vue notamment grâce à l'enquête NEXT, est de partir de la pratique infirmière prématurément, c'est-à-dire plusieurs années avant l'âge de la pension.

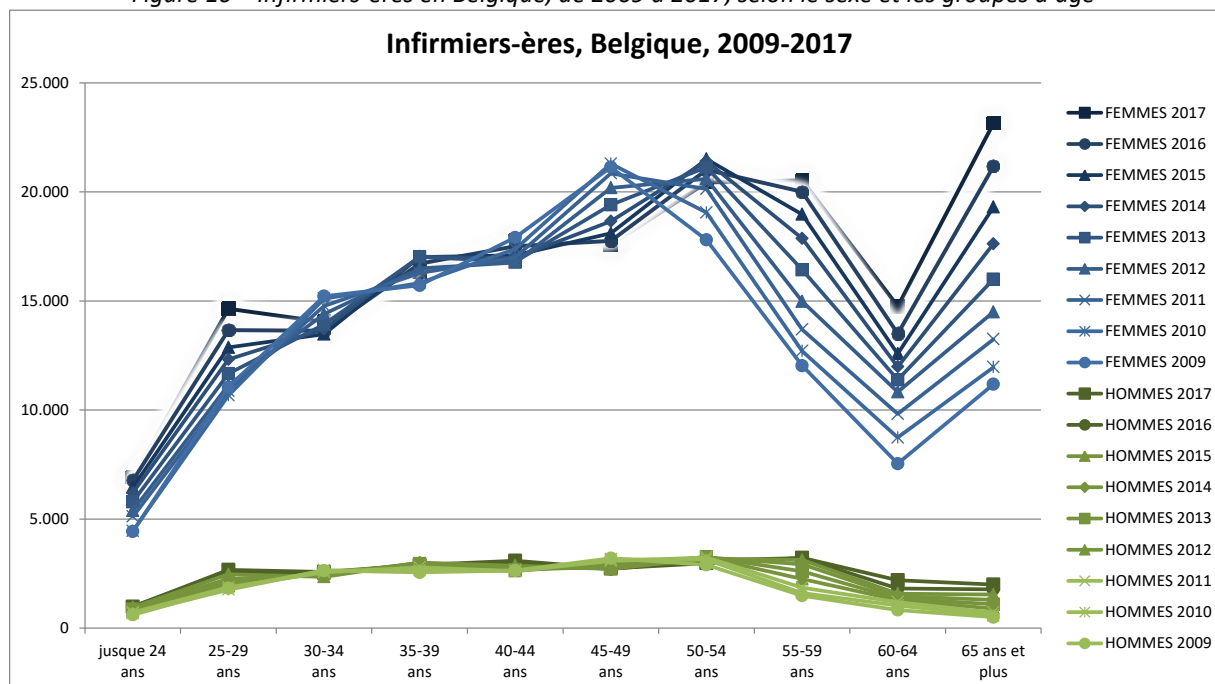
Afin d'opérationnaliser, ou de mesurer, le malaise, ce sont donc une ou plusieurs variables traitant des départs anticipés des infirmiers-ères, ou du désir de départ, qui seront utilisées. Il est évident que l'on ne peut pas complètement réduire le malaise professionnel au désir de départ anticipé, mais on peut tout à fait émettre l'hypothèse selon laquelle au plus un-e travailleur-euse cumule les sources de malaise, au plus il pense à quitter son emploi. Il faudra donc voir ici les départs anticipés à la retraite comme une sorte d'indicateur de malaise.

Bien sûr, cette hypothèse est contestable, car l'on pourrait aussi imaginer l'inverse : au plus l'infirmier-ère cumule des sources de malaise, au plus il-elle se sent piégé-e par un système duquel il-elle ne peut s'échapper. Le malaise exacerbé, ou abouti à de la souffrance mentale, pourrait presque empêcher l'individu à prendre la décision, forte, de quitter son emploi. Le risque de quitter ou de changer d'emploi ne peut pas être pris en situation de dépression ou de *burn-out*. Or, comme vu précédemment, les données traitant des personnes qui ont véritablement quitté leur emploi ne sont pas assez fournies. Si on utilise alors les données du questionnaire de base (voir Figure 7), il n'est pas possible de mesurer le vrai départ, mais l'intention de départ. En fonction donc de la base de données à notre disposition, cette intention de départ comme indicateur du malaise pourra être utilisée. Pour véritablement passer à l'action de quitter son emploi, il faut sans doute être en forme mentalement, mais c'est sans doute moins le cas pour juste penser à partir.

Qu'en est-il de ces départs anticipés en Belgique ? Peuvent-ils être mesurés ? Les infirmiers-ères en Belgique sont nombreux-ses à arrêter de travailler avant l'âge légal de la pension, soit pour changer de secteur d'activité, soit pour arrêter de travailler.

Selon les données du Cadastre, en Belgique, en 2017, le nombre d'infirmiers-ères diminue de près de 50% entre la tranche d'âge de 50-54 ans et celle de 60-64 ans (voir Figure 10). Pourtant, on le voit sur le graphique, pour les femmes infirmières, la tendance augmente à nouveau pour la tranche d'âge de 65 ans et plus. Les infirmières de 65 ans et plus sont presque aussi nombreuses, si pas plus, que celles âgées de 55-59 ans. La tendance est différente chez les hommes infirmiers : leur nombre diminue continuellement à partir de 50-54 ans. Même si les effectifs des infirmiers et des infirmières de plus de 50 ans tendent à augmenter d'année en année entre 2009 et 2017, la tendance à la baisse entre 50 et 60 ans auprès des hommes infirmiers et des femmes infirmières reste flagrante.

Figure 10 – Infirmiers-ères en Belgique, de 2009 à 2017, selon le sexe et les groupes d'âge



Source : SPF Santé publique – Cadastre

Cette tendance à la hausse pour les infirmières de plus de 65 ans pourrait éventuellement s'expliquer par un effet de gonflement de cette classe d'âge supérieure à 5 ans. En effet, cette classe pourrait recouvrir au moins quatre autres classes d'âge de cinq ans, si l'on se base sur l'espérance de vie qui est de 83,16 ans chez les femmes, en 2015, selon Statbel⁴⁶. Comme le Cadastre ne reprend pas uniquement les infirmières actives, il est donc possible que les quelque 19.000 infirmières de 65 ans et plus soient dispersées dans plusieurs autres classes d'âge. La cassure de la courbe des effectifs des infirmières après 50 ans reste pourtant avérée.

Selon les données du PlanCAD, un aperçu des infirmiers-ères actifs-ves en 2009 peut être donné dans le tableau suivant (Tableau 15).

Tableau 15 – Aperçu de la délimitation de la population analysée – Infirmiers-ères enregistré-e-s au 31/12/2009

Population initiale =	161.299
- Retrait de pensionné-e-s :	- 15.948
Population en âge de travailler =	145.351
- Retrait de personnes sans activité en Belgique :	- 18.878
Prépensionné-e-s :	2.199
Demands-ses d'emploi :	1.508
Incapacité de travail, revenu d'intégration, interruption de carrière,... :	3.030
Non repris avec une activité professionnelle en Belgique :	12.141
- Domicile à l'étranger	3.979
- Domicile en Belgique	7.513
- Domicile inconnu	649
Population analysée =	126.473

Source : SPF Santé publique – PlanCAD

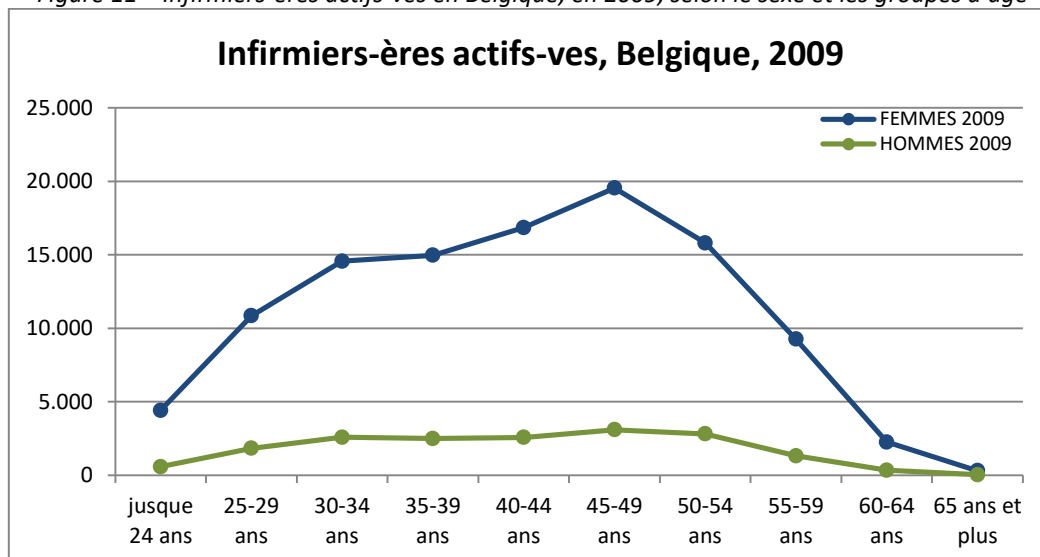
⁴⁶ <http://statbel.fgov.be> (site consulté en septembre 2016).

Suite aux calculs du PlanCAD, on « perd » ainsi 34.826 infirmiers-ères ou 22% du total des potentiel-le-s infirmiers-ères enregistré-e-s au Cadastre. Ces infirmiers-ères non actifs-ves, mais enregistré-e-s au Cadastre, sont des pensionné-e-s, des prépensionné-e-s, des demandeurs-euses d'emploi, des personnes en incapacité de travail et des personnes qui n'exerçaient aucune activité professionnelle au 31/12/2009 en Belgique et/ou qui ne sont pas reprises dans les données 2010 de l'ONSS, l'ONSS-APL et l'INAMI. Dans ces dernières, il s'agit notamment d'hommes et de femmes au foyer, d'étudiant-e-s qui n'ont plus droit aux allocations familiales, de personnes qui travaillent en Belgique pour une organisation/entreprise qui n'est pas redevable de cotisations à la Sécurité sociale belge, de fonctionnaires internationaux et diplomates. On y retrouve donc également des personnes ayant quitté la Belgique, mais dont le domicile est inconnu de l'administration belge. Une autre part importante provient aussi probablement des travailleurs-ses transfrontaliers-ères, principalement du sud de la Belgique, attiré-e-s par les meilleures conditions salariales du Grand-Duché de Luxembourg.⁴⁷

Selon les données du PlanCAD, on retrouve cette même tendance à la baisse, à partir de 50 ans, des effectifs des infirmiers-ères actifs-ves. Dans la figure suivante (Figure 11), le nombre d'infirmiers et d'infirmières diminue de moitié entre les groupes d'âge de 45-49 ans et de 55-59 ans, pour continuer à s'écrouler au fur et à mesure de l'avancée en âge. On est donc bien face à un réel abandon d'activité auprès des infirmiers et des infirmières de plus de 50 ans.

L'on pourrait aussi s'interroger sur le nombre plus important d'infirmiers-ères à 45-49 ans. Y aurait-il eu plus de diplômé-e-s pendant les années 1985-1989 pour grossir cette cohorte d'infirmiers-ères ? Quand on observe la Figure 10, cette courbe garde néanmoins la même forme croissante jusqu'à 45 ans, au fur et à mesure des années (de 2009 à 2015). Assisterait-on alors à un effet de génération ou simplement à un effet d'âge ? Autrement dit, la cohorte des 45-49 ans en 2009 (diplômé-e-s donc en 1983-1987) serait-elle plus nombreuse que les autres ? Ou les parcours de vie individuels font-ils en sorte que l'arrivée sur le marché de l'emploi soit plus tardive (vers 30 ans) et que son retrait se fasse progressivement plus tôt (vers 45 ans) pour concilier le travail avec la vie de famille ? L'augmentation de la population jusque 45 ans serait-elle alors éventuellement due à un effet d'âge.

Figure 11 – Infirmiers-ères actifs-ves en Belgique, en 2009, selon le sexe et les groupes d'âge



Source : SPF Santé publique – PlanCAD

⁴⁷ <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be> (site consulté en septembre 2016).

Si les professions médicales et paramédicales peuvent encore se penser en termes de carrière sur le long terme, quelle est donc cette particularité du métier infirmier qui incite à écourter sa carrière ? Qu'est-ce qui amène l'infirmier-ère à quitter son métier plus tôt que prévu ?

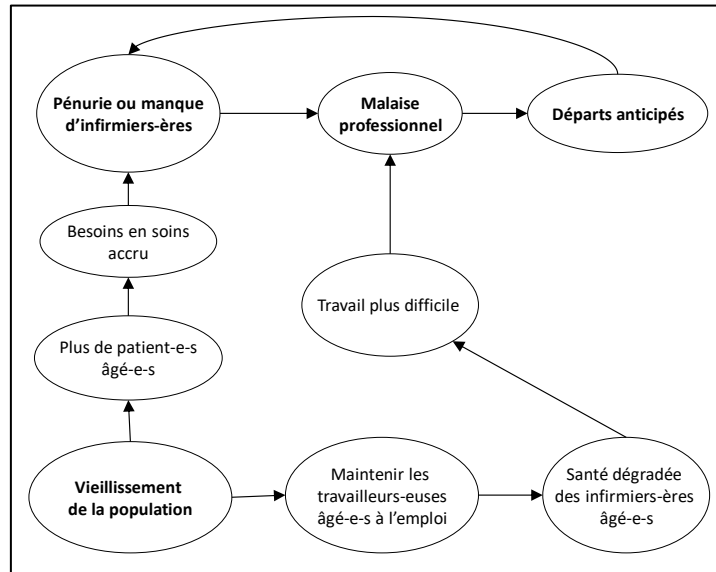
Divers acteurs hospitaliers, soignants, politiques ou médiatiques parlent d'un malaise professionnel tel que les infirmiers-ères travaillant jusqu'à l'âge de la pension sont plutôt rares. De plus, ce malaise est exprimé aussi dès le début de carrière, voire même pendant les stages de la formation initiale. On peut alors imaginer que ce malaise porté tout au long de la carrière épuise tellement qu'il empêche de continuer sa carrière jusque 65 ans. Dans un contexte sociétal où les besoins en soignant-e-s vont en s'accroissant, il est donc légitime de chercher à comprendre pourquoi il semble si difficile de rester infirmier-ère tout le long de sa vie professionnelle. Qu'y a-t-il donc dans ce métier de si singulier qui pousse les infirmiers-ères à vouloir prendre leur retraite le plus vite possible, voire même plus tôt encore ? Qu'est-ce qui n'est plus tolérable une fois les 50 ans atteints ?

Chacun-e, en tant que patient-e ou proche de patient-e, a déjà rencontré dans sa vie au moins une fois un infirmier ou une infirmière. Certains en connaissent même dans leur entourage privé. Les images et les stéréotypes sur les infirmiers-ères sont tellement présents et ancrés dans notre mentalité que l'on croit savoir ce que vit un-e infirmier-ère au quotidien. Des difficultés professionnelles peuvent donc être envisagées, mais ici elles semblent tellement insurmontables qu'il paraît impensable de continuer ce même métier jusqu'à la pension. Ce métier que tout le monde croit connaître semble finalement mal compris. Comment comprendre le malaise professionnel des infirmiers-ères hospitaliers-ères les incitant à écourter leur carrière de soignant-e ? Il existe bien sûr d'autres institutions dans lesquelles les infirmiers-ères peuvent exercer leur métier, telles que, par exemples, les soins à domicile ou les maisons de repos. L'institution hospitalière est choisie ici particulièrement pour des raisons d'ordre méthodologique.

Le lien direct entre le malaise et les départs anticipés est donc flagrant. Il sera probant d'utiliser une ou plusieurs variables portant sur l'intention de départ anticipé comme variable de malaise professionnel.

Les départs anticipés sont aussi indirectement liés au vieillissement de la population, et ce pour au moins deux raisons. La première raison est qu'avec le vieillissement de la population, on s'attend davantage à ce que les travailleurs-euses travaillent jusqu'à l'âge de la pension. Or cette exigence, face aux infirmiers-ères, ne peut pas être rencontrée tant le travail infirmier devient de plus en plus difficile avec l'âge. La deuxième raison du lien entre vieillissement de la population et départs anticipés passe à travers la pénurie de main-d'œuvre. En effet, la population vieillissante des malades exige plus de soignant-e-s, or cette exigence ne peut être rencontrée dans un contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre. Ces différents liens sont résumés dans le schéma ci-dessous.

Figure 12 – Liens entre départs anticipés, pénurie de main-d'œuvre et vieillissement de population



Une des réponses les plus évidentes dans la question des départs anticipés des infirmiers-ères demeure souvent la pénibilité du travail, devenant plus insupportable avec l'âge. Les troubles musculo-squelettiques s'accroissent, la résistance au stress s'amenuise, bref la santé joue un rôle prépondérant auprès des travailleurs-euses plus âgé-e-s dans les métiers lourds. Il est donc facilement compréhensible de quitter un tel métier avant l'âge de la pension. Pourtant, il semble crucial politiquement de maintenir les infirmiers-ères à l'emploi le plus longtemps possible, afin de garantir un soin de qualité pour toutes et tous. Comment envisager, dès lors, de travailler avec des personnes usées par leur travail ? Ou comment faire en sorte qu'elles ne s'usent pas autant, ni si vite ?

Avec le vieillissement des populations occidentales, nous allons avoir affaire à des changements fondamentaux des structures d'âges et de sexe, de pouvoir, de savoir, de possession et de relation de nos sociétés (Loriaux, 2002). L'organisation des carrières professionnelles dépend de la durée moyenne de la vie humaine. À l'époque où cette durée était plus brève, l'âge de la pension a été fixé à 65 ans, de façon à ne verser des pensions que marginalement et pendant une période très courte. Cette limite d'âge est alors devenue l'étalon de mesure de l'âge de référence de la vieillesse. Pourtant, ces dernières années, les Occidentaux sont parvenus à transgresser cette mesure, non seulement grâce à l'allongement de leur durée de vie, mais aussi en fixant l'âge légal de la retraite plus tôt ou en instaurant des mesures de préretraite. Certaines organisations internationales tentent alors de promouvoir qu'une durée de vie plus longue implique aussi une carrière plus longue. Les structures des sociétés changent, et les règles acquises au siècle dernier doivent être remises en cause dans ce nouveau contexte démographique.

De même, il ne suffira pas de « supporter les dépenses de santé et de pensions, de disposer de structures d'accueil institutionnelles pour les personnes âgées ou de trouver les moyens de financer la dépendance, mais avant tout d'organiser la cohabitation entre toutes les générations qui n'auront jamais été aussi nombreuses, ni aussi diversifiées » (Loriaux, 2002, pp. 40-41). Nous entrons dans une nouvelle ère où nous devons construire des nouvelles sociétés multigénérationnelles jamais vues auparavant, où l'entraide purement familiale est dépassée et où des réseaux d'échange et de solidarité doivent être pensés. En cela, le vieillissement de la

population peut même constituer une source de progrès individuel et collectif où les rapports de jeunesse et de vieillesse se transforment.

Dans nos contrées occidentales, comme la durée de vie s'allonge, la population active voit sa composition par groupes d'âge se modifier radicalement. Les effectifs des jeunes travailleurs-ses (15-24 ans) diminuent alors que les plus âgé-e-s sont plus nombreux-ses. Il est alors important, selon la Commission européenne, de relever les taux d'emploi pour chaque tranche d'âge, et principalement celui des travailleurs-ses plus âgé-e-s (55-64 ans) qui aura un impact croissant sur le niveau total de participation à la vie active.

Dans le secteur des soins de santé, où l'on observe simultanément pénurie et besoin accru en infirmiers-ères, maintenir les plus âgé-e-s à l'emploi jusqu'à la retraite constitue le cœur de nos réflexions. Or même si certains postes sont davantage occupés par des plus jeunes, il n'est pas aisé de toujours mettre les plus âgé-e-s à l'abri de certaines exigences ou pénibilités du travail qui s'amplifient. « C'est le cas pour les horaires décalés, les postures pénibles, la pression temporelle (« intensification du travail »), le travail posté ou de nuit et les changements dans le travail (polyvalence, mobilité, accès aux nouvelles technologies, formation, etc.) » (Jolivet & Molinié, 2006, p. 5). De plus, les problèmes de santé des personnes en fin de carrière deviennent plus visibles, concernent de plus en plus d'employé-e-s et font également sortir les seniors de l'emploi plus tôt que prévu.

La santé, cumulée à certaines caractéristiques du travail, joue un rôle extrêmement important dans les sorties d'emploi entre 52 et 57 ans. L'état de santé et/ou les caractéristiques du travail des salarié-e-s quinquagénaires fragilisent ou favorisent le travail des quinquagénaires qui, alors, soit quittent le marché du travail plus tôt, soit, si les conditions sont favorables, restent à l'emploi (Molinié, 2006).

Dans un contexte où les proportions de pathologies « graves » augmentent avec l'âge et où il y a de plus en plus de quinquagénaires au travail, le nombre de personnes travaillant avec des pathologies risque d'augmenter. Plus les salarié-e-s souffrent de pathologies dites graves, plus ils quittent le marché de l'emploi pour raisons de santé, surtout quand ils sont atteints de pathologies rhumatologiques. Ceux qui restent au travail, « souffrant de pathologies rhumatologiques, caractérisent nettement plus souvent leur travail actuel comme « *physiquement exigeant* » (...) : les exigences physiques (postures, efforts, etc.) peuvent avoir favorisé le développement de ces pathologies ; inversement, les pathologies rhumatologiques peuvent rendre plus sensibles aux exigences physiques du travail » (Molinié, 2006, p. 22), dans le cas d'horaires décalés ou de travail « sous pression ». Les conditions de travail et l'état de santé sont donc interdépendants. En outre, la prévalence des différents troubles de santé (douleurs, troubles du sommeil, sensation de se fatiguer vite, problèmes de récupération, difficultés gestuelles, nervosité ou irritabilité) est toujours plus élevée lorsqu'il y a une pathologie.

Contrairement à ce que l'on observe dans nombre d'enquêtes, à savoir que les contraintes physiques se cumulent de plus en plus et ce pour chaque génération, dans certaines entreprises, l'on peut remarquer que les travailleurs-ses âgé-e-s sont quelque peu « mis à l'abri » de ces pénibilités de travail ; c'est ce que l'on appelle les régulations collectives de travail. Autrement dit les travailleurs-ses âgé-e-s développent des stratégies de précaution qui, grâce à leur expérience de travail, leur permettent de se protéger face aux pénibilités de travail. Ces stratégies peuvent s'exprimer en termes d'aménagement du temps de travail (pour gagner un maximum de temps et d'énergie) ou de minimisation des postures physiques à risques. C'est aussi pourquoi ils paraissent souvent plus réticents que les jeunes travailleurs aux changements dans le travail ou à ce que l'on appelle la « polyvalence ».

En Belgique, les politiques publiques de préretraite avaient fait diminuer le taux d'emploi des plus de 50 ans à seulement 34%, contre 45% pour les autres pays européens. Suite à une volonté européenne de relever ces taux d'activité, notamment pour faire face au vieillissement de la population, la Belgique fait marche arrière et encourage plutôt une diminution du temps de travail des plus âgé-e-s, afin qu'ils aient encore l'occasion de partager leur expérience, mais aussi en rendant plus souples les fins de carrière des métiers lourds et plus contraignants (Burnay, 2002).

À l'heure actuelle, en 2018, l'âge légal de la pension est de 65 ans, jusque 2024 (de 66 ans entre 2025 et 2029, de 67 ans à partir de 2030). Il existe certaines exceptions qui ouvrent le droit à la pension anticipée, notamment lors de longues carrières. L'âge minimum pour ces pensions anticipées demeure néanmoins supérieur ou égal à 60 ans⁴⁸. Pourtant, force est de constater que très peu d'infirmiers-ères restent au travail jusque 60 ans car ils-elles quittent leur emploi bien avant (voir Figure 11).

Les causes des départs anticipés pourraient-elles ne se résumer qu'au facteur santé ? Des aménagements de fin de carrière ont été instaurés pour alléger le temps de travail et donner du temps de repos aux infirmiers-ères de plus de 45 ans, depuis 2006. Pourtant, la courbe du nombre d'infirmiers-ères ne semble pas spécialement remonter après 45 ans : octroyer du temps ne suffit pas. La santé se dégradant ne semble donc pas seule à l'œuvre dans les départs anticipés. Le métier infirmier paraît plus complexe. Sans ignorer les facteurs médicaux, il s'agira bien ici de comprendre holistiquement et sociologiquement ce qui se joue dans le corps infirmier, autrement dit le malaise professionnel, incitant à arrêter de travailler plus tôt que prévu.

Le vieillissement de la population est aussi lié aux départs anticipés via la pénurie de main-d'œuvre. En effet, le besoin en infirmiers-ères s'accroît avec le vieillissement de la population, dans un contexte où l'on observe déjà plus de départs prématurés vers la retraite dans le secteur des soins de santé. D'un côté, on doit accueillir une main-d'œuvre plus âgée dans ses particularités, et, de l'autre côté, on est face à une population de patient-e-s vieillissant et dépendant de plus en plus de la société active. Autrement dit, non seulement la main-d'œuvre plus âgée chez les infirmiers-ères n'existe guère, ce qui demeure déplorable tant nous avons besoin de plus en plus de personnel soignant, mais en plus, avec une augmentation de la population âgée de plus de 65 ans, des infrastructures bien organisées de soins de santé sont nécessaires pour encadrer davantage cette population souffrant de pluripathologies. Les besoins en infirmiers-ères s'accroissent donc.

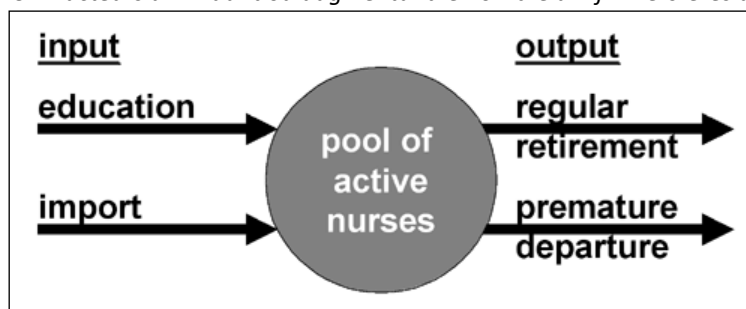
« Divers facteurs ont provoqué une mutation de la profession infirmière dans le système de soins : la demande s'amplifie, en termes quantitatifs et qualitatifs ; la médecine évolue, du point de vue des technologies et des mentalités ; enfin, la maîtrise des dépenses de santé incite à une organisation toujours plus efficiente des facteurs de production dans le système de soins. Les soins infirmiers pâtissent d'une absence de planification systématique alors qu'infirmières et soignants constituent la proportion la plus importante des professionnels du champ de la santé. La main-d'œuvre est passée d'une situation de sureffectifs à une situation de pénurie, un constat qui suscite des réactions mais peu de pro-action. D'autre part, la formation des professionnels soignants interpelle à divers égards: les nouveaux besoins en soins appellent une nécessaire adaptation des profils de formation (types de diplômes et différenciation des rôles, durée de la formation, passerelles entre formations, degré de spécialisation), bien qu'un consensus sur la manière de réaliser cet ajustement reste incontournable. Finalement, les conditions de travail

⁴⁸ <http://www.onprvp.fgov.be> (site consulté en novembre 2016).

créent beaucoup d'insatisfaction. La tension causée par les lourdes charges, la faiblesse du statut professionnel, les relations complexes avec des partenaires multidisciplinaires, la rotation des horaires de travail ainsi que divers risques inhérents à la nature de l'activité infirmière affectent certainement la santé et la motivation des infirmières. Ces composantes compliquent les problèmes de recrutement et de rétention dont les conséquences sont d'autant plus néfastes dans un contexte de pénurie » (Stordeur, Hubin, & Leroy, 2001).

En théorie, il existe quatre moyens possibles pour accroître le nombre des infirmiers-ères. La figure suivante (Figure 13), issue de l'enquête NEXT⁴⁹, les résume bien.

Figure 13 – Facteurs diminuant ou augmentant le nombre d'infirmiers-ères actifs-ves



Source : Enquête NEXT, « Nurses' early exit study », 2004.

Premièrement, il serait judicieux de promouvoir les études d'infirmier-ère, afin d'y attirer plus de jeunes, car il semble que si l'on pouvait en augmenter le nombre par ce biais-là, le problème serait presque résolu. Cependant, le métier d'infirmier-ère n'attire pas beaucoup les jeunes, principalement en Allemagne de l'Ouest, Autriche, Finlande, Pologne et Slovaquie, même si le marché de l'emploi regorge d'offres. Il est assez difficile de broser un portrait des infirmiers-ères au niveau de l'Europe, tant des diversités existent entre pays, régions et même au cours du temps. Aussi, si l'on veut attirer plus de jeunes dans le métier infirmier, peut-être faut-il alors revoir la valorisation que la société peut faire de cette profession, ce qui demande presque un changement de mentalité, car l'augmentation salariale ne suffirait pas à combler les insatisfactions des infirmiers-ères.

Une autre solution serait de faire venir des infirmiers-ères étrangers-ères. L'immigration infirmière serait actuellement à l'agenda politique de l'Union Européenne, pesant le pour et le contre. Actuellement, on observe surtout une migration des infirmiers-ères de l'Est vers l'Ouest, que ça soit au Royaume-Uni ou même outre-Atlantique. Plusieurs vaines tentatives de recrutement d'infirmiers-ères des pays de l'Est ont été entreprises, notamment par l'Allemagne, les Pays-Bas et l'Italie. Les difficultés de quitter sa région et les barrières linguistiques restent de mise.

Une autre idée consisterait à agir sur les départs des infirmiers-ères pour les maintenir à l'emploi en reculant l'âge de la pension. Pourtant, dans plusieurs pays, comme l'Allemagne et l'Italie, très peu d'infirmiers-ères restent déjà jusqu'à l'âge légal de la retraite et nombreux-ses sont celles et ceux qui quittent définitivement leur profession prématurément. Le fait de reculer l'âge légal de la retraite ne servirait donc à rien s'ils-elles décident déjà maintenant d'abandonner le navire plus tôt.

Une quatrième et dernière issue au problème serait de faire en sorte que les infirmiers-ères ne partent plus trop tôt, ou qu'ils-elles restent du moins jusqu'au terme de leur carrière. En effet, de tels départs anticipés posent question sur leurs causes. Car si l'on comprend mieux le

⁴⁹ www.next.uni-wuppertal.de (site consulté en octobre 2018).

phénomène, peut-être est-il alors possible d'y trouver des ébauches de remèdes et parvenir à maintenir les infirmiers-ères dans leur emploi plus longtemps. C'est sur ce dernier point que vont porter toutes les analyses ultérieures de ce travail : si on tâche de comprendre pourquoi les infirmiers-ères quittent définitivement leur profession plus tôt qu'à l'âge prévu de la retraite, l'on pourra aussi comprendre davantage les raisons du malaise infirmier.

La pénurie de main-d'œuvre, accentuée par le vieillissement de la population, est un des facteurs les plus importants du malaise infirmier, incitant à quitter son emploi. Les départs anticipés alimentent indubitablement le manque de personnel, ce qui renforce le malaise professionnel. Dans cette boucle sans fin, la pénurie de main-d'œuvre est bien au centre des préoccupations infirmières⁵⁰, et ce, dans toute l'Union Européenne.

S'il manque du personnel dans une équipe infirmière, il faut sans cesse pallier ce manque, ce qui engendre une surcharge de travail, qui, elle, cause du malaise pour l'infirmier-ère, pris en étau entre le travail fait et prescrit. Ce malaise au travail cause aussi des départs anticipés, seule solution envisagée pour échapper à cette pression insupportable. Mais si les infirmiers-ères, déjà en pénurie, partent plus tôt que l'âge de la pension, cela ne fait qu'accentuer la pénurie, et la surcharge de travail. La pénurie, à travers le malaise, demeure donc à la fois cause et conséquence du départ anticipé.

La pénurie est donc liée au vieillissement de la population des deux manières que l'on vient de voir. D'abord, le besoin accru de malades plus âgé-e-s ne va qu'accentuer la pénurie de main-d'œuvre. Ensuite, si l'on s'attend à ce que la population des infirmiers-ères travaille plus tard, mais est empêchée par les conditions de travail, cela provoque des départs anticipés non prévus, qui accentuent encore la pénurie.

Le seul point positif que l'on peut entrevoir dans cette pénurie de main-d'œuvre est la sécurité de l'emploi. En effet, « grâce » à ce manque de personnel, il est relativement aisé, pour un-e infirmier-ère diplômé-e de trouver de l'emploi. Cette pénurie (ou cette sécurité de l'emploi) sera donc utilisée directement comme facteur de malaise, rentrant dans l'axe de l'emploi du cadre théorique de Paugam.

Pour résumer, dans le contexte actuel du vieillissement de la population occidentale, les besoins en infirmiers-ères vont doublement s'accroître, car nous sommes en train d'assister non seulement à une augmentation massive de la population âgée de plus de 60 ans, mais aussi à de plus en plus de départs anticipés des infirmiers-ères. Ces départs correspondent à un arrêt de travail avant l'âge légal de la pension, soit pour changer de secteur d'activité, soit pour arrêter de travailler complètement. Dans un désir de garantir des soins pour toutes et tous, particulièrement pour une population grandissante et vieillissante, il semble avant tout nécessaire de fournir un nombre suffisant de soignant-e-s. Ces départs anticipés sont d'autant plus alarmants que les jeunes infirmiers-ères ne sont pas assez nombreux-ses pour reprendre la relève. Travailler en sous-effectifs accentue alors davantage une éventuelle envie d'arrêter son métier. Les départs anticipés sont donc à la fois une conséquence et une cause d'un mal-être professionnel. Cette considération inquiète non seulement en termes de couverture sanitaire suffisante, mais aussi au niveau du bien-être au travail. On peut donc s'interroger sans fin sur l'origine de ces départs anticipés, tantôt indicateurs d'un malaise infirmier, tantôt générateurs de pénurie et donc de malaise.

⁵⁰ <http://www.next.uni-wuppertal.de> (site consulté en novembre 2016).

2. Création d'indicateurs de malaise

Les choix des variables pour les données sociodémographiques et pour les départs anticipés seront développés dans l'analyse univariée du chapitre suivant. Avant cela, il semblait nécessaire d'expliquer ici les choix des variables représentant les indicateurs de malaise des infirmiers-ères étudié-e-s.

Les concepts de l'intégration professionnelle de Paugam (2000), tels que la stabilité de l'emploi et la satisfaction dans le travail (*l'homo œconomicus*, *l'homo sociologicus* et *l'homo faber*) ont été opérationnalisés grâce aux données existantes de l'enquête NEXT. Pour ce faire, nous avons construit des indicateurs synthétiques à partir des informations relatives au malaise contenues dans le questionnaire de base administré aux infirmiers-ères. La méthodologie de la création de ces indicateurs n'était pas toute tracée car nous partions de constats théoriques pour tâcher de les traduire de manière statistique. Nous avons donc dû à plusieurs reprises passer de la théorie à la pratique et *vice versa*.

Pour la création de ces indicateurs, nous avons opéré en plusieurs étapes. D'abord, nous avons regroupé les variables (ou questions posées aux infirmiers-ères) en fonction des concepts de Paugam. Il s'agit pour la plupart de variables ordinales, catégorisées⁵¹ ou dichotomiques (allant de 0 à 1). Ensuite, une analyse en composantes principales de toutes ces variables nous a aidés à valider nos choix de variables et de leurs regroupements. Là, nous avons dû remettre en question notre premier regroupement de variables en indicateurs, car plusieurs variables étaient mal ou pas du tout corrélées à certaines composantes. La troisième étape a donc été de faire un choix de variables et d'indicateurs par rapport aux résultats de l'analyse en composantes principales. Puis, nous avons testé la validité de ces nouveaux regroupements à l'aide d'une nouvelle analyse en composantes principales et des alphas de Cronbach. Dans les cinquième et sixième étapes, nous avons créé les indicateurs proprement dit en additionnant les variables les composant et en utilisant les premières composantes d'analyses en composantes principales portant sur les regroupements de variables par indicateur. Et enfin, nous comparons ces deux méthodes de création d'indicateurs pour ne choisir que la méthode par addition des variables. Pour plus de détails quant aux choix des variables composant les indicateurs, voir Annexe II.1 – Variables composant les indicateurs de malaise et histogrammes des indicateurs.

Avant d'entamer l'opérationnalisation proprement dite, il est nécessaire ici de préciser que toute la base de données n'a pas été utilisée. En effet, l'objet de ce travail porte sur les infirmiers et infirmières travaillant en hôpital. Or la base de données NEXT a aussi interrogé des personnes sans diplôme ou aides-soignantes, et des travailleurs-euses de maisons de repos et de soins à domicile. D'emblée, avant toute analyse, il a donc fallu « garder » ou filtrer les individus diplômés en soins infirmiers et ne travaillant qu'en hôpital. Au final, le « n », ou le nombre total de l'échantillon utilisé, n'est pas 4257, mais bien 1959. Vu le chiffre conséquent, il est évident que la significativité de l'inférence statistique n'en pâtit pas. Nous enlevons donc 456 aide-soignant-e-s ou non-diplômés, et 1954 soignant-e-s travaillant en maisons de repos et à domicile

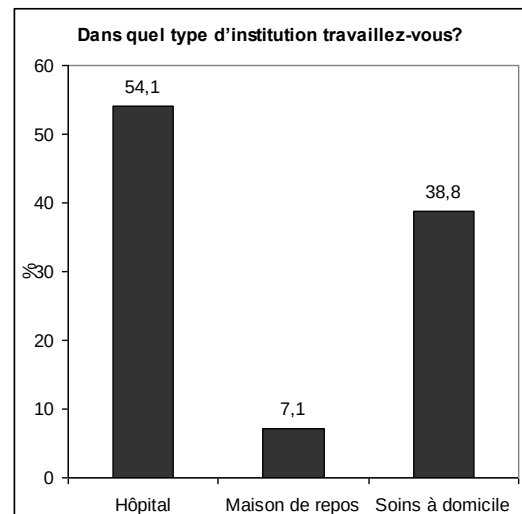
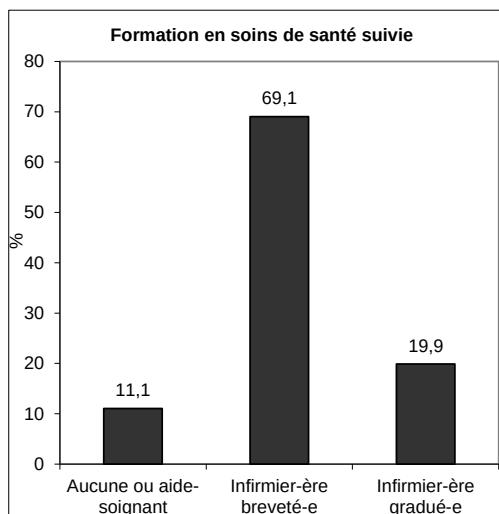
⁵¹ Certaines variables sont le fruit de recodages au sein d'une même variable ou entre différentes modalités de plusieurs variables. Par exemple, la variable 79 qui porte sur la sécurité de l'emploi menacée (modalités : 1) oui et cela me stresse, 2) oui mais ça ne me stresse pas, 3) non) est le résultat d'un recodage entre les variables 79a (sécurité de l'emploi menacée - modalités : 1) oui, 2) non) et 79b (sécurité de l'emploi menacée et cela me stresse – modalités : 2) pas du tout, 3) modérément, 4) considérablement, 5) vraiment beaucoup).

(voir Tableau 16). Finalement, sur 1959 individus qui travaillent en hôpital, 1292 (66%) infirmiers-ères sont breveté-e-s et 667 (34%) sont gradué-e-s⁵².

Tableau 16 – Distribution des variables de formation et d'institution avant l'application des filtres

Quelle formation en soins de santé avez-vous suivie?	Effectifs	%
0) Aucune formation en soins de santé ou Aide-soignant-e	456	11,1
1) Infirmier-ère breveté-e	2847	69,1
2) Infirmier-ère gradué-e	820	19,9
Total	4123	100
<i>Système manquant</i>	<i>134</i>	
Total	4257	

Dans quel type d'institution travaillez-vous?	Effectifs	%
0) Hôpital	2303	54,1
1) Maison de repos	303	7,1
2) Soins à domicile	1651	38,8
Total	4257	100



A. Premiers indicateurs de malaise

Le tableau suivant (Tableau 17) expose les premiers indicateurs de malaise insufflés non seulement grâce à la théorie de Paugam, mais aussi en parcourant les variables du questionnaire de base de l'enquête NEXT. En effet, nous ne pouvions opérationnaliser des concepts que si des variables pouvant les composer étaient présentes dans notre base de données. Nous avons ainsi décelé dix regroupements de variables correspondant aux sous-dimensions ou indicateurs dont 66 variables les composent.

Les deux premiers regroupements correspondent à l'axe du rapport à l'emploi de Paugam. Celui-ci décrit surtout le concept de stabilité ou sécurité de l'emploi. Néanmoins, nous avons pris la liberté, par rapport aux questions posées aux infirmiers-ères, de rajouter un indicateur dans cet axe : celui des perspectives de promotion. Nous aurions pu le placer dans l'*homo œconomicus*, comme Paugam le préconise plutôt, or nous avons décidé de le placer dans la stabilité de

⁵² En Belgique francophone, il existe 5 types de formations en soins : 1) Aide-soignant-e (1 à 1,5 an) ; 2) Infirmier-ère breveté-e ou hospitalier-ère (Brevet d'infirmier-ère hospitalier-ère) (A2) (3 à 3,5 ans) ; 3) Infirmier-ère gradué-e ou bachelier-ère (Graduat ou Bachelier en soins infirmiers) (A1) (4 ans) ; 4) Infirmier-ère spécialisé-e (diabétologie, gériatrie, oncologie, pédiatrie et néonatalogie, santé mentale et psychiatrie, soins intensifs et d'urgence, soins palliatifs, soins péri-opératoires) (4 ans + 1) ; 5) Bachelier-ère-accoucheur-se ou sage-femme (4 ans).

l'emploi, car les questions posées aux infirmiers-ères par rapport aux perspectives de promotion étaient mélangées à celles concernant l'emploi et sa sécurité, et non à la satisfaction financière. Nous en avons déduit que, selon le ton des questions, le répondant songeait plutôt à la stabilité de son emploi qu'à sa situation économique.

Tableau 17 – Premiers indicateurs de malaise issus de la théorie

Concepts	Dimensions	Sous-dimensions ou indicateurs	Variables
Rapport à l'emploi (statut)		Sécurité de l'emploi	6
		Perspectives de promotion	3
Rapport au travail (satisfaction)	<i>Homo œconomicus</i>	Satisfaction financière	6
	<i>Homo sociologicus</i>	En général	7
		Relations avec la hiérarchie	10
		Relations avec les collègues	6
	<i>Homo faber</i>	Sens du travail	5
		Stress	5
		Autonomie	7
		Intensification du travail	11
	Total	10	66

Les huit autres indicateurs correspondent à l'axe de la satisfaction dans le travail, en fonction des trois dimensions de Paugam. L'*homo œconomicus* ne possède qu'une sous-dimension : celle de la satisfaction financière. Pour l'*homo sociologicus*, nous avons d'abord extrait deux indicateurs de relations : le premier avec la hiérarchie et le second avec les collègues. Dans sa théorie, Paugam mentionne aussi l'ambiance dans le travail ou la reconnaissance que les travailleurs retirent des relations qui s'établissent entre eux. Toutefois, en parcourant les différentes questions posées aux infirmiers-ères, aucune n'était clairement rapportée à l'ambiance de travail mais certaines portaient sur les relations en général. Nous avons donc opté pour trois indicateurs rassemblant des questions posées sur les relations soit de manière générale, soit avec les supérieurs hiérarchiques, soit avec les collègues de travail. Quatre indicateurs composent l'*homo faber* : la satisfaction vis-à-vis du sens, du stress, de l'autonomie et de l'intensification du travail. Ce dernier indicateur comprend les pénibilités et les risques de plus en plus encourus au travail depuis quelques années. Non seulement Paugam souligne ces quatre sous-dimensions dans sa théorie des intégrations professionnelles, mais de nombreuses questions posées aux infirmiers-ères traitent de ces sujets.

B. Première analyse en composantes principales (ACP)

Afin de valider le choix de nos regroupements de variables en indicateurs, nous avons procédé à une analyse en composantes principales. En effet, cette méthode permet d'extraire une série d'indicateurs composites (ou composantes) résumant l'information initiale. Nous voulions donc valider nos regroupements de variables par le biais de cette méthode. Même si toutes les

variables, ou presque, composant les indicateurs, sont catégorielles, elles sont traitées ici comme des échelles numériques ou encore comme des variables quantitatives discrètes. « Bien que ce procédé ne soit pas exempt de critiques et qu'il présente un certain caractère de quantification artificielle, il a permis de construire rapidement des indices factoriels en utilisant (...) une méthode plus classique d'analyse en composantes principales (ACP) qui repose sur la manipulation d'une matrice de corrélations » (Loriaux & Rémy, 2006, p. 57).

Dans le tableau suivant (Tableau 18), nous présentons une analyse en 10 composantes principales, dans le but de corroborer nos dires par rapport aux indicateurs du Tableau 17. Les variables y sont classées par indicateurs et leurs saturations (ou corrélations linéaires entre la variable et la composante) les plus élevées sont grisées. Il importe de repérer si les saturations les plus élevées des variables d'un indicateur se trouvent bien rassemblées dans une même composante. Nous pouvons remarquer d'emblée que c'est le cas pour l'indicateur des perspectives de promotion, de l'*homo œconomicus*, du stress et de l'intensification du travail. Quatre regroupements de variables étaient donc bien pensés. Néanmoins, pour les six autres, nous avons dû procéder à quelques changements expliqués dans le point suivant.

C. Nouveaux indicateurs de malaise

Suite à l'analyse en composantes principales (Tableau 18), nous avons dû remettre en cause nos premiers choix d'indicateurs de malaise. Tout d'abord, nous avons enlevé trois variables (ligne grisée dans le tableau) qui n'étaient pas spécialement bien corrélées avec aucune des dix composantes de l'analyse, et qui, de plus, s'éloignaient un peu du sujet des indicateurs. Par exemple, la satisfaction du temps de travail, eu égard au bien-être ou à la vie privée du répondant (variables 56a et 56b) reste assez vague et il semble difficile de la classer soit dans l'intensification, soit dans la reconnaissance. De même, le fait de travailler avec peu ou beaucoup de collègues (variable 4) ne nous apprend rien sur la qualité de la relation entretenue avec ces collègues. Nous avons alors choisi d'ôter ces trois variables, ce qui change notre total de variables à 63 au lieu de 66.

Ensuite, nous avons déplacé certaines variables d'un indicateur à l'autre. Dans le Tableau 18, les variables devant « quitter » un indicateur pour un autre sont en gras et en italique. Au bas de chaque série de variables par indicateur, nous avons inscrit en italique le chiffre de la variable devant être rajouté à la série de variables composant l'indicateur. Par exemple, pour l'indicateur de sécurité de l'emploi, l'on peut voir que la majorité des variables le composant sont bien corrélées avec la dixième composante de l'analyse. Or la variable 78 est mieux corrélée avec la cinquième composante, donc elle est envoyée dans un autre indicateur (celui de la reconnaissance). Aussi, la variable 25d, considérée au départ comme composant l'indicateur de l'autonomie, semble être corrélée davantage avec la dixième composante que la sixième ; elle est donc rajoutée dans l'indicateur de sécurité de l'emploi. Celui-ci était composé de 6 variables, on lui en a enlevé une, on en a rajouté une, il conserve donc le même nombre de variables, même si la combinaison a quelque peu changé. Nous avons donc opéré de la sorte pour tous les autres indicateurs, sauf pour les quatre qui ne devaient pas être changés que nous avons déjà évoqué au point précédent (l'indicateur de perspectives de promotion, de l'*homo œconomicus*, de stress et d'intensification du travail).

Tableau 18 – Première analyse en composantes principales (10 indicateurs)

Matrice des composantes après rotation	Composantes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SECURITE D'EMPLOI (6 variables-1+1=6)										
8-CDI	-0,040	-0,084	0,038	0,032	-0,123	0,124	-0,157	-0,068	-0,165	0,180
20-Perception du marché de l'emploi dans votre région	0,065	-0,115	-0,025	0,092	-0,137	0,1015	0,138	0,037	0,023	0,528
25a-Craindre de perdre son emploi	-0,027	0,038	0,018	-0,003	0,131	0,081	-0,118	-0,064	0,068	0,668
25c-Craindre d'avoir du mal à trouver un autre emploi, si perte de celui-ci	0,015	-0,011	-0,010	0,023	-0,052	0,011	0,120	0,002	0,069	0,663
78-Changement indésirable dans situation de travail	0,142	0,062	0,063	0,056	0,368	-0,035	-0,045	0,165	-0,085	0,320
79-Sécurité d'emploi menacée	-0,020	0,045	0,071	0,001	0,318	0,062	-0,131	0,029	0,085	0,591
+ 25d										
PERSPECTIVES DE PROMOTION (3 variables)										
24a binaire-Satisfaction des perspectives professionnelles	0,167	0,217	0,159	0,083	0,584	0,014	0,148	0,011	-0,015	0,005
77-Perspectives de promotion faibles	0,106	-0,047	0,232	0,087	0,625	0,126	0,044	-0,005	0,084	0,076
82-Vu les efforts et réalisations, perspectives de promotion satisfaisantes	0,118	0,034	0,301	0,089	0,666	0,126	0,020	0,027	0,065	0,056
HOMO OECONOMICUS (6 variables)										
83-Vu les efforts et réalisations, perspectives de promotion satisfaisantes	0,037	0,193	0,645	-0,062	0,102	0,026	-0,009	0,120	-0,042	-0,008
84-Comment évaluez-vous votre situation financière?	-0,046	0,054	0,649	0,040	0,206	0,057	0,005	0,111	0,078	0,108
85a-Satisfaction financière considérant vos besoins financiers?	0,082	0,085	0,782	0,000	0,111	0,043	0,037	0,021	0,061	0,065
85b-Satisfaction financière considérant le salaire d'autres professions comparables?	0,085	0,183	0,659	-0,021	0,058	0,008	0,048	0,051	-0,026	-0,030
85c-Satisfaction financière considérant le salaire d'infirmiers d'autres institutions?	0,090	0,157	0,585	0,044	-0,094	0,041	0,041	-0,050	0,003	0,087
91-Est-ce un problème d'acquiescer un logement à un prix abordable?	-0,066	0,002	0,453	0,081	0,253	0,093	-0,072	0,056	0,001	0,080
HOMO SOCIO 1-EN GENERAL (7 variables-3+3=7) -> RECONNAISSANCE										
24c-Satisfaction de l'utilisation de vos compétences?	0,214	0,100	-0,078	-0,028	0,534	0,024	0,178	0,065	-0,013	-0,071
24d-Satisfaction du soutien psychologique sur le lieu de travail?	0,327	0,376	0,066	-0,003	0,193	0,084	0,080	0,218	0,114	-0,002
60-Avez-vous la possibilité de discuter des questions professionnelles importantes?	0,322	0,195	-0,008	0,102	0,137	0,243	0,123	0,190	0,278	0,025
63c-Au travail, êtes-vous l'objet de violence de la part des patients ou leur famille?	-0,017	0,248	0,107	-0,029	0,094	-0,162	0,137	0,440	-0,079	0,029
63d Binaire-Au travail, êtes-vous l'objet de discrimination?	0,044	0,070	0,091	0,028	-0,074	-0,012	0,057	0,545	0,049	0,055
75-Au travail, soutien satisfaisant dans les situations difficiles	0,222	0,229	0,004	0,083	0,263	0,040	-0,014	0,387	0,153	0,022
81-Vu mes efforts, je reçois le respect/estime que je mérite à mon travail	0,255	0,209	0,088	0,088	0,414	0,145	0,064	0,361	0,116	-0,001
+24 f+73+78										
HOMO SOCIO 2-HIERARCHIE (10 variables-2+1=9)										
57a-Votre responsable hiérarchique se rend-il compte de la valeur de votre travail?	0,707	0,090	0,043	0,081	0,081	0,047	0,135	0,142	0,136	0,035
57c-Votre responsable hiérarchique donne-t-il son avis sur votre travail?	0,485	-0,026	-0,026	0,011	0,161	-0,020	0,027	-0,184	0,343	-0,020
57d-Recevez-vous le support/conseil de votre responsable hiérarchique?	0,716	0,018	0,028	0,014	0,138	0,016	0,019	-0,021	0,242	-0,011
58-Votre responsable hiérarchique est-il disposé à vous aider dans vos tâches?	0,724	0,077	0,020	0,054	0,005	0,041	0,056	0,180	0,066	0,019
63a-Au travail, êtes-vous l'objet de harcèlement moral de la part de vos supérieurs?	0,235	0,065	0,077	0,086	0,162	0,105	0,010	0,628	-0,006	0,030
64a-Votre supérieur immédiat s'assure-t-il des bonnes possibilités de dvp de chacun?	0,796	0,084	0,046	0,028	0,138	0,103	0,038	0,065	0,089	-0,022
64b-Votre supérieur immédiat accorde-t-il une priorité importante à la satisfaction au travail?	0,808	0,080	0,046	0,048	0,091	0,107	0,086	0,080	0,048	-0,004
64c-Votre supérieur immédiat planifie-t-il bien le travail?	0,814	0,070	0,031	0,009	0,076	-0,015	0,078	0,068	-0,004	0,034
64d-Votre supérieur immédiat résout-il bien les conflits?	0,783	0,041	0,084	-0,012	0,097	0,043	0,005	0,107	0,065	-0,004
73-Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs	0,364	0,170	0,107	0,014	0,321	0,122	0,042	0,354	-0,054	0,098
+ 60										

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
HOMO SOCIO 3-COLLEGUES (6 variables-2=4)										
4-Avec combien de collègues travaillez-vous habituellement?	0,013	-0,025	-0,052	-0,045	-0,035	-0,098	-0,010	0,011	0,248	0,096
57b-Vos collègues se rendent-ils compte de la valeur de votre travail et ses résultats?	0,200	0,055	0,118	0,118	-0,051	0,012	0,124	0,241	0,619	0,032
57c-Vos collègues donnent-ils leur avis sur votre travail?	0,149	0,041	0,073	-0,056	0,113	0,029	0,027	-0,209	0,624	-0,020
57f-Recevez-vous le soutien et les conseils de vos collègues?	0,179	0,041	-0,001	0,070	0,061	0,023	0,078	0,089	0,755	0,080
59-Vos collègues sont-ils généralement disposés à vous aider dans vos tâches?	0,157	0,106	-0,036	0,125	-0,041	0,085	0,082	0,268	0,594	-0,031
63b-Au travail, êtes-vous l'objet de harcèlement moral de la part de vos collègues?	0,113	-0,034	0,012	0,136	0,029	0,114	-0,032	0,671	0,206	-0,010
HOMO FABER 1-SENS (5 variables-2+1=4)										
24b-Etes-vous satisfait des conditions physiques de travail?	0,183	0,509	0,176	0,149	0,144	0,015	0,107	0,065	-0,090	0,029
24f-Etes-vous satisfait de votre travail en général?	0,132	0,447	0,096	0,051	0,412	-0,050	0,198	0,102	-0,059	0,005
30d-Votre travail a-t-il du sens pour vous?	0,116	0,070	0,051	-0,060	0,112	0,102	0,799	0,083	0,062	-0,008
30e-Estimez-vous que le travail que vous réalisez est important?	0,083	-0,041	0,019	-0,005	0,051	0,070	0,783	0,049	0,108	-0,022
30f-Vous sentez-vous motivé/impliqué dans votre travail?	0,153	0,094	0,062	0,007	0,206	0,072	0,743	0,055	0,034	0,029
+ 30a										
HOMO FABER 2-STRESS (5 variables)										
65b-Dès que vous vous levez le matin, vous songez aux problèmes du travail	0,040	0,236	-0,012	0,701	0,018	-0,007	0,056	0,033	0,049	0,001
65c-Lorsque vous rentrez chez vous, vous pouvez facilement vous détendre et vous déconnecter du travail	0,040	0,164	-0,013	0,662	0,090	0,100	-0,011	0,075	0,032	0,020
65d-Vos proches disent que vous sacrifiez trop de choses pour votre travail	0,073	0,207	0,045	0,553	0,040	-0,024	-0,049	0,129	0,042	0,012
65e-Vous pensez tellement au travail qu'il vous occupe encore l'esprit au coucher	0,048	0,108	0,025	0,793	0,051	0,008	-0,056	0,059	0,061	0,025
65f-Si vous reportez une tâche qui aurait pu être faite aid, vous avez un sommeil perturbé pdt la nuit	-0,039	0,078	0,007	0,643	0,027	0,041	-0,048	-0,043	-0,016	0,105
HOMO FABER 3-AUTONOMIE (7 variables-2=5)										
25d-Craignez-vous d'être muté à un autre poste/lieu de travail contre votre gré?	-0,022	0,111	0,149	0,007	0,026	-0,010	0,014	0,091	-0,025	0,508
30a-Votre travail nécessite-t-il que vous preniez des initiatives?	0,035	-0,215	-0,010	-0,036	-0,057	0,327	0,489	-0,049	0,085	0,117
32a-J'ai mon mot à dire dans le type de tâches que l'on me demande de réaliser	0,173	0,115	0,007	-0,010	0,147	0,609	0,207	0,044	0,031	0,035
32b-Je peux décider moi-même comment accomplir les tâches qui me sont attribuées	0,025	0,058	0,031	0,020	0,090	0,738	0,151	0,086	-0,003	-0,003
32c-Je peux travailler à mon propre rythme	0,014	0,417	0,115	0,141	0,094	0,615	0,032	0,003	-0,060	-0,068
32d-Je peux décider quand accomplir les tâches qui me sont attribuées	0,015	0,208	0,107	0,044	0,089	0,728	0,003	-0,001	-0,011	0,046
54-Quelle influence avez-vous dans l'établissement de votre horaire de travail?	0,222	0,039	0,083	0,028	-0,084	0,350	0,052	0,034	-0,079	0,194
HOMO FABER 4-INTENSIFICATION (11 variables-2+1=10)										
24e-Etes-vous satisfait des possibilités d'apporter à vos patients les soins qu'ils requièrent?	0,074	0,602	0,008	0,035	0,180	-0,049	0,131	0,022	0,035	0,006
31b-Avez-vous suffisamment de temps pour discuter avec les patients?	0,085	0,696	0,087	0,027	0,012	0,232	0,113	0,037	0,073	0,026
31c-A quelle fréquence manquez-vous de temps pour réaliser toutes vos tâches?	0,034	0,690	0,086	0,155	-0,008	0,034	-0,041	0,060	0,045	0,005
31d-Pouvez-vous prendre une pause dans votre travail quand vous voulez?	0,071	0,459	0,068	0,059	-0,069	0,379	-0,150	0,015	0,052	-0,070
31f-Devez-vous travailler très rapidement?	0,012	0,644	0,096	0,106	0,026	0,221	-0,216	0,058	0,033	-0,048
31g-Votre charge de travail est-elle inégale de manière à ce que vous soyez débordé?	0,052	0,661	0,102	0,110	0,057	0,048	-0,072	0,053	0,034	-0,059
56a-Etes-vous satisfait de votre temps de travail eu égard à votre bien-être?	0,149	0,165	0,284	0,305	0,093	0,083	0,171	0,213	-0,162	-0,110
56b-Etes-vous satisfait de votre temps de travail eu égard à votre vie privée?	0,177	0,135	0,330	0,296	0,029	0,090	0,126	0,087	-0,210	-0,098
65a-Au travail, vous êtes facilement submergé par les contraintes de temps	-0,039	0,461	0,102	0,331	0,006	0,117	-0,018	-0,006	0,012	0,056
67-Je suis constamment pressé à cause d'une forte charge de travail	0,024	0,612	0,162	0,198	-0,006	0,154	-0,038	0,071	0,021	0,020
72-Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant	0,061	0,427	0,060	0,179	0,065	-0,040	0,058	0,142	0,010	0,177
+ 24b										

Dans cette opération, nous avons renommé l'indicateur des relations au travail en général par l'indicateur de la reconnaissance. En effet, souvenons-nous de la définition de l'*homo sociologicus* de Paugam qui incluait non seulement les relations avec les collègues et la hiérarchie, mais aussi l'ambiance de travail et la reconnaissance. Il nous était difficile *a priori* de déceler les variables correspondant directement à la reconnaissance, nous les avons donc agglomérées dans un indicateur de relations en général. Suite à l'analyse en composantes principales, nous nous sommes rendu compte qu'il fallait désormais changer l'intitulé de cet indicateur car les variables corrélées à la même composante (à savoir la cinquième du Tableau 18) traitent toutes de la satisfaction par rapport à la reconnaissance au travail. Néanmoins, si l'on observe bien les saturations, l'on remarque que les variables des perspectives de promotion sont également le plus corrélées avec la cinquième composante. Ces deux indicateurs semblent interdépendants. Pourtant, il va de soi que ces deux concepts demeurent distincts car l'on peut se sentir reconnu dans son travail sans pour autant obtenir facilement des perspectives de promotion et vice versa. Nous avons alors décidé de maintenir hétérogènes les indicateurs de perspectives de promotion et de reconnaissance, même si leurs variables sont corrélées à la même composante.

Enfin, quatre variables se distinguaient tellement des autres, en étant seules bien corrélées à la composante n°8, que nous nous sommes vus dans l'obligation de nous y attarder. Ces quatre variables correspondent à une série de questions se rapportant à la violence de la part de patient-e-s, à la discrimination et au harcèlement moral de la part de collègues ou supérieurs.

Il va de soi que la souffrance des patient-e-s et de leurs proches peut les entraîner à avoir des comportements violents tant physiques que psychologiques. Marie Alderson et Camille Boivin-Desrochers relatent que, selon certaines enquêtes canadiennes, « 34% des infirmières canadiennes œuvrant dans les centres hospitaliers ou les établissements de soins de longue durée affirment avoir subi de la violence physique de la part d'un patient et 47% d'entre elles mentionnent avoir subi de la part de ce dernier de la violence psychologique » (2014, p. 89). Cette violence particulière fait aussi partie de l'équation de la souffrance ou du malaise infirmier. Avant même de gérer les émotions des malades et de leur famille, les infirmiers-ères doivent aussi se préserver des excès d'émotions se traduisant par des actes de violence. Dès lors, il est aussi légitime de s'interroger sur les causes de comportements violents des patient-e-s et de leurs proches, comme une forme de réaction à un manque de reconnaissance, comme le suggère Honneth (2010).

Nous avons alors créé un nouvel indicateur s'intitulant « violence », ce qui augmente notre total d'indicateur à 11, pour un total de 63 variables. Le tableau suivant (Tableau 19) résume ces informations. Nous y avons grisé le « nouvel » indicateur de violence et celui de la reconnaissance que nous avons redéfini.

Tableau 19 – Indicateurs de malaise issus de la première analyse en composantes principales

Concepts	Dimensions	Sous-dimensions ou indicateurs	Variables
Rapport à l'emploi (statut)		Sécurité de l'emploi	6
		Perspectives de promotion	3
Rapport au travail (satisfaction)	<i>Homo œconomicus</i>	Satisfaction financière	6
	<i>Homo sociologicus</i>	Reconnaissance	7
		Relations avec la hiérarchie	9
		Relations avec les collègues	4
		Violence/Harcèlement	4
	<i>Homo faber</i>	Sens du travail	4
		Stress	5
		Autonomie	5
		Intensification du travail	10
	Total	11	63

D. Deuxième ACP et alphas de Cronbach

Afin de tester notre nouveau choix de variables, dans un premier temps, nous avons lancé une nouvelle analyse en composantes principales, en enlevant les trois variables qui n'étaient pas bien corrélées avec aucune des composantes ; et dans un deuxième temps, nous avons observé les alphas de Cronbach⁵³ par indicateur de malaise.

Dans notre nouvelle analyse en composantes principales, nous ne demandons que dix composantes. En effet, comme nous l'avons expliqué précédemment, deux indicateurs semblent bien corrélés avec une seule composante, à savoir l'indicateur des perspectives de promotion et celui de la reconnaissance. D'autre part, si nous recherchons onze composantes dans l'analyse, ces deux indicateurs semblent éclatés et ne conservent que peu de sens. Nous avons alors décidé de ne rechercher que dix composantes, tout en sachant que l'une d'elles comprendra deux indicateurs. Nous obtenons donc une analyse en composantes principales avec dix composantes, dans le Tableau 20, où nous avons regroupé sur la gauche les variables par indicateurs. Nous avons grisé les scores factoriels les plus élevés des variables et nous pouvons alors remarquer la cohérence des regroupements de ces variables en indicateurs.

⁵³ L'alpha de Cronbach est un modèle de cohérence interne fondé sur la corrélation moyenne entre items (ou variables). Plus la corrélation entre éléments est élevée, plus l'alpha est élevé. À partir de 0,700, on peut dire que la cohérence entre les variables est élevée. Ici, huit des indicateurs obtiennent des alphas supérieurs à 0,700, ce qui montre une cohérence assez élevée entre les variables. L'alpha de Cronbach pour l'indicateur de sécurité de l'emploi est plus faible que les autres indicateurs mais parvient néanmoins à une fiabilité relativement acceptable. Enlever l'une ou l'autre variable le composant n'en aurait pas amélioré la validité. Il a donc été décidé de maintenir cet indicateur dans le reste des analyses, malgré l'alpha de Cronbach peu élevé. Ces regroupements de variables allant de 0,602 à 0,887 ont donc une relativement bonne cohérence interne.

Tableau 20 – Deuxième analyse en composantes principales (11 indicateurs)

Matrice des composantes après rotation*	Composantes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SECURITE D'EMPLOI										
8-CDI	-0,043	-0,057	0,033	0,017	-0,152	0,104	-0,098	-0,140	-0,084	0,196
20-Perception du marché de l'emploi dans votre région	0,066	-0,093	-0,019	0,075	0,106	-0,001	-0,110	0,026	-0,029	0,556
25a-Craindre de perdre son emploi	-0,042	0,041	0,003	-0,008	-0,123	0,073	0,171	-0,036	-0,030	0,660
25c-Craindre d'avoir du mal à trouver un autre emploi, si perte de celui-ci	0,009	-0,008	-0,010	0,013	0,116	0,014	-0,046	0,065	-0,003	0,683
25d-Craignez-vous d'être muté à un autre poste/lieu de travail contre votre gré?	-0,023	0,093	0,169	0,029	0,015	0,003	0,030	-0,037	0,105	0,501
79-Sécurité d'emploi menacée	-0,025	0,049	0,038	-0,006	-0,134	0,044	0,375	0,059	0,062	0,558
PERSPECTIVES DE PROMOTION										
24a-Satisfaction des perspectives professionnelles	0,215	0,278	0,161	0,023	0,253	0,008	0,577	0,005	0,013	0,006
77-Perspectives de promotion faibles	0,109	-0,031	0,186	0,068	0,039	0,125	0,659	0,078	0,021	0,053
82-Vu les efforts et réalisations, perspectives de promotion satisfaisantes	0,126	0,061	0,248	0,071	0,030	0,123	0,694	0,061	0,055	0,034
HOMO OECONOMICUS										
83-Vu les efforts et réalisations, perspectives de promotion satisfaisantes	0,035	0,201	0,635	-0,069	-0,019	0,042	0,126	-0,018	0,122	-0,019
84-Comment évaluez-vous votre situation financière?	-0,029	0,056	0,648	0,105	0,036	0,052	0,211	0,049	0,102	0,097
85a-Satisfaction financière considérant vos besoins financiers?	0,090	0,104	0,799	0,023	0,061	0,037	0,131	0,063	0,008	0,050
85b-Satisfaction financière considérant le salaire d'autres professions comparables?	0,089	0,197	0,684	-0,003	0,073	0,005	0,050	-0,010	0,047	-0,031
85c-Satisfaction financière considérant le salaire d'infirmiers d'autres institutions?	0,087	0,156	0,633	0,039	0,055	0,056	-0,103	0,012	-0,018	0,083
91-Est-ce un problème d'acquiescer un logement à un prix abordable?	-0,051	0,014	0,438	0,107	-0,050	0,084	0,292	-0,038	0,061	0,060
HOMO SOCIO 1-VALORISATION/RECONNAISSANCE										
24c-Satisfaction de l'utilisation de vos compétences?	0,235	0,161	-0,043	-0,021	0,325	0,020	0,433	0,026	0,028	-0,065
24d-Satisfaction du soutien psychologique sur le lieu de travail?	0,375	0,384	0,083	0,035	0,116	0,091	0,225	0,102	0,246	-0,005
24f-Etes-vous satisfait de votre travail en général?	0,162	0,497	0,113	0,044	0,311	-0,035	0,347	-0,027	0,111	0,033
73-Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs	0,369	0,156	0,108	0,031	0,053	0,143	0,288	-0,025	0,366	0,078
75-Au travail, soutien satisfaisant dans les situations difficiles	0,216	0,222	-0,006	0,085	0,014	0,032	0,238	0,183	0,401	0,017
78-Changement indésirable dans situation de travail	0,140	0,066	0,049	0,058	-0,031	-0,037	0,364	-0,092	0,221	0,303
81-Vu mes efforts, je reçois le respect/estime que je mérite à mon travail	0,256	0,195	0,084	0,081	0,076	0,146	0,374	0,155	0,386	-0,010
HOMO SOCIO 2-HIERARCHIE										
57a-Votre responsable hiérarchique se rend-il compte de la valeur de votre travail?	0,704	0,087	0,044	0,072	0,132	0,038	0,054	0,154	0,152	0,049
57c-Votre responsable hiérarchique donne-t-il son avis sur votre travail?	0,499	-0,034	-0,041	0,047	0,034	-0,050	0,184	0,288	-0,247	-0,022
57d-Recevez-vous le support/conseil de votre responsable hiérarchique?	0,725	0,006	0,019	0,035	0,025	0,003	0,137	0,212	-0,034	-0,015
58-Votre responsable hiérarchique est-il disposé à vous aider dans vos tâches?	0,723	0,084	0,020	0,036	0,064	0,047	0,012	0,050	0,182	0,013
60-Avez-vous la possibilité de discuter des questions professionnelles importantes?	0,323	0,205	-0,012	0,095	0,141	0,211	0,109	0,302	0,187	0,033
64a-Votre supérieur immédiat s'assure-t-il des bonnes possibilités de dvlp de chacun?	0,797	0,100	0,042	0,022	0,050	0,099	0,102	0,097	0,073	-0,025
64b-Votre supérieur immédiat accorde-t-il une priorité importante à la satisfaction au travail?	0,808	0,087	0,042	0,031	0,092	0,115	0,062	0,062	0,090	-0,007
64c-Votre supérieur immédiat planifie-t-il bien le travail?	0,812	0,066	0,026	0,001	0,085	-0,001	0,045	0,010	0,080	0,029
64d-Votre supérieur immédiat résout-il bien les conflits?	0,781	0,038	0,082	-0,017	0,008	0,058	0,070	0,068	0,130	-0,009

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
HOMO SOCIO 3-COLLEGUES										
57b-Vos collègues se rendent-ils compte de la valeur de votre travail et ses résultats?	0,204	0,054	0,111	0,068	0,072	0,009	-0,039	0,691	0,219	0,053
57e-Vos collègues donnent-ils leur avis sur votre travail?	0,164	0,045	0,046	-0,058	0,034	-0,031	0,131	0,627	-0,290	0,019
57f-Recevez-vous le soutien et les conseils de vos collègues?	0,175	0,033	-0,030	0,031	0,056	0,010	0,069	0,806	0,032	-0,041
59-Vos collègues sont-ils généralement disposés à vous aider dans vos tâches?	0,148	0,097	-0,031	0,081	0,057	0,064	-0,058	0,639	0,268	-0,018
HOMO SOCIO 4-VIOLENCE/HARCELEMENT										
63a-Au travail, êtes-vous l'objet de harcèlement moral de la part de vos supérieurs?	0,256	0,063	0,072	0,121	0,037	0,155	0,175	-0,015	0,571	0,014
63b-Au travail, êtes-vous l'objet de harcèlement moral de la part de vos collègues?	0,090	-0,021	0,018	0,122	0,010	0,128	-0,023	0,243	0,638	-0,037
63c-Au travail, êtes-vous l'objet de violence des patients ou de leur famille?	-0,003	0,286	0,069	0,000	0,162	-0,181	0,095	-0,089	0,402	-0,003
63d-Au travail, êtes-vous l'objet de discrimination?	0,075	0,069	0,098	0,004	0,017	-0,047	-0,038	0,013	0,507	0,058
HOMO FABER 1-SENS										
30a-Votre travail nécessite-t-il que vous preniez des initiatives?	0,057	-0,220	0,015	-0,014	0,494	0,318	-0,069	0,080	-0,095	0,089
30d-Votre travail a-t-il du sens pour vous?	0,105	0,062	0,064	-0,042	0,804	0,109	0,082	0,057	0,085	-0,008
30e-Estimez-vous que le travail que vous réalisez est important?	0,076	-0,050	0,030	-0,007	0,791	0,075	0,019	0,091	0,050	-0,016
30f-Vous sentez-vous motivé/impliqué dans votre travail?	0,157	0,100	0,071	-0,013	0,746	0,081	0,173	0,024	0,075	0,024
HOMO FABER 2-STRESS										
65b-Dès que vous vous levez le matin, vous songez aux problèmes du travail	0,041	0,241	0,014	0,720	0,064	0,009	-0,005	0,051	0,062	-0,006
65c-Lorsque vous rentrez chez vous, vous pouvez facilement vous détendre et vous déconnecter du travail	0,039	0,161	-0,008	0,658	0,016	0,108	0,064	0,021	0,099	0,013
65d-Vos proches disent que vous sacrifiez trop de choses pour votre travail	0,057	0,219	0,049	0,545	-0,043	-0,022	0,050	0,056	0,086	0,029
65e-Vous pensez tellement au travail qu'il vous occupe encore l'esprit au coucher	0,078	0,110	0,046	0,818	-0,018	-0,015	0,046	0,039	0,085	0,010
65f-Si vous reportez une tâche qui aurait pu être faite aid, vous avez un sommeil perturbé par la nuit	-0,018	0,122	0,032	0,653	-0,067	0,032	0,033	-0,034	-0,050	0,068
HOMO FABER 3-AUTONOMIE										
32a-J'ai mon mot à dire dans le type de tâches que l'on me demande de réaliser	0,167	0,133	0,017	-0,030	0,230	0,637	0,147	0,046	0,042	0,052
32b-Je peux décider moi-même comment accomplir les tâches qui me sont attribuées	0,031	0,055	0,029	0,023	0,143	0,749	0,086	0,016	0,101	-0,018
32c-Je peux travailler à mon propre rythme	0,020	0,431	0,096	0,160	0,014	0,646	0,099	-0,013	0,043	-0,046
32d-Je peux décider quand accomplir les tâches qui me sont attribuées	0,017	0,214	0,090	0,070	0,026	0,737	0,088	0,008	0,020	0,048
54-Quelle influence avez-vous dans l'établissement de votre horaire de travail?	0,196	0,047	0,065	-0,039	0,055	0,363	-0,038	-0,035	-0,019	0,227
HOMO FABER 4-INTENSIFICATION										
24b-Etes-vous satisfait des conditions physiques de travail?	0,190	0,575	0,144	0,101	0,155	-0,007	0,185	-0,063	0,066	0,040
24e-Etes-vous satisfait des possibilités d'apporter à vos patients les soins qu'ils requièrent?	0,099	0,629	0,021	0,054	0,177	-0,050	0,187	0,045	0,031	-0,011
31b-Avez-vous suffisamment de temps pour discuter avec les patients?	0,081	0,721	0,061	0,020	0,114	0,228	-0,002	0,083	0,027	0,020
31c-A quelle fréquence manquez-vous de temps pour réaliser toutes vos tâches?	0,038	0,681	0,083	0,169	-0,054	0,040	-0,026	0,056	0,054	0,003
31d-Pouvez-vous prendre une pause dans votre travail quand vous voulez?	0,060	0,485	0,062	0,065	-0,128	0,361	-0,063	0,075	0,004	-0,058
31f-Devez-vous travailler très rapidement?	-0,001	0,673	0,127	0,142	-0,201	0,219	-0,005	0,050	0,057	-0,033
31g-Votre charge de travail est-elle inégale de manière à ce que vous soyez débordé?	0,058	0,656	0,121	0,148	-0,095	0,065	0,049	0,013	0,065	-0,062
65a-Au travail, vous êtes facilement submergé par les contraintes de temps	-0,038	0,491	0,095	0,362	-0,030	0,135	0,024	0,053	-0,028	0,060
67-Je suis constamment pressé à cause d'une forte charge de travail	0,028	0,592	0,155	0,181	-0,070	0,157	-0,004	0,042	0,085	0,020
72-Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant	0,058	0,406	0,069	0,181	0,067	-0,045	0,060	0,012	0,150	0,172
Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales. Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.										
*La rotation a convergé en 8 itérations.										

Les plus hauts scores factoriels des variables de l'indicateur de la reconnaissance ne sont pas tous regroupés dans une même composante (voir Tableau 20), rappelons seulement que c'est un choix théorique combiné à des saturations relativement élevés qui ont guidé notre choix de ne pas répartir ces variables ailleurs. En effet, trois variables semblent « hésitantes » : il s'agit de la satisfaction du soutien psychologique (24d), de la satisfaction générale du travail (24f) et du respect des supérieurs (73). Même si elles pourraient être mieux représentées par l'indicateur de la hiérarchie ou de l'intensification, toutes les trois ont un lien direct avec un sentiment de reconnaissance. Ce dernier concept étant difficilement mesurable, mais crucial, il a semblé congruent d'associer la reconnaissance avec le soutien psychologique, le respect des supérieurs et la satisfaction générale. Cette analyse en composantes principales prouve donc bien la pertinence des regroupements des variables en indicateurs.

L'alpha de Cronbach est un modèle de cohérence interne fondé sur la corrélation moyenne entre items (ou variables). Plus la corrélation entre éléments est élevée, plus l'alpha est élevé. À partir de 0,700, on peut dire que la cohérence entre les variables est élevée. Ici (Tableau 21), sept des indicateurs obtiennent des alphas supérieurs à 0,700, ce qui montre une cohérence assez élevée entre les variables. Les indicateurs des perspectives de promotion et de satisfaction financière atteignent presque une cohérence correcte, tandis que les indicateurs de sécurité de l'emploi ainsi que celui de la violence parviennent à une fiabilité relativement acceptable⁵⁴. Nous pouvons donc dire que ces regroupements de variables ont une relativement bonne cohérence interne et qu'il est intéressant d'en créer des indicateurs.

Tableau 21 – Alphas de Cronbach par indicateur

INDICATEURS	NOMBRE D'ELEMENTS	ALPHAS DE CRONBACH
Sécurité de l'emploi	6	0,562
Perspectives de promotion	3	0,689
Homo œconomicus	6	0,697
Homo sociologicus 1 - Reconnaissance	7	0,718
Homo sociologicus 2 - Hiérarchie	9	0,886
Homo sociologicus 3 - Collègues	4	0,728
Homo sociologicus 4 - Violence	4	0,527
Homo faber 1 - Sens	4	0,758
Homo faber 2 - Stress	5	0,770
Homo faber 3 - Autonomie	5	0,745
Homo faber 4 - Intensification	10	0,808

E. Addition des variables

À partir du moment où le choix des variables a été fixé, il fallait construire, proprement dit, les indicateurs synthétiques. Pour ce faire, deux méthodes ont été utilisées. La deuxième, présentée dans le point suivant, correspond à utiliser la première composante d'une analyse en composantes principales des variables composant un indicateur. En effet, les premières

⁵⁴ Les alphas de Cronbach pour les indicateurs de sécurité de l'emploi et de violence sont plus faibles que les autres indicateurs. Or enlever l'une ou l'autre variable composant ces indicateurs n'en aurait pas amélioré la validité. Nous avons donc décidé de maintenir ces indicateurs dans le reste de nos analyses, malgré leurs alphas de Cronbach peu élevés.

composantes de chaque groupe correspondent à de nouvelles variables, issues d'une équation pondérant chaque variable du groupe en fonction de sa corrélation avec le groupe, c'est ce que nous appellerons « les indicateurs issus de l'analyse en composantes principales ». La méthode que nous présentons dans ce point-ci est une addition de variables pour n'en créer qu'une. Nous comparerons par la suite les indicateurs issus des deux méthodes.

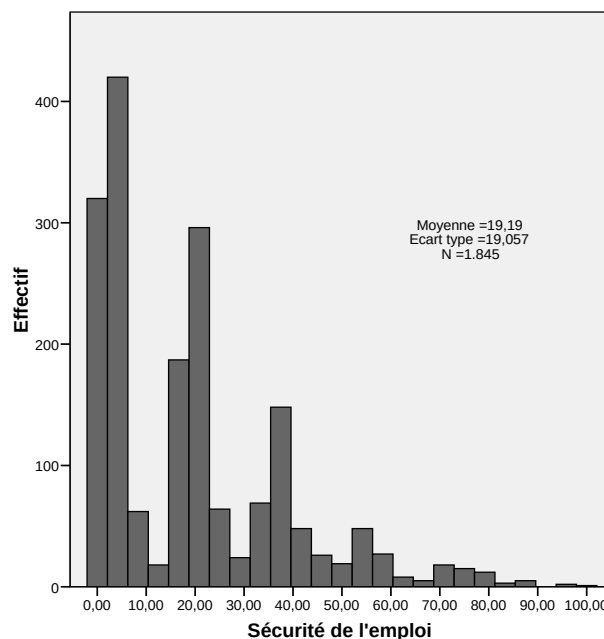
Nous avons d'abord essayé d'additionner les variables composant les indicateurs en dichotomisant chaque variable pour les uniformiser, or il s'est avéré que la perte d'informations et de détails dans l'indicateur était tellement importante qu'elle pouvait presque entraîner un changement de sens de l'indicateur. Nous avons alors opté pour le recodage de chaque variable afin qu'au moins 10% de l'échantillon se retrouve dans chacune des modalités. La perte d'informations dans l'indicateur s'est à nouveau constatée. Nous avons alors décidé de laisser toutes les modalités des variables, même si certaines modalités ne représentaient que peu de pourcentages de l'échantillon. Nous avons polarisé chaque variable, autrement dit nous les avons toutes recodées dans le sens de la satisfaction (ou sécurité) vers l'insatisfaction (ou insécurité). Ensuite, nous avons pris soin de ramener chaque variable sur une échelle de 0 à 1 pour ne pas donner plus de poids à l'une ou l'autre modalité. On stipule donc que les écarts entre les modalités extrêmes sont identiques pour chaque variable, afin de les additionner simplement pour créer l'indicateur synthétique. Le maximum de chaque indicateur équivaut alors au nombre de variables le composant. Or afin de mieux comparer ces indicateurs entre eux, nous les avons tous ramenés sur une échelle de 0 à 100.

Prenons l'exemple de la construction de l'indicateur de sécurité de l'emploi, afin d'illustrer nos propos. Dans la Figure 14, nous avons retranscrit les six variables composant l'indicateur. Nous les avons d'abord toutes polarisées dans le sens de la sécurité vers l'insécurité. Ensuite, nous les avons ramenées de 0 à 1. Quatre d'entre elles étant déjà dichotomiques (n°8, 25a, 25c, 25d), il fallait donner le même poids aux deux autres variables. Pour la variable n°20, à cinq modalités, nous avons divisé un par le nombre d'écarts entre modalités, donc par quatre. L'écart entre chaque modalité est donc égal à 0,25. La variable n°20 va de 0 à 1, en passant par 0,25, 0,5 et 0,75. Il en va de même pour la variable n°79 : trois modalités donnent deux écarts, un divisé par deux égal à 0,5. La deuxième modalité aura donc un poids de 0,5. De cette manière, nous sommes assurés qu'aucune variable ne pèsera plus qu'une autre, et nous pouvons alors additionner ces six variables. Nous obtenons un indicateur de sécurité de l'emploi allant de 0 à 6, que nous ramenons de 0 à 100, comme le montre l'histogramme de la figure suivante (Figure 14). Nous avons agi de la sorte pour chaque variable⁵⁵.

⁵⁵ Voir Annexe II.1 – Variables composant les indicateurs de malaise et histogrammes des indicateurs.

Figure 14 – Construction de l'indicateur de sécurité de l'emploi (exemple)

SECURITÉ D'EMPLOI	
8 - Avez-vous un contrat à durée indéterminée?	
0) Oui	
1) Non	
20 - Comment percevez-vous le marché de l'emploi soignant dans votre région?	
0) Il est très facile de trouver un emploi	
0.25) Il est plutôt facile de trouver un emploi	
0.5) Il n'est pas très facile de trouver un emploi	
0.75) Il est assez difficile de trouver un emploi	
1) Il est très difficile de trouver un emploi	
25 - Craignez-vous...	
a. de perdre votre emploi?	
c. d'éprouver des difficultés à trouver un autre emploi, si vous perdiez le vôtre?	
d. d'être muté(e) à un autre poste/ lieu de travail contre votre gré?	
0) non	
1) oui	
79 - Ma sécurité d'emploi est menacée.	
0) Non	
0,5) Oui mais ça ne me stresse pas	
1) Oui et cela me stresse	



F. Premières composantes principales

Le dernier tableau de l'opérationnalisation des indicateurs (Tableau 22) résume différentes informations : les alphas de Cronbach explicités plus haut, ainsi que les résultats des analyses en composantes principales opérées pour chaque groupe de variables composant les indicateurs.

Une composante étant une combinaison linéaire de variables de départ, nous n'avons forcément demandé au logiciel qu'une et une seule composante, vu le choix déjà installé des regroupements de variables. Notre objectif ici est « d'obtenir une solution factorielle avec une dominante très forte de la première composante principale (qui est toujours la plus importante en termes de variance retenue par rapport à la variabilité de l'ensemble des variables introduites dans le modèle), de façon à pouvoir conclure à l'unidimensionnalité du concept qu'on tente d'opérationnaliser » (Loriaux & Rémy, 2006, p. 57).

Nous présentons donc dans le Tableau 22 les scores factoriels (ou saturations) pour chacune des variables dans la 1^{ère} composante principale, les valeurs propres initiales pour la 1^{ère} composante, et enfin le pourcentage de la variance totale expliquée par cette composante. Les saturations sont des coefficients de corrélation linéaire entre les variables originales en lignes et la 1^{ère} composante principale.

L'information (ou la variance) des variables de départ est résumée par la 1^{ère} composante. La valeur propre initiale est alors la variance de la 1^{ère} composante, qui explique la variance totale des variables de départ. La composante qui a une valeur propre supérieure à 1 concentre donc plus de variance que les variables initiales (Critère de Kaiser).

Tableau 22 – Analyses en composantes principales par indicateur (1ères composantes principales)

Premières composantes principales des indicateurs de malaise		Alpha de Cronbach	1ère composante principale		
			Saturations	Valeur propre initiale	% de la variance totale
SECURITE D'EMPLOI		0,562	0,261 0,511 0,729 0,663 0,542 0,645	2,011	33,511
8-CDI 20-Perception du marché de l'emploi dans votre région 25a-Craindre de perdre son emploi 25c-Craindre d'avoir du mal à trouver un autre emploi, si perte de celui-ci 25d-Craignez-vous d'être muté à un autre poste/lieu de travail contre votre gré? 79-Sécurité d'emploi menacée		0,689	0,718 0,823 0,830	1,882	62,719
PERSPECTIVES DE PROMOTION		0,697	0,683 0,703 0,824 0,716 0,628 0,480	2,776	46,270
24a-Satisfaction des perspectives professionnelles 77-Perspectives de promotion faibles 82-Vu les efforts et réalisations, perspectives de promotion satisfaisantes		0,718	0,574 0,695 0,649 0,703 0,633 0,406 0,728	2,823	40,323
HOMO OECONOMICUS		0,886	0,754 0,524 0,746 0,746 0,485 0,833 0,841 0,798 0,799	4,866	54,069
83-Vu les efforts et réalisations, perspectives de promotion satisfaisantes 84-Comment évaluez-vous votre situation financière? 85a-Satisfaction financière considérant vos besoins financiers? 85b-Satisfaction financière considérant le salaire d'autres professions comparables? 85c-Satisfaction financière considérant le salaire d'infirmiers d'autres institutions? 91-Est-ce un problème d'acquiescer un logement à un prix abordable?					
HOMO SOCIO 1-VALORISATION/RECONNAISSANCE					
24c-Satisfaction de l'utilisation de vos compétences? 24d-Satisfaction du soutien psychologique sur le lieu de travail? 24f-Etes-vous satisfait de votre travail en général? 73-Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs 75-Au travail, soutien satisfaisant dans les situations difficiles 78-Changement indésirable dans situation de travail 81-Vu mes efforts, je reçois le respect/estime que je mérite à mon travail					
HOMO SOCIO 2-HIERARCHIE					
57a-Votre responsable hiérarchique se rend-il compte de la valeur de votre travail? 57c-Votre responsable hiérarchique donne-t-il son avis sur votre travail? 57d-Recevez-vous le support/conseil de votre responsable hiérarchique? 58-Votre responsable hiérarchique est-il disposé à vous aider dans vos tâches? 60-Avez-vous la possibilité de discuter des questions professionnelles importantes? 64a-Votre supérieur immédiat s'assure-t-il des bonnes possibilités de dvlp de chacun? 64b-Votre supérieur immédiat accorde-t-il une priorité importante à la satisfaction au travail? 64c-Votre supérieur immédiat planifie-t-il bien le travail? 64d-Votre supérieur immédiat résoud-il bien les conflits?					

Premières composantes principales des indicateurs de malaise	Alpha de Cronbach	1ère composante principale		
		Saturations	Valeur propre initiale	% de la variance totale
HOMO SOCIO 3-COLLEGUES 57b-Vos collègues se rendent-ils compte de la valeur de votre travail et ses résultats? 57e-Vos collègues donnent-ils leur avis sur votre travail? 57f-Recevez-vous le soutien et les conseils de vos collègues? 59- Vos collègues sont-ils généralement disposés à vous aider dans vos tâches?	0,728	0,784 0,608 0,855 0,722	2,235	55,868
	0,527	0,730 0,724 0,491 0,663	1,737	43,437
	0,758	0,522 0,862 0,843 0,816	2,391	59,782
	0,770	0,769 0,699 0,639 0,844 0,659	2,635	52,698
	0,745	0,729 0,791 0,775 0,806 0,430	2,592	51,849
HOMO FABER 1-SENS 30a-Votre travail nécessite-t-il que vous preniez des initiatives? 30d-Votre travail a-t-il du sens pour vous? 30e-Estimez-vous que le travail que vous réalisez est important? 30f-Vous sentez-vous motivé/impliqué dans votre travail?	0,808	0,604 0,581 0,750 0,718 0,567 0,723 0,699 0,595 0,690 0,466	4,161	41,611
HOMO SOCIO 4-VIOLENCE/HARCELEMENT 63a-Au travail, êtes-vous l'objet de harcèlement moral de la part de vos supérieurs? 63b-Au travail, êtes-vous l'objet de harcèlement moral de la part de vos collègues? 63c-Au travail, êtes-vous l'objet de violence des patients ou de leur famille? 63d-Au travail, êtes-vous l'objet de discrimination?				
HOMO FABER 2-STRESS 65b-Dès que vous vous levez le matin, vous songez aux problèmes du travail 65c-Lorsque vous rentrez chez vous, vous pouvez facilement vous détendre et vous déconnecter du travail 65d-Vos proches disent que vous sacrifiez trop de choses pour votre travail 65e-Vous pensez tellement au travail qu'il vous occupe encore l'esprit au coucher 65f-Si vous reportez une tâche qui aurait pu être faite aid, vous avez un sommeil perturbé pdt la nuit				
HOMO FABER 3-AUTONOMIE 32a-J'ai mon mot à dire dans le type de tâches que l'on me demande de réaliser 32b-Je peux décider moi-même comment accomplir les tâches qui me sont attribuées 32c-Je peux travailler à mon propre rythme 32d-Je peux décider quand accomplir les tâches qui me sont attribuées 54-Quelle influence avez-vous dans l'établissement de votre horaire de travail?				
HOMO FABER 4-INTENSIFICATION 24b-Etes-vous satisfait des conditions physiques de travail? 24e-Etes-vous satisfait des possibilités d'apporter à vos patients les soins qu'ils requièrent? 31b-Avez-vous suffisamment de temps pour discuter avec les patients? 31c-A quelle fréquence manquez-vous de temps pour réaliser toutes vos tâches? 31d-Pouvez-vous prendre une pause dans votre travail quand vous voulez? 31f-Devez-vous travailler très rapidement? 31g-Votre charge de travail est-elle inégale de manière à ce que vous soyez débordé? 65a-Au travail, vous êtes facilement submergé par les contraintes de temps 67-Je suis constamment pressé à cause d'une forte charge de travail 72-Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant				

Les différents pourcentages des variances totales dépendent du nombre total des variables composant les indicateurs. En effet, le pourcentage de la variance totale veut dire le pourcentage de la variance totale des variables de départ expliquée par la composante. Le nombre de variables ici varie de 3 à 10. Au plus on a de variables initiales, au plus il est possible que la valeur propre initiale soit bien au-dessus de 1 et au moins la part de variance totale est grande. L'inverse est aussi vrai. Par exemple, pour l'indicateur de perspectives de promotion, il n'y a que 3 variables initiales. La valeur propre initiale est inférieure à 2, mais la part de la variance totale résumée par la 1^{ère} composante est supérieure à 60%.

Pour presque tous les indicateurs, la 1^{ère} composante explique près de la moitié de la variance totale, voire plus pour les indicateurs des perspectives de promotion (62,7%) et du sens du travail (59,8%). Et même si, pour l'indicateur de sécurité de l'emploi, moins de 40% sont expliqués (33,5%), « l'hypothèse d'unidimensionnalité du facteur n'a semblé devoir être remise en question » (Loriaux & Rémy, 2006, p. 58). À l'issue de ces analyses, nous obtenons donc onze solutions factorielles, (les premières composantes de chaque analyse en composantes principales), soit onze nouvelles variables, ou onze indicateurs de malaise, en fonction des regroupements de variables explicités plus haut.

G. Comparaison des indicateurs

Nous cherchons à démontrer ici une fois de plus que nos indicateurs, créés suite à des additions de variables précautionneusement choisies, peuvent être utilisés par la suite dans des analyses multivariées, en tant que nouvelles variables. Les analyses en composantes principales par indicateur, vues précédemment, nous ont également offert de nouvelles variables correspondant aux premières composantes, qui ne sont autres que des sommes pondérées des variables les composant en fonction des coefficients des coordonnées des composantes. Nous comparons alors ces composantes avec nos propres indicateurs à l'aide de corrélations linéaires de Pearson. Le tableau suivant (Tableau 23) démontre, grâce aux coefficients de corrélation, que les deux sortes d'indicateurs sont quasiment identiques. En effet, des coefficients de minimum 0,975 pour un maximum de 0,999 prouvent de manière efficace que l'utilisation de l'un ou l'autre indicateur dans nos régressions futures ne changera rien. Nous pouvons donc utiliser, dans la suite de nos analyses, les indicateurs issus de l'addition de variables.

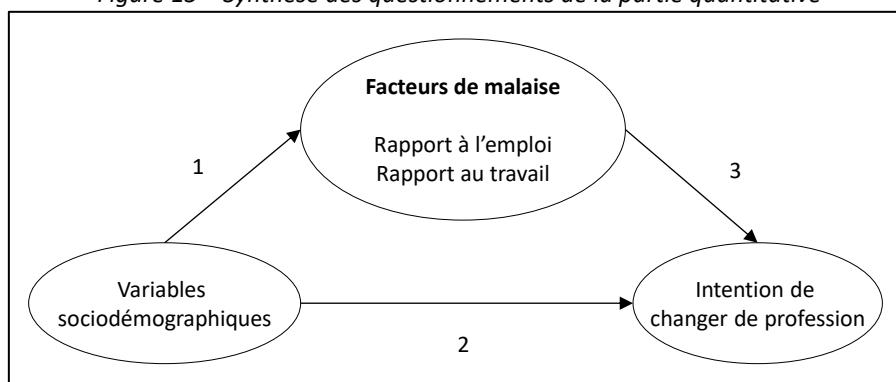
Tableau 23 – Corrélations entre les indicateurs issus de l'ACP et de l'addition de variables

Indicateurs issus de l'analyse en composantes principales	Indicateurs issus de l'addition de variables	Coefficients de corrélation de Pearson
FAC1_Sécurité	Sécurité d'emploi	0,979
FAC1_Promotion	Perspectives de promotion	0,995
FAC1_Œconomicus	Œconomicus	0,973
FAC1_Reconnaissance	Reconnaissance	0,979
FAC1_Supérieurs	Supérieurs	0,988
FAC1_Collègues	Collègues	0,996
FAC1_Violence	Violence	0,975
FAC1_Sens	Sens	0,992
FAC1_Stress	Stress	0,999
FAC1_Autonomie	Autonomie	0,988
FAC1_Intensification	Intensification	0,985
Seuil de confiance à 999% (p < 0,001)		

CHAPITRE 5 – ANALYSES STATISTIQUES

Dans ce chapitre, les différents concepts de Paugam, vus dans le CHAPITRE 2 – Un cadre théorique pour l'analyse du malaise infirmier, sont articulés avec la base de données NEXT dans laquelle il a fallu trouver des variables traitant de données individuelles, d'une volonté de quitter la profession, et de facteurs de malaise. Le schéma causal suivant (Figure 15) résume relativement bien le questionnement de départ de cette partie quantitative. Existe-t-il un profil type d'individus en malaise face à l'emploi infirmier ? Ce profil est-il le même pour tous les différents facteurs que l'on peut déceler ou peut-on rencontrer des personnes plus en malaise face à la sécurité de l'emploi que face à la satisfaction du travail, par exemple ? Aussi, quel serait le profil type des infirmiers-ères qui désirent ne plus l'être ? Et enfin, ces différents facteurs de malaise ont-ils un impact sur la volonté de quitter définitivement la profession infirmière ? Nous pouvons formuler nos divers questionnements en une question double : quelles sont les caractéristiques individuelles qui ont un impact sur les différentes formes de malaise ainsi que sur la volonté de quitter le métier d'infirmier ; et quelles sont les facteurs de malaise propres aux infirmiers-ères désirant abandonner la profession ? Ces questionnements peuvent être schématisés selon trois sortes d'impacts : les deux premiers impacts des caractéristiques sociodémographiques sur les facteurs de malaise et sur les départs anticipés et le troisième impact des formes de malaise sur les départs anticipés.

Figure 15 – Synthèse des questionnements de la partie quantitative



1. Nos hypothèses se basent sur les constatations de Paugam, à savoir que les insatisfactions par rapport à l'emploi et au travail sont manifestement plus importantes pour les femmes, les jeunes et les moins qualifié-e-s (Paugam, 2000). Même si Paugam ne traite pas particulièrement des infirmiers-ères dans ses travaux, emprunter ses hypothèses dans cette partie quantitative est intéressant justement pour mettre son cadre à l'épreuve et pour vérifier son adéquation à notre objet. D'autres caractéristiques causant plus de malaise peuvent être ajoutées telles que le travail à temps plein, car les travailleurs-euses ont alors plus de chances de subir les éventuelles mauvaises conditions de travail, et le fait d'avoir une vie familiale active (couple et enfants).

2. De même, si les personnes les plus insatisfaites sont les femmes, les jeunes et les moins qualifié-e-s, ce seraient ces mêmes personnes qui seraient plus à même de vouloir arrêter de travailler.

3. Enfin, on peut supposer que plus on est en malaise, plus on a l'intention de quitter sa profession. Un-e infirmier-ère en *intégration assurée* n'aurait donc pas spécialement envie de quitter son emploi, mais un individu en *intégration laborieuse* pourrait plus facilement imaginer arrêter de travailler, même si son emploi est stable, tant l'insatisfaction au travail serait grande.

(Paugam, 2000). Rappelons ici que les infirmiers-ères, en sécurité de l'emploi, se situeraient davantage dans ces deux dernières intégrations professionnelles.

Pour répondre à ces hypothèses, nous procèderons, dans ce chapitre en trois temps distincts dans l'analyse des données.

Dans un premier temps, nous présenterons l'analyse univariée, dans laquelle nous découvrirons les statistiques descriptives des variables indépendantes (11 caractéristiques individuelles), des onze indicateurs de malaise et des variables dépendantes (les intentions de départ). Concernant les départs anticipés des infirmiers-ères de l'échantillon, comme nous l'avons déjà dit plus haut, nous n'utiliserons pas le questionnaire LQ, car les répondant-e-s ne sont qu'au nombre de 110. Nous resterons donc dans la même base de données où nous utiliserons une variable d'intention de quitter la profession, présente dans le questionnaire de base.

Ensuite, l'analyse bivariée croisera les variables indépendantes non seulement avec les indicateurs de malaise mais aussi avec la variable d'intention de départ, puis cette dernière avec les indicateurs de malaise, traités ici en tant que variables explicatives, comme expliqué dans la Figure 15.

Dans un troisième temps, il s'agira de découvrir si ces facteurs de malaise touchent un certain profil de population quant à l'âge, le sexe, le niveau d'éducation atteint, etc. Il s'agira donc de déceler quelles variables indépendantes sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur ces facteurs de malaise. Le même travail sera fait entre les variables indépendantes avec la variable d'intention de départ. Enfin, nous tâcherons de déterminer si certains groupes plus insatisfaits que d'autres ont davantage tendance à quitter l'emploi infirmier. Pour ce faire, nous utiliserons des régressions linéaires qui jugeront des trois impacts dont nous avons parlé plus haut : les deux impacts des variables individuelles sur les indicateurs de malaise et sur l'intention de partir et l'impact des indicateurs de malaise sur l'intention de partir (Figure 15)⁵⁶.

1. Analyse univariée

Afin d'analyser une variable à la fois, nous commencerons par les variables indépendantes ou explicatives, à savoir les variables sociodémographiques. Ensuite, comme les indicateurs synthétiques peuvent être considérés comme des variables indépendantes ou comme des variables dépendantes, nous les analyserons à part, dans un second temps. Enfin, nous verrons les statistiques descriptives pour les variables dépendantes, c'est-à-dire pour la volonté de quitter le métier infirmier prématurément.

A. Variables indépendantes

Les variables individuelles qui vont être utilisées dans les régressions linéaires sont au nombre de onze. Malheureusement, nous avons dû nous limiter aux variables disponibles dans cette base de données secondaire et nous déplorons le manque d'informations concernant le-la conjoint-e éventuel-le et son activité professionnelle, la conciliation vie privée vie professionnelle, l'implication sociale et culturelle des individus ainsi que d'autres informations personnelles afin d'en savoir davantage sur ces infirmiers-ères. Nous nous attacherons donc à nos variables d'intérêt (âge, sexe, formation), afin de tester nos hypothèses, et aux variables intermédiaires, à

⁵⁶ Il faut rappeler ici que les régressions linéaires ne mesurent pas d'impact *per se*. Les régressions linéaires mesurent la variabilité d'une variable dépendante en fonction de la variation d'une (ou de plusieurs) autre(s) variable(s) indépendante(s) ou explicative(s). Utiliser le terme d'impact est sans doute un abus de langage, mais il demeure plus aisé pour la compréhension des coefficients.

savoir les variables relatives au travail, à la structure familiale, aux éventuelles infrastructures ménagères et à la santé ressentie par les individus. Les tableaux de fréquences sont présentés dans le texte, mais les graphiques sont représentés en annexe⁵⁷.

1) Âge

L'âge demeure une variable essentielle aux analyses non seulement pour repérer d'éventuelles différences de cohortes, mais aussi en tant que variable d'intérêt dans nos hypothèses.

Les infirmiers-ères de l'échantillon sont réparti-e-s de manière relativement uniforme ($\pm 16\%$) dans toutes les classes d'âge, si l'on regroupe les deux dernière classes ensemble. L'étendue est de 41 ans (de 22 ans à 63 ans), la moyenne est de 37,5 ans avec un écart-type de 9 ans, et la médiane (38 ans) est proche de la moyenne. Les individus sont donc bien concentrés autour de la moyenne. On observe évidemment d'emblée que les plus de 50 ans sont moins nombreux, ce qui corrobore les informations du Cadastre et du PlanCAD.

Age au moment de l'enquête	Effectifs	%
0) 18-25 ans	258	13,3
1) 26-30 ans	338	17,4
2) 31-35 ans	303	15,6
3) 36-40 ans	360	18,5
4) 41-45 ans	351	18,1
5) 46-50 ans	210	10,8
6) 51 et +	124	6,4
<i>Total</i>	<i>1944</i>	<i>100</i>
<i>Système manquant</i>	<i>15</i>	
<i>Total</i>	<i>1959</i>	

2) Sexe

La variable de sexe est primordiale dans nos analyses, non seulement en tant que variable d'intérêt, mais aussi car la haute féminisation du métier demeure au centre de nos préoccupations.

Nous avons affaire à des infirmières plutôt qu'à des infirmiers dans notre échantillon. En effet, les hommes constituent 13% de la population infirmière, ce qui correspond tout à fait aux données (de 2017) du Cadastre et du PlanCAD. Même 15 ans plus tard, la répartition hommes femmes n'a pas changé.

Sexe	Effectifs	%
0) Homme	263	13,5
1) Femme	1686	86,5
<i>Total</i>	<i>1949</i>	<i>100</i>
<i>Système manquant</i>	<i>10</i>	
<i>Total</i>	<i>1959</i>	

3) Formation

La distinction entre le brevet et le graduat est maintenue comme variable d'intérêt, car en Belgique ces deux diplômes se différencient à travers le nombre d'années d'étude, les responsabilités et le salaire.

Plus d'un tiers de l'échantillon a suivi une formation d'infirmier-ère gradué-e et une grosse majorité (66%) celle d'infirmier-ère breveté-e.

Quelle formation en soins de santé avez-vous suivie?	Effectifs	%
0) Infirmier-ère breveté-e	1292	66,0
1) Infirmier-ère gradué-e	667	34,0
<i>Total</i>	<i>1959</i>	<i>100</i>

4) Temps de travail

Le fait de travailler à temps partiel demeure encore une forme de stratégie pour pallier les conditions de travail pénibles ; les personnes travaillant à temps partiel devraient donc moins ressentir le malaise professionnel.

Les temps pleins sont un peu plus de mise que les temps partiels (57%) dans l'échantillon.

Travaillez-vous à temps partiel ?	Effectifs	%
0) Non	1116	57
1) Oui	843	43
<i>Total</i>	<i>1959</i>	<i>100</i>

⁵⁷ Voir Annexe II.2 – Diagrammes en bâtons des variables indépendantes, p. 356.

5) Expérience

Le nombre d'années passées dans le secteur des soins de santé peut être progressivement propice au malaise professionnel.

La répartition des années de travail est relativement égale d'une classe d'années à l'autre : elles tournent toutes autour de $\pm 16\%$, sauf pour la 1^{ère} classe (0-5 ans) qui est concernée par le quart des interrogé-e-s, et pour la dernière classe (plus de 25 ans) qui touche un dixième des infirmiers-ères.

Depuis combien de temps travaillez-vous dans le secteur des soins de santé?	Effectifs	%
0) 0-5 ans	477	24,5
1) 6-10 ans	300	15,4
2) 11-15 ans	337	17,3
3) 16-20 ans	339	17,4
4) 21-25 ans	284	14,6
5) + de 25 ans	207	10,6
<i>Total</i>	<i>1944</i>	<i>100</i>
<i>Système manquant</i>	<i>15</i>	
<i>Total</i>	<i>1959</i>	

6) Nombre d'établissement(s) fréquenté(s)

Au plus les conditions de travail sont mauvaises, au plus les infirmiers-ères, dans le contexte de sécurité de l'emploi, peuvent changer d'hôpital. À l'inverse, changer d'établissement peut aussi nourrir le malaise.

Dans l'échantillon, la plupart des gens n'ont travaillé que dans un seul établissement (54,4%) et seulement un cinquième a changé trois fois ou plus d'établissements de soins de santé. Un quart a travaillé dans deux établissements au moment de l'enquête. On peut donc en déduire facilement qu'une fois une place trouvée dans le secteur des soins de santé, c'est pour y demeurer longtemps...

Dans combien d'hôpitaux ou autres établissements de soins différents avez-vous travaillé jusqu'à présent?	Effectifs	%
0) un	1054	54,1
1) deux	501	25,7
2) trois ou plus	392	20,1
<i>Total</i>	<i>1947</i>	<i>100</i>
<i>Système manquant</i>	<i>12</i>	
<i>Total</i>	<i>1959</i>	

7) Expérience en années chez l'employeur actuel

Travailler depuis longtemps dans un même établissement peut cristalliser le malaise infirmier.

Si la majorité des infirmiers-ères de l'échantillon n'ont travaillé que dans un seul établissement, c'est aussi parce qu'ils-elles y sont depuis au moins 5 ans pour presque 70% d'entre eux-elles, contre un petit cinquième qui travaillent pour le-la même employeur-e depuis moins de deux ans.

Depuis combien de temps travaillez-vous pour votre employeur actuel ?	Effectifs	%
0) Moins de 2 ans	380	19,5
1) De 3 à 5 ans	242	12,4
2) Plus de 5 ans	1331	68,2
<i>Total</i>	<i>1953</i>	<i>100</i>
<i>Système manquant</i>	<i>6</i>	
<i>Total</i>	<i>1959</i>	

8) Situation familiale

Au plus la charge familiale est grande, au moins bien se passe la conciliation entre famille et travail. La situation familiale peut donner une idée de l'éventuelle charge familiale jouant sur le malaise.

La situation familiale la plus courante chez les infirmiers-ères belges de l'enquête NEXT c'est celle d'être en couple avec au moins un enfant (54,3%), la moins fréquente est d'être dans une famille monoparentale (5,7%). Un quart est en couple et près de 15% vivent seul-e-s. Le nombre de familles monoparentales a peut-être augmenté depuis 15 ans.

Quelle est votre situation familiale?	Effectifs	%
0) Vous vivez seul(e)	286	14,8
1) Vous vivez seul(e) avec un enfant ou plus	111	5,7
2) Vous vivez avec un autre adulte	485	25,1
3) Vous vivez avec un autre adulte et un enfant ou plus	1050	54,3
<i>Total</i>	<i>1932</i>	<i>100</i>
<i>Système manquant</i>	<i>27</i>	
<i>Total</i>	<i>1959</i>	

9) Nombre d'enfants et possibilités de garde

À nouveau, la charge familiale peut varier en fonction du nombre d'enfants et de l'aide familiale offerte.

Les infirmiers-ères qui vivent avec un ou plusieurs enfants sous leur toit constituent la majorité (58,5%). 16% des répondant-e-s n'ont pas du tout de possibilités de faire garder leurs enfants lorsqu'ils-elles travaillent, alors que plus de 40% des infirmiers-ères trouvent toujours une aide pour surveiller leur progéniture.⁵⁸

Combien d'enfants vivent sous votre toit, et si vous en avez, avez-vous des possibilités de garde lorsque vous travaillez ?	Effectifs	%
0) Aucun	772	41,5
1) Un enfant ou + et pas de garde	300	16,1
2) Un enfant ou + et garde	789	42,4
<i>Total</i>	<i>1861</i>	<i>100</i>
<i>Système manquant</i>	<i>98</i>	
<i>Total</i>	<i>1959</i>	

10) Travaux ménagers

Dans la charge familiale, on compte aussi les travaux ménagers.

La plupart des travaux ménagers sont assurés par les répondant-e-s eux-mêmes à 70,9%, partagés de façon égale avec quelqu'un d'autre pour 23,2% et seulement 5,9% peuvent complètement se décharger des tâches ménagères.

Qui assure la plupart des travaux ménagers ?	Effectifs	%
0) Vous-même	1371	70,9
1) Quelqu'un d'autre	114	5,9
2) Partagés de façon égale avec quelqu'un d'autre	449	23,2
<i>Total</i>	<i>1934</i>	<i>100</i>
<i>Système manquant</i>	<i>25</i>	
<i>Total</i>	<i>1959</i>	

11) État de santé subjectif

Au plus on se sent en mauvaise santé, au plus il est difficile de supporter les différents facteurs de malaise professionnel.

Une grande majorité des infirmiers-ères se sentent en bonne, très bonne voire excellente santé (81,2%) et près de 40% s'estiment en excellente santé.

En général, diriez-vous de votre état de santé qu'il est :	Effectifs	%
0) Mauvais à moyen	366	18,8
1) Bon	836	43,0
2) Très bon à excellent	743	38,2
<i>Total</i>	<i>1945</i>	<i>100</i>
<i>Système manquant</i>	<i>14</i>	
<i>Total</i>	<i>1959</i>	

B. Indicateurs de malaise

Les indicateurs que nous avons créés au chapitre précédent correspondent maintenant à des variables à part entière, allant toutes de 0 à 100⁵⁹, ce qui les rend plus facilement comparables entre elles. Dans un premier temps, nous présenterons des graphiques de synthèse pour appréhender ces indicateurs de manière globale, et dans un deuxième temps nous irons plus en profondeur dans l'analyse de chaque indicateur.

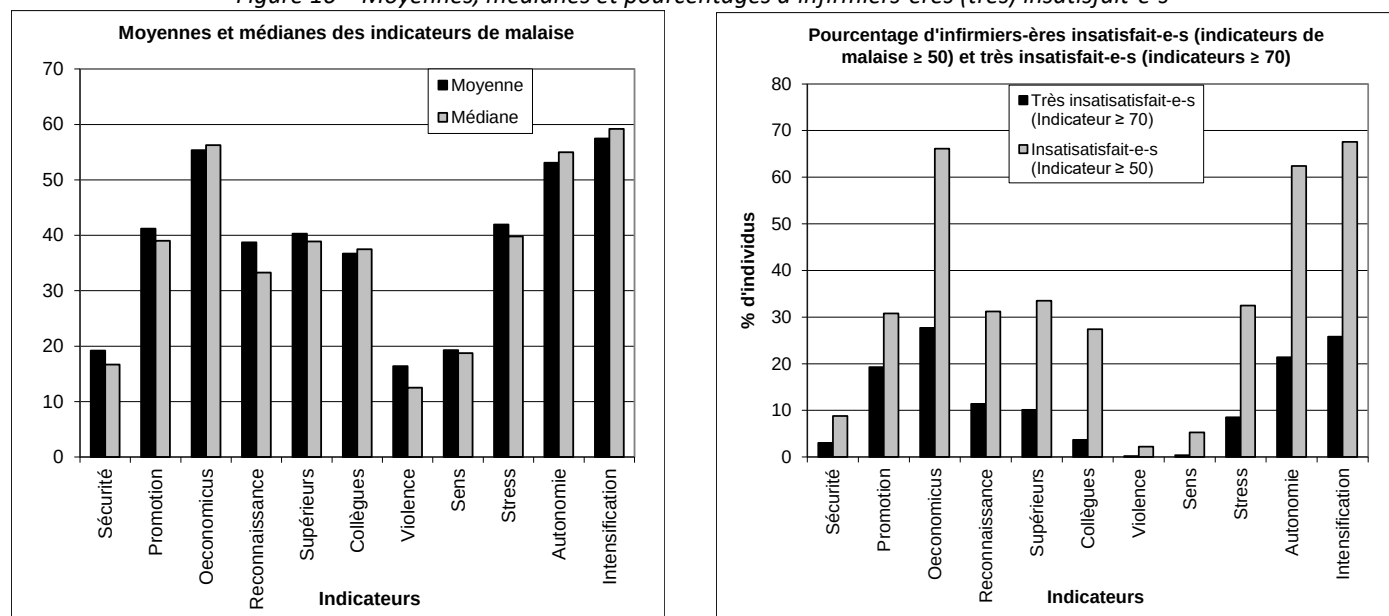
Lorsque l'on observe les moyennes et médianes des indicateurs (Figure 16), une des premières choses que l'on peut constater est que les moyennes et médianes sont en majorité en-dessous de 50, c'est-à-dire que la plupart des infirmiers-ères interrogé-e-s sont plutôt satisfait-e-s de leur emploi et de leur travail. Les facteurs de malaise ne sont pas tous flagrants. De plus, on

⁵⁸ Cette variable est le fruit d'une combinaison entre deux variables : celle du nombre d'enfants et celle des possibilités pour faire garder ses enfants, si l'infirmier-ère en a.

⁵⁹ Plus l'indicateur est élevé, plus le malaise (instabilité de l'emploi ou insatisfaction dans le travail) est grand. Les indicateurs vont tous d'une connotation positive (0) vers une connotation négative (100). Il faut toutefois être vigilant par rapport aux intitulés des indicateurs qui peuvent être compris dans l'autre sens. Par exemple, si les indicateurs de sécurité de l'emploi, de reconnaissance ou de sens sont élevés, cela signifie que les individus éprouvent un manque (ou une absence) de sécurité, de reconnaissance ou de sens au travail.

remarque qu'il n'y a pas de grandes différences entre les moyennes et les médianes, ce qui signifie des distributions relativement symétriques. Les distributions les plus symétriques (quand les moyennes, médianes et modes sont similaires) sont celles des indicateurs de satisfactions financière, vis-à-vis des supérieurs et des collègues.

Figure 16 – Moyennes, médianes et pourcentages d'infirmiers-ères (très) insatisfait-e-s



		n	Moyenne	Médiane	Écart-type
Sécurité		1845	19,2	16,7	19,1
Promotion		1792	41,2	39,0	26,7
Oeconomicus		1782	55,3	56,3	20,3
Homo sociologicus	Reconnaissance	1792	38,7	33,3	22,9
	Supérieurs	1793	40,3	38,9	21,8
	Collègues	1924	36,7	37,5	18,1
	Violence	1908	16,4	12,5	12,6
Homo faber	Sens	1913	19,3	18,8	15,0
	Stress	1893	41,9	39,8	20,1
	Autonomie	1897	53,1	55,0	17,8
	Intensification	1763	57,5	59,2	16,9

		% infirmiers-ères	
		Très insatisfait-e-s (Indicateur ≥ 70)	Insatisfait-e-s (Indicateur ≥ 50)
Sécurité		3,0	8,8
Promotion		19,3	30,8
Oeconomicus		27,7	66,1
Homo sociologicus	Reconnaissance	11,4	31,2
	Supérieurs	10,1	33,5
	Collègues	3,7	27,4
	Violence	0,2	2,2
Homo faber	Sens	0,4	5,3
	Stress	8,5	32,5
	Autonomie	21,4	62,4
	Intensification	25,8	67,6

Les moyennes les plus élevées sont celles des indicateurs d'intensification, du manque d'autonomie et de l'insatisfaction financière, où elles sont au-dessus de 50, comme c'est le cas pour l'intensification (avec une moyenne de 57,5). Les trois moyennes les plus basses, qui sont en-dessous de 20, correspondent aux indicateurs de satisfaction par rapport à la sécurité de l'emploi, au sens du travail et au manque de violence. Alors que l'on avait rajouté ce dernier indicateur, suite à l'analyse en composantes principales, il peut quand même être remis en question ici, vu sa moyenne de 16,4, qui est la plus petite de toutes. Il est donc déjà possible de dire que les infirmiers-ères de notre échantillon sont plutôt mécontent-e-s par rapport aux pénibilités accrues dans leur métier, au manque d'autonomie dans leur travail et à leur salaire. Par contre, ils-elles sont plutôt heureux-ses concernant la sécurité de leur emploi, le sens qu'ils-elles donnent à leur métier et le manque de harcèlement au quotidien.

Les écarts-types semblent assez similaires, avoisinant tous plus ou moins 19 ; la dispersion des indicateurs est donc moyenne, ni petite ni grande. L'écart-type le plus petit est celui de

l'indicateur de violence (12,6) et le plus grand est celui de l'indicateur des perspectives de promotion (26,7). Cela équivaut à dire que les individus sont plus concentrés autour de la moyenne de l'indicateur de violence, mais ils sont plus dispersés quand il s'agit des perspectives de promotion.

Le deuxième graphique de la Figure 16 montre le pourcentage d'individus insatisfaits (où l'indicateur est égal ou supérieur à 50) et très insatisfaits (où l'indicateur est égal ou supérieur à 70). On observe à nouveau une grande insatisfaction par rapport à l'intensification du travail, par rapport au salaire, et par rapport au manque d'autonomie. Plus du tiers des infirmiers-ères sont aussi mécontent-e-s par rapport aux relations avec les supérieurs, au stress dans leur travail, au manque de reconnaissance et au manque de perspectives de promotion. Près du tiers sont insatisfait-e-s des relations entretenues avec leurs collègues (27,4%). Bien moins d'un dixième sont malheureux à cause de la violence au travail (2,2%), du manque de sens dans leur métier (5,3%) et de leur insécurité d'emploi (8,8%).

Regardons de plus près chaque indicateur, par rapport aux différentes variables le composant, ainsi que par rapport à sa distribution⁶⁰.

1) Sécurité d'emploi

Les infirmiers-ères de l'échantillon se sentent en sécurité de l'emploi. En effet, la moyenne de l'indicateur est de 19,2 et l'histogramme montre assez bien la tendance vers la gauche du graphique, autrement dit plus vers la sécurité que vers l'insécurité. Cinq des six variables composant l'indicateur suivent cette même tendance. Une seule variable sort un peu du lot où 44,7% des infirmiers-ères craignent d'être muté-e-s à un autre poste de travail contre leur gré.

Les infirmiers-ères ici se retrouvent alors toutes et tous en *intégration assurée* ou en *intégration laborieuse* (Paugam, 2000). En effet, à cause (ou grâce) à la pénurie de main-d'œuvre, l'emploi d'un-e infirmier-ère est toujours assuré.

2) Perspectives de promotion

La moitié de l'échantillon possède un score inférieur à 39 pour l'indicateur de perspectives de promotion, et ont en moyenne un score de 41,2. Autrement dit, les infirmiers-ères de l'enquête se sentent relativement confiant-e-s par rapport aux éventuelles perspectives de promotion de leur emploi. Les trois variables additionnées vont toutes dans ce même sens.

3) *Homo œconomicus* – Satisfaction financière

La population étudiée est vraiment mitigée quant à sa satisfaction financière : la moitié obtient un score de 56,3, pour une moyenne de 55,3. Le graphique nous montre bien une distribution normale (loi de Gauss), on n'observe guère de scores extrêmes. Il sera intéressant de définir les deux parties distinctes de cette population dans la partie suivante. Au sein des six variables de cet indicateur, une seule diffère des autres : quand les infirmiers-ères considèrent le salaire d'autres professions comparables, ils-elles se montrent vraiment très insatisfait-e-s (n°85b). Nous pouvons néanmoins nous demander ce que veut dire « une profession comparable à celle de l'infirmier-ère ». Tout ce que l'on peut conclure de cette information, c'est que les infirmiers-ères se sentent dévalorisé-e-s financièrement, voire non reconnu-e-s. On pourrait même songer à introduire cette variable plutôt dans l'indicateur suivant (reconnaissance), or dans l'analyse en composantes principales présentée dans le point précédent (voir Tableau 20), nous avons signalé que cette variable était nettement mieux corrélée à la composante correspondant à l'indicateur de l'*homo œconomicus*.

⁶⁰ Voir Annexe II.1 – Variables composant les indicateurs de malaise et histogrammes des indicateurs, p. 350.

4) *Homo sociologicus 1 – Reconnaissance*

Les infirmiers-ères belges de l'enquête NEXT se sentent relativement bien reconnu-e-s dans leur travail, avec une moyenne de 38,7. Une grosse majorité des répondant-e-s sont satisfait-e-s de l'utilisation de leurs compétences (77,4%) et de leur travail en général (72,4%). Par contre, plus de la moitié des infirmiers-ères (52,7%) sont insatisfait-e-s quant au soutien psychologique sur leur lieu de travail. Les quatre autres variables composant l'indicateur de reconnaissance présentent 56,5 à 74,5% de personnes satisfaites de la reconnaissance dans leur travail. Le pic de l'histogramme de l'indicateur peut s'expliquer non seulement par l'addition des variables n'ayant pas le même nombre de modalités, mais aussi par le fait que les quatre dernières variables du tableau (n° 73, 75, 78 et 81) ont chaque fois une grande majorité de personnes répondant à la troisième modalité, correspondant à la plus grande satisfaction.

5) *Homo sociologicus 2 – Relation à la hiérarchie*

L'indicateur de satisfaction par rapport aux supérieurs hiérarchiques est, comme nous pouvons le constater sur l'histogramme, relativement bien dispersé, c'est-à-dire qu'il n'y pas d'information ressortant de manière « erratique » du graphique. Les infirmiers-ères ont en moyenne 40,3 pour leur satisfaction de la hiérarchie, on peut donc dire qu'ils ou elles sont relativement satisfait-e-s. Nous pouvons aussi interpréter ces résultats de manière plus pessimiste en énonçant que 33,5% de notre population étudiée obtiennent un score de 50 ou plus, autrement dit presque un tiers des infirmiers-ères ne sont pas satisfait-e-s de leur relation avec leur supérieur. Les neuf variables de l'indicateur se présentent toutes selon le même schéma de l'indicateur lui-même, aucune n'offre d'information supplémentaire. Notons ici que le fait de recevoir l'avis de son supérieur sur son travail est considéré comme plus important dans la relation que de ne pas avoir d'opinion du tout. Il faut aussi nuancer ces informations sur les supérieurs, car, si la personne qui a répondu est un-e infirmier-ère-chef ou chef adjoint-e, son ou sa responsable hiérarchique direct-e n'est pas la même personne que pour un autre membre de l'équipe infirmière et soignante. Il est évident que si un-e infirmier-ère-chef pense à la direction du nursing ou du médecin chef de service, les réponses risquent d'être difficilement comparables.

6) *Homo sociologicus 3 – Relation aux collègues*

La satisfaction des infirmiers-ères par rapport à la relation avec leurs collègues est quelque peu similaire avec la relation à la hiérarchie. En effet, ils-elles ont en moyenne un score de satisfaction de 36,7 et 27,4% obtiennent un score égal ou supérieur à 50. Donc, à nouveau, ici, près du tiers de la population n'est guère satisfait de ses relations avec ses pairs. L'analyse des quatre variables composant cet indicateur n'apporte rien de neuf car elles suivent toutes plus ou moins la même courbe que le graphique de l'indicateur. Une précision est néanmoins à noter ici concernant la variable 57e : le fait de recevoir l'avis d'un collègue sur son travail est bien considéré comme positif ou attendu, comme précisé dans l'intitulé de la question posée.

7) *Homo sociologicus 4 – Violence*

L'indicateur de violence avait surgi grâce aux analyses en composantes principales, pourtant il donne peu d'informations et montre que les infirmiers-ères de l'échantillon ne souffrent manifestement pas de harcèlement, ni de violence au travail. Ils-elles obtiennent en moyenne un score de 16,4, et l'on en observe seulement 2,2% au-dessus du score 50. Si l'on examine les quatre variables une à une, nous ne pouvons pas passer à côté de la variable 63c. En effet, même si pour les trois autres variables, les trois dernières modalités ne cumulent jamais plus de 8,8% de la population, pour la question concernant la violence de la part des patient-e-s ou de leur famille, 35,1% sont l'objet de cette violence chaque jour, chaque semaine ou chaque mois.

L'indicateur de violence n'a donc de sens que quand il s'agit de patients et de leurs proches, sinon les infirmiers-ères ne ressentent pas ou peu de violence au travail. La souffrance de travailler avec des personnes souffrantes peut aussi se jouer dans cette variable particulière, car la violence peut être une réaction à la souffrance.

8) *Homo faber 1 – Sens du travail*

Le sens au travail est clairement satisfaisant pour les répondant-e-s. Le métier infirmier garde du sens pour une grande majorité des individus interrogés : l'indicateur du sens du travail atteint une moyenne de 19,3. Et 94,7% de la population sont satisfait-e-s du sens de leur travail (indicateur strictement inférieur à 50). Les quatre variables de cet indicateur suivent la même courbe que l'histogramme de l'indicateur.

9) *Homo faber 2 – Stress*

La distribution de l'indicateur de stress est relativement normale (courbe de Gauss). Plus d'un tiers des infirmiers-ères de l'enquête ne sont pas satisfait-e-s par rapport au stress de leur travail : 32,5% ont un score supérieur ou égal à 50. La moyenne de l'indicateur de stress est de 41,9, autrement dit les individus interrogés sont relativement mitigés par rapport au stress au travail. Les cinq variables de l'indicateur suivent toutes le même schéma : l'insatisfaction eu égard au stress se retrouve en moyenne pour un tiers des infirmiers-ères. Il sera intéressant de découvrir les profils types des individus plus stressés que les autres, afin d'en déceler d'éventuelles causes, car il est d'ores et déjà certain que le stress occupe une grande place dans le quotidien des employé-e-s de l'enquête.

10) *Homo faber 3 – Autonomie dans le travail*

L'indicateur de l'autonomie au travail se distribue aussi selon une loi normale : la moyenne de cet indicateur est de 53,1 et on coupe la population en deux parts égales à 55 (médiane). Les infirmiers-ères sont donc partagé-e-s quant à l'autonomie. Plus de la moitié des infirmiers-ères (62,4%) sont insatisfait-e-s avec un score qui atteint 50 ou plus. Dans les variables composant l'indicateur, plus du quart des infirmiers-ères interrogé-e-s (27,7%) estiment n'avoir aucune influence dans l'établissement de l'horaire de travail (variable 54) et 42,6% estiment ne pas travailler à leur rythme (variable 32c). On assiste manifestement à la fois à un mécontentement des infirmiers-ères qui se sentent trop dépendant-e-s dans leur travail et aimeraient qu'on accorde un peu plus de poids à leur parole ou *desiderata*, et à la fois à des infirmiers-ères relativement content-e-s de leur autonomie dans leur travail.

11) *Homo faber 4 – Intensification des conditions de travail*

S'il existe un indicateur prouvant l'insatisfaction au travail des infirmiers-ères de l'enquête NEXT, c'est bien l'indicateur d'intensification du travail qui obtient la moyenne la plus élevée avec 57,5 et 67,6% de la population ont un score égal ou supérieur à 50. Son histogramme a la forme d'une courbe de Gauss, gonflée sur la droite, ce qui montre une relativement bonne homogénéité dans la distribution de l'indicateur, avec une tendance vers l'insatisfaction. Dans les dix variables additionnées, voici celles qui ont le plus de poids dans l'insatisfaction : 67,9% affirment que leur travail est devenu de plus en plus exigeant au cours des dernières années et que cela les stresse, 64,7% sont constamment pressé-e-s par le temps à cause d'une forte charge de travail et en sont stressé-e-s, 63,8% doivent souvent ou toujours travailler très rapidement, 38,1% ne peuvent que rarement ou jamais prendre de pauses dans leur travail quand c'est souhaité, 36,8% manquent souvent de temps pour réaliser toutes leurs tâches, et enfin 36,6% estiment que leur charge de travail est très souvent inégale car ils-elles sont débordé-e-s. Les pénibilités du travail infirmier et les contraintes de temps en font souffrir plus d'un-e et les conditions concrètes de travail

demeurent constamment améliorables. Ici, les infirmiers-ères mécontent-e-s se retrouvent plutôt en *intégration laborieuse* (Paugam, 2000).

Dans la Figure 16, on a pu observer que les indicateurs d'insatisfaction vis-à-vis du salaire, de l'autonomie et de l'intensification étaient les plus élevés. Or, leurs distributions suivent une loi normale, un peu plus étendue vers la droite pour l'indicateur d'intensification. Les insatisfactions ne sont donc pas flagrantes. De plus, la satisfaction est claire quant à la sécurité de l'emploi, à l'absence de violence ou harcèlement et au sens trouvé dans le travail.

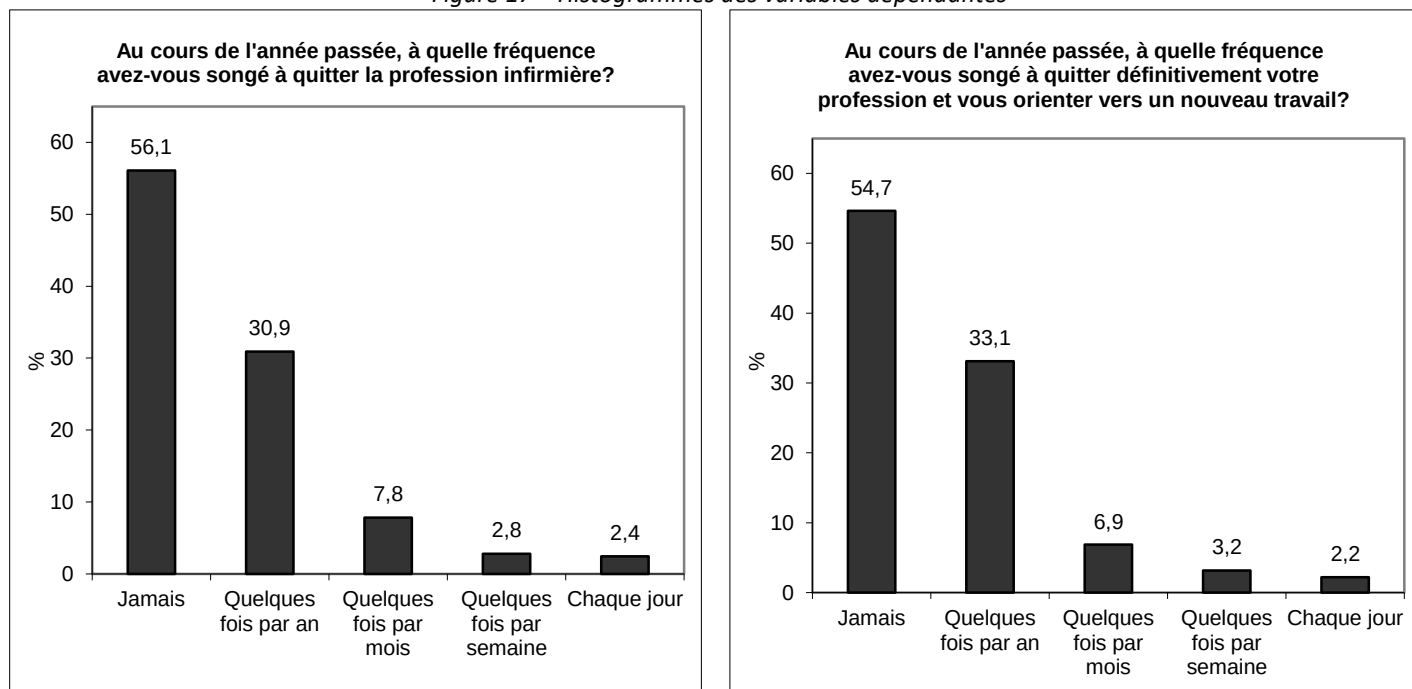
C. Variables dépendantes

Concernant les intentions de quitter la profession d'infirmier-ère, deux variables nous intéressent : celle qui cherche à savoir si l'individu a pensé à abandonner sa profession définitivement et celle qui veut découvrir si le départ anticipé sera suivi d'une réorientation professionnelle. Dans les deux diagrammes en bâtons suivants (Figure 17), nous pouvons d'emblée constater la grande similitude entre les fréquences des deux variables. Une majorité des infirmiers-ères n'ont pas l'intention de quitter la profession, dans un cas comme dans l'autre. Il est évidemment possible d'interpréter ces informations autrement : 43,9% des infirmiers-ères interrogé-e-s songent à arrêter de travailler chaque jour, quelques fois par semaine, par mois ou par an. Plus du tiers (30,9%) y songent plusieurs fois par an.

Bien sûr, cette variable ne fait que prendre la température des intentions des infirmiers-ères à un moment donné, et il faut garder à l'esprit que même si un-e employé-e pense à quitter son emploi tous les jours, la mise en œuvre de son départ effectif n'est pas forcément automatique. En effet, une marge existe souvent entre ce que l'on songe faire et ce que l'on fait réellement, et ce pour n'importe quelle profession, en fonction de plusieurs paramètres variables dans le temps. De plus, il est aussi possible que des travailleurs-ses pensent à arrêter de travailler afin d'assouvir un autre projet de vie ; il n'est pas forcément nécessaire d'être insatisfait-e dans son travail pour penser à l'abandonner. Pourtant, nous sommes en droit, voire même en devoir, de nous inquiéter des situations inconfortables que certaines personnes vivent au quotidien dans leur métier. Il sera aussi intéressant par la suite des analyses de déceler les personnes qui pensent à quitter définitivement la profession.

Notre intérêt portant ici sur les retraites anticipées et non sur les réorientations professionnelles, il va de soi que nous n'utiliserons par la suite que la première variable qui s'occupe de l'arrêt complet d'activités professionnelles. Les éventuels projets de vie concernent alors plus la vie privée ou sociale que professionnelle.

Figure 17 – Histogrammes des variables dépendantes



2. Analyse bivariable

Cette analyse bivariable va se développer en trois parties : nous croiserons les variables individuelles tout d'abord avec les indicateurs de malaise à l'aide de corrélations linéaires de Pearson, ensuite avec la variable d'intention de départ grâce au test du Chi-carré, et enfin nous analyserons les tableaux croisés entre les indicateurs de malaise avec l'intention de quitter la profession d'infirmier-ère.

A. Variables indépendantes et indicateurs de malaise

Étant donné que nos indicateurs varient sur une échelle de 0 à 100, nous pouvons d'une certaine manière les considérer comme des variables quantitatives. Ainsi, les corrélations semblent les plus appropriées pour leur croisement avec les variables indépendantes. Dans le tableau à la page suivante (Tableau 24), nous avons grisé les coefficients non significatifs et hachuré ceux supérieurs à 0,100.

Nous pouvons d'emblée constater que les coefficients ne sont guère élevés, ce qui équivaut à dire que les relations entre les variables indépendantes avec les indicateurs de malaise sont très faibles, même pour celles qui sont significatives. La relation la plus forte est celle entre la variable de l'état de santé subjectif et l'indicateur de stress avec un coefficient s'élevant à -0,221⁶¹. La variable explicative aux coefficients de corrélation les plus forts est l'état de santé, de plus c'est la seule variable pour laquelle tous les coefficients de corrélation sont significatifs. Elle est également fort corrélée avec l'indicateur de l'intensification.

⁶¹ On peut interpréter le sens négatif du coefficient de la manière suivante : au plus l'individu se sent en bonne santé, au moins il sent en malaise.

Tableau 24 – Corrélations entre les variables indépendantes et les indicateurs de malaise

Corrélations entre variables indépendantes et indicateurs de malaise	Sécurité de l'emploi	Perspectives de promotion	Homo Œconomicus	Reconnais- sance	Supérieurs	Collègues	Violence	Sens	Stress	Autonomie	Intensification
Age	Pearson Sig. N	-0,022 0,343 1838	-0,147 0,000 1772	0,094 0,000 1783	0,052 0,029 1780	0,159 0,000 1909	0,000 0,990 1893	0,044 0,054 1898	0,089 0,000 1880	-0,037 0,104 1882	0,018 0,444 1751
Sexe	Pearson Sig. N	-0,020 0,395 1841	-0,005 0,841 1773	-0,006 0,811 1785	0,019 0,411 1784	0,010 0,661 1915	-0,046 0,045 1898	-0,035 0,122 1903	0,088 0,000 1884	0,137 0,000 1887	0,064 0,007 1755
Formation	Pearson Sig. N	-0,069 0,003 1845	0,013 0,572 1782	-0,015 0,529 1792	0,000 0,988 1793	-0,006 0,805 1924	0,006 0,778 1908	-0,063 0,006 1913	-0,072 0,002 1893	-0,081 0,000 1897	-0,077 0,001 1763
Temps plein/partiel	Pearson Sig. N	-0,027 0,246 1845	-0,060 0,011 1782	0,003 0,910 1792	-0,026 0,274 1793	0,010 0,671 1924	-0,075 0,001 1908	0,070 0,002 1913	-0,014 0,537 1893	0,055 0,017 1897	-0,010 0,681 1763
Temps dans secteur des soins de santé	Pearson Sig. N	-0,036 0,120 1831	-0,196 0,000 1768	0,075 0,001 1780	0,060 0,011 1778	0,161 0,000 1909	-0,015 0,506 1893	0,022 0,327 1899	0,080 0,001 1879	-0,059 0,010 1883	0,016 0,491 1755
Nombre d'établissements de soins différents	Pearson Sig. N	0,009 0,709 1835	0,105 0,000 1782	0,069 0,004 1782	0,015 0,540 1785	0,058 0,011 1914	0,014 0,550 1898	0,040 0,082 1902	0,040 0,082 1885	0,019 0,401 1887	0,008 0,747 1755
Temps pour l'employeur actuel	Pearson Sig. N	-0,099 0,000 1842	0,056 0,019 1788	0,154 0,000 1788	0,093 0,000 1789	0,123 0,000 1921	0,052 0,023 1905	0,106 0,000 1908	0,060 0,009 1890	-0,039 0,087 1893	0,082 0,001 1760
Situation familiale	Pearson Sig. N	-0,054 0,020 1826	-0,036 0,125 1772	-0,026 0,275 1775	0,008 0,741 1775	-0,010 0,671 1903	-0,079 0,001 1886	0,013 0,577 1887	-0,004 0,848 1874	-0,012 0,604 1876	-0,043 0,070 1747
Nombre d'enfants et gardes	Pearson Sig. N	-0,060 0,012 1767	-0,026 0,274 1708	-0,017 0,477 1710	-0,011 0,653 1711	0,013 0,569 1836	-0,102 0,000 1817	0,021 0,363 1818	-0,056 0,017 1807	-0,058 0,013 1809	-0,076 0,002 1688
Réalisation des travaux ménagers	Pearson Sig. N	-0,014 0,546 1826	-0,015 0,519 1776	-0,047 0,046 1772	-0,026 0,265 1773	-0,026 0,252 1902	-0,017 0,457 1888	-0,048 0,038 1888	-0,057 0,014 1875	-0,076 0,001 1877	-0,052 0,030 1745
Etat de santé	Pearson Sig. N	-0,113 0,000 1838	-0,115 0,000 1784	-0,182 0,000 1787	-0,092 0,000 1785	-0,104 0,000 1914	-0,088 0,000 1896	-0,125 0,000 1899	-0,221 0,000 1884	-0,086 0,000 1888	-0,186 0,000 1755
non significatif (p > 0,05)											
coefficient de corrélation > 0,100											

Une deuxième variable individuelle sort un peu du lot : celle de temps passé pour l'employeur actuel. Elle n'a qu'un seul coefficient non significatif. Aussi, l'expérience auprès d'un même employeur ne provoque pas systématiquement un malaise, elle peut aussi apporter satisfaction quand il s'agit de la sécurité de l'emploi et des finances. Il en va de même pour le temps passé dans le secteur des soins de santé : l'expérience sectorielle engendre malaise au niveau relationnel (collègues, hiérarchie, manque de reconnaissance) et au niveau du stress, mais il y a de la satisfaction par rapport au salaire et à l'autonomie.

La variable la moins bien corrélée aux indicateurs est celle de la situation familiale, qui n'a que trois coefficients significatifs mais négatifs. Au plus la famille comporte de personnes, au plus l'infirmier-ère se sent en sécurité de l'emploi, satisfait de ses finances et de l'absence de violence au travail.

Les indicateurs de la satisfaction financière et du stress ont le plus de relations significatives avec les variables indépendantes (8), alors que les indicateurs de perspectives de promotion et des relations hiérarchiques ne sont corrélés qu'avec 4 variables individuelles.

Le tableau ne semble absolument pas homogène, ni au niveau des indicateurs de malaise, ni au niveau des variables indépendantes. Même s'il est possible de dégager quelques tendances, il n'y a pas lieu ici de tirer de grandes conclusions, non seulement car nous croisons des variables métriques avec des ordinales via des corrélations linéaires, mais aussi parce que les coefficients semblent trop faibles.

B. Variables indépendantes et intention de départ

Pour le croisement entre les variables indépendantes (ordinales) et la variable d'intention de départ (ordinaire aussi), nous avons opté pour les tests du Chi-carré (Tableau 25).

Six Chi-carrés sont significatifs : l'intention de départ est liée à l'âge, le sexe, l'expérience sectorielle, le nombre d'hôpitaux différents, le nombre d'enfants et les possibilités de garde et l'état de santé.

L'intensité des relations entre les variables indépendantes et la variable de départ anticipé n'est jamais très forte, sauf pour trois variables où la valeur absolue du gamma⁶² est au-dessus de 0,100 : le sexe, le nombre d'hôpitaux et l'état de santé. Le fait d'avoir changé (ou de changer) souvent de lieu de travail contribue à l'intention de départ définitif (gamma positif). Le turnover inter-hospitalier serait-il peut-être déjà un symptôme d'une envie de changement, ou de recherche de meilleures conditions de travail ? Concernant la santé, c'est évidemment quand l'individu se sent en mauvaise santé qu'il songe à arrêter de travailler.

Notre deuxième hypothèse serait partiellement vérifiée, or si l'on observe les gammas, il n'y aurait qu'une faible relation avec le sexe, et une relation presque nulle avec l'âge. Les relations sont avérées, mais de très faibles intensités.

⁶² Le Gamma est une mesure d'intensité de relation lorsque l'on croise deux variables ordinales, variant de -1 à +1 : 0 = pas de relation, -1 ou +1 = relation parfaite.

Tableau 25 – Tests du Chi-carré entre les variables indépendantes et la variable d'intention de départ

Variables indépendantes et "penser à quitter la profession infirmière"	Tests du Khi-deux	
	Khi-deux Gamma	
Age	Khi-deux Gamma	48,427 *** 0,003
Sexe	Khi-deux Gamma	18,667 *** -0,104
Formation	Khi-deux Gamma	7,098 (n.s.) 0,091
Temps plein/partiel	Khi-deux Gamma	5,235 (n.s.) 0,059
Temps dans secteur des soins de santé	Khi-deux Gamma	32,852 *** 0,025
Nombre d'établissements de soins différents	Khi-deux Gamma	26,737 *** 0,159
Temps pour l'employeur actuel	Khi-deux Gamma	11,039 (n.s.) 0,085
Situation familiale	Khi-deux Gamma	13,269 (n.s.) -0,035
Nombre d'enfants et gardes	Khi-deux Gamma	24,221 *** -0,067
Réalisation des travaux ménagers	Khi-deux Gamma	12,609 (n.s.) -0,031
Etat de santé	Khi-deux Gamma	61,682 *** -0,235
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif		

Regardons de plus près les tableaux croisés (Tableau 26) où nous n'avons retranscrit que les croisements où les Chi-carrés étaient significatifs (cinq variables sont donc exclues). De manière générale, comme nous l'avons déjà vu lors de l'analyse univariée de la variable dépendante, une grande majorité des infirmiers-ères de notre échantillon ne pensent jamais à quitter leur métier, et un peu plus du tiers y pensent quelques fois par an. Les différences entre modalités de variables indépendantes ne sont pas flagrantes : elles se distribuent toutes plus ou moins de la même manière.

Néanmoins, si on y regarde de plus près, les infirmiers-ères qui pensent le plus souvent à partir sont celles et ceux en mauvaise santé, qui ont déjà travaillé dans plusieurs hôpitaux, qui sont de sexe masculin et qui ont des enfants mais peu de possibilités de garde. Comme on retrouve l'expérience hospitalière négative, on peut émettre l'hypothèse selon laquelle le changement d'établissement sert à fuir quelque chose retrouvé éventuellement ailleurs, ce qui accroît le mécontentement. La mauvaise santé fait aussi penser davantage à abandonner le métier : un travail où les conditions de travail pourraient être aménagées par rapport à l'état de santé n'est plus imaginable. Avoir des enfants, sans possibilités de les faire garder, fait en sorte que les infirmiers-ères pensent plus à quitter leur métier : 13,8% d'entre elles-eux y pensent de chaque jour à quelques fois par mois. La charge familiale est difficilement conciliable avec le travail, sans aide extérieure. Les infrastructures ou les politiques sociales afin de valoriser les charges familiales au travail seraient donc à creuser.

Les individus qui ne pensent jamais à partir sont plus nombreux chez les moins de 25 ans et les plus de 46 ans, qui sont dans le secteur soit depuis moins de 5 ans, soit depuis plus de 25 ans et qui sont en bonne santé. Les plus âgé-e-s qui ne sont pas partis ont sans doute trouvé des aménagements pour être bien ou mieux au travail et ne songent pas (ou plus) à arrêter plus tôt.

Les plus jeunes pensent évidemment à gagner leur vie, le temps de la pension ou de l'arrêt de travail est encore loin.

Tableau 26 – Tableaux croisés (χ^2 significatifs) entre les variables indépendantes et la variable d'intention de départ

Tableaux croisés en % (χ^2 significatifs)			Penser à quitter la profession infirmière					Total (variables indépendantes)
			Jamais	Quelques fois par an	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Chaque jour	
Variables indépendantes	Age	18-25 ans	70,4	20,2	4,9	1,6	2,9	13,3
		26-35 ans	50,8	33,8	9,3	4,0	2,1	32,9
		36-45 ans	52,4	35,3	8,3	2,2	1,9	36,6
		46 ans et +	63,9	24,9	5,8	2,6	2,9	17,2
	Sexe	Homme	51,2	34,3	5,1	6,3	3,1	13,5
		Femme	56,8	30,4	8,2	2,2	2,2	86,5
	Temps dans secteur des soins de santé	0-5 ans	62,8	25,9	6,7	2,0	2,6	24,5
		6-15 ans	51,4	33,0	9,4	3,9	2,3	32,9
		16-25 ans	52,4	35,3	7,5	2,7	2,0	32
		+ de 25 ans	65,5	22,8	6,6	1,5	3,6	10,6
	Nombre d'établissements de soins différents	un	60,0	29,6	6,8	1,7	1,8	54,1
		deux	53,7	31,7	8,5	3,5	2,5	25,8
		trois ou plus	48,7	32,9	9,7	4,7	3,9	20,1
	Nombre d'enfants et gardes	Aucun	55,3	29,9	8,6	2,7	3,5	41,5
		Enfants et pas de garde	45,9	40,3	8,1	3,9	1,8	16,1
		Enfants et gardes	59,0	29,7	7,1	2,8	1,4	42,4
	Etat de santé	Mauvais à moyen	41,8	36,0	12,7	4,0	5,5	18,8
		Bon	55,3	33,0	7,2	2,8	1,8	43,0
		Très bon à excellent	63,7	26,1	6,3	2,2	1,7	38,2
	Total (variable dépendante)	56,1	30,9	7,8	2,8	2,4		

C. Indicateurs de malaise et intention de départ

Pour les croisements entre les indicateurs de malaise et la variable d'intention de départ, nous avons transformé les indicateurs de malaise en variables ordinales de quatre catégories, de manière à ce que l'on puisse effectuer des tests de Chi-carré. Comme ils allaient tous de 0 à 100, nous avons donc divisé en quatre parties égales leur distribution : de 0 à 25, de 26 à 50, de 51 à 75 et de 76 à 100.

Dans le Tableau 27, nous pouvons observer que tous les Chi-carrés entre les indicateurs de malaise et la variable d'intention de départ anticipé sont significatifs à un seuil de confiance de 999%, sauf pour l'indicateur de sécurité de l'emploi qui n'est pas significatif. On peut d'ores et déjà en conclure que plus on est insatisfait par rapport à son travail, plus on pense à quitter la profession infirmière.

Les manques de reconnaissance, de perspectives de promotion, de sens, l'intensification du travail et l'insatisfaction salariale ont une relation assez intense avec l'intention de départ, avec des gammas supérieurs à 0,300. L'intensité est nettement moins vigoureuse pour les relations avec les collègues.

Tableau 27 – Tests du Chi-carré entre les indicateurs de malaise et la variable d'intention de départ

Indicateurs de malaise et "penser à quitter la profession infirmière"	Tests du Khi-deux	
	Khi-deux	Gamma
Sécurité d'emploi	4,199 (n.s.)	0,037
Perspectives de promotion	154,636 ***	0,376
Homo Œconomicus	102,820 ***	0,332
Reconnaissance	204,003 ***	0,416
Supérieurs	57,234 ***	0,233
Collègues	43,924 ***	0,159
Violence	47,023 ***	0,217
Sens	297,321 ***	0,361
Stress	68,119 ***	0,238
Autonomie	62,415 ***	0,253
Intensification	102,664 ***	0,348
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif		

3. Analyse multivariée : régressions linéaires

Pour les régressions linéaires, nous introduirons d'abord toutes les variables indépendantes en une fois ou en un modèle, afin de découvrir les différentes contributions plus ou moins fortes des variables au modèle. Ensuite nous introduirons les variables indépendantes en deux modèles dans l'ordre suivant : nos trois variables d'intérêt, puis les variables intermédiaires. Ces dernières peuvent être regroupées en quatre groupes : les variables de travail, les variables familiales, la variable correspondant aux infrastructures d'aide-ménagère et la variable de santé subjective. Les deux schémas suivants résument cette information : la Figure 18 représente notre modèle causal dont les flèches unidimensionnelles montrent les influences d'une variable à une autre et les flèches doubles, les interdépendances entre les variables.

Le deuxième schéma (Figure 19) est une manière plus simplifiée de notre modèle causal : on y liste les trois premières variables d'intérêt qui seront introduites dans un premier modèle de régression, puis ensuite les variables composant le deuxième modèle : les variables se rapportant au travail, à la famille, aux infrastructures et à la santé. Pour les deux schémas, nous avons regroupé les variables « dépendantes », à savoir les indicateurs de malaise et l'intention de départ anticipé, pour une lecture plus facile, mais il ne faut pas oublier qu'elles constituent bien deux impacts distincts des variables individuelles, donc des régressions différentes.

Figure 18 – Modèle causal des facteurs de malaise et de l'intention de quitter la profession d'infirmier

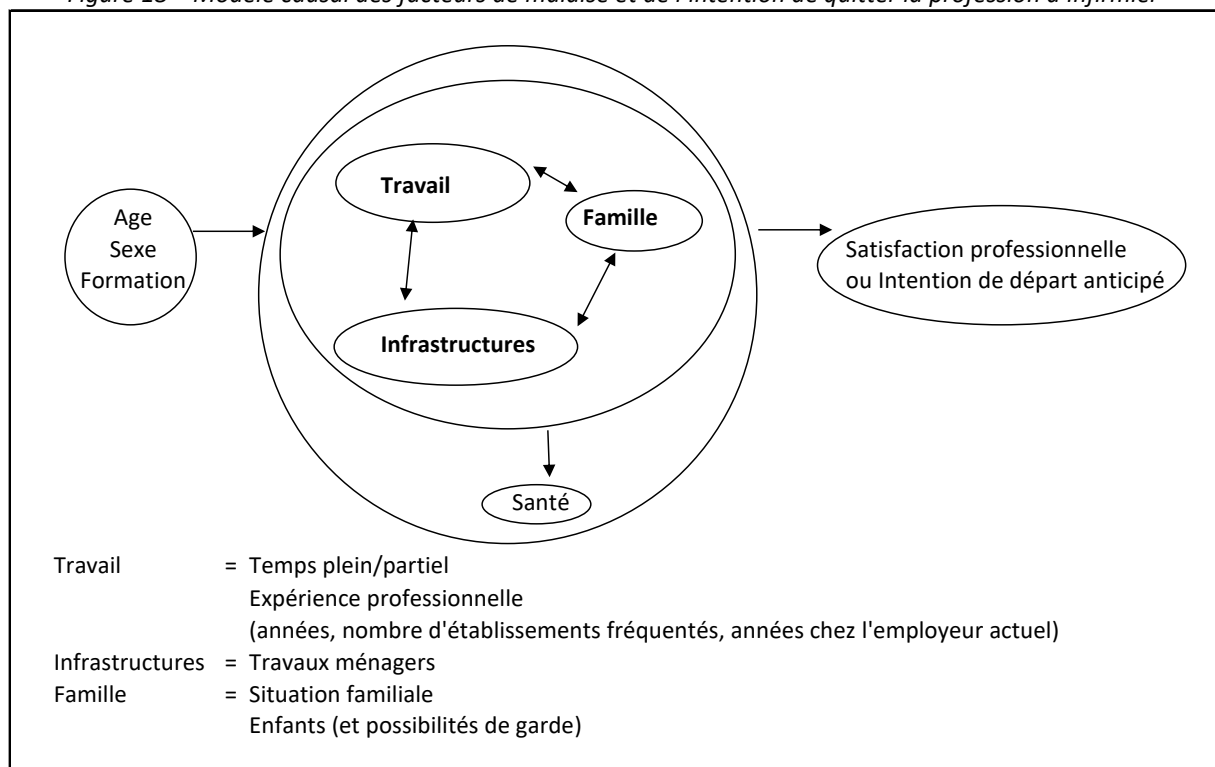
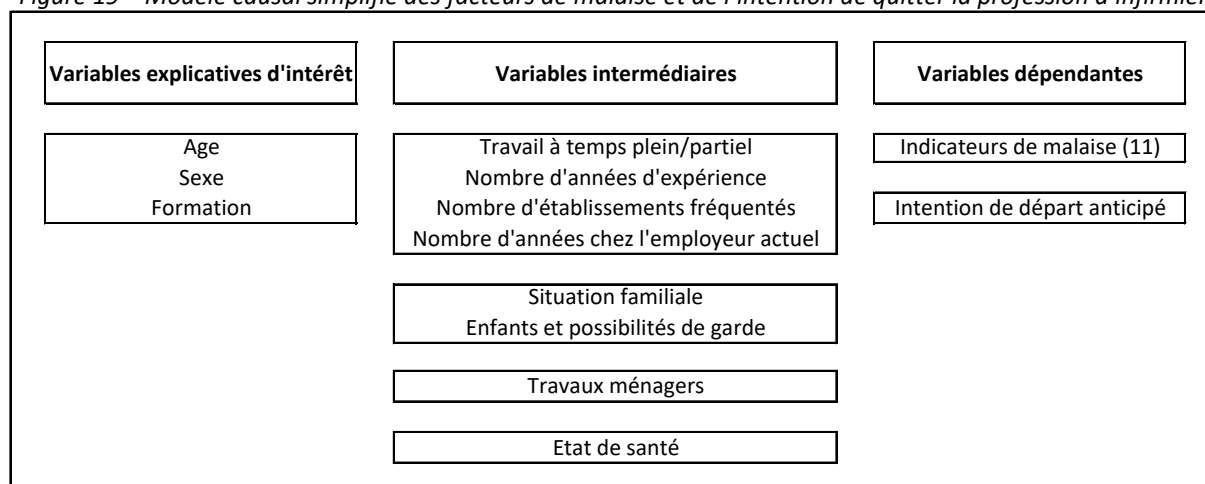


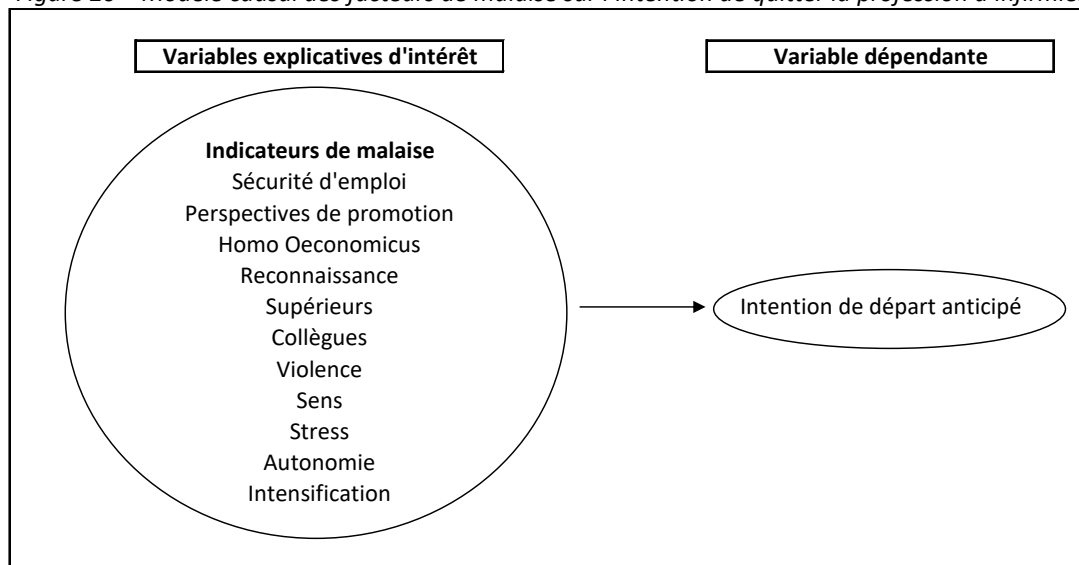
Figure 19 – Modèle causal simplifié des facteurs de malaise et de l'intention de quitter la profession d'infirmier



Nous présenterons les résultats de ces régressions dans l'ordre suivant : d'abord l'impact des caractéristiques personnelles sur les indicateurs de malaise, où nous aurons affaire à 11 variables dépendantes. Cet impact sera lui-même séparé en deux parties : les régressions en un seul modèle puis les régressions en deux modèles. Ensuite nous montrerons l'impact des variables sociodémographiques sur l'intention de quitter la profession par une régression linéaire, d'abord en un seul modèle, et ensuite en deux modèles. Pour le troisième impact, celui des indicateurs de malaise sur l'intention de quitter la profession infirmière, nous procéderons à une régression linéaire en un seul modèle. En effet, il n'est pas aisé de construire un modèle causal entre les indicateurs étant donné qu'ils sont tous plus ou moins corrélés ensemble. Nous choisissons donc de discerner les différentes contributions de chaque indicateur à la variation de la variable d'intention de partir. Le schéma suivant (Figure 20) montre l'influence des indicateurs de

malaise, comme variables explicatives d'intérêt, sur l'intention de partir, comme variable dépendante.

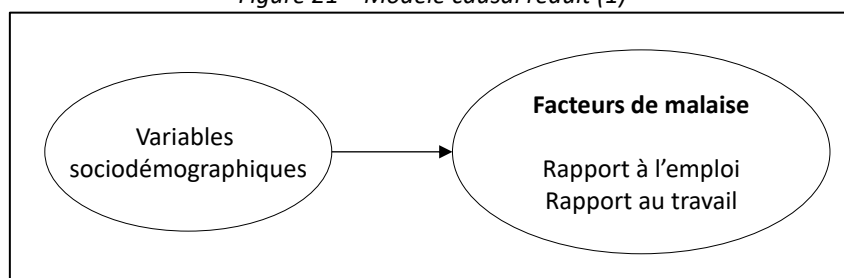
Figure 20 – Modèle causal des facteurs de malaise sur l'intention de quitter la profession d'infirmier



Pour faciliter la lecture des analyses multivariées, au début de chaque sorte d'impact étudié, la partie du schéma (vu à la Figure 15) à expliquer sera présentée.

A. Variables indépendantes et indicateurs de malaise

Figure 21 – Modèle causal réduit (1)



Afin de tester les impacts des variables indépendantes sur les indicateurs de malaise (Figure 21), nous avons réalisé des régressions linéaires entre ces variables, pour chacun des indicateurs, utilisés ici comme variables dépendantes, d'abord avec un modèle, ensuite avec deux modèles où nous introduisons nos variables d'intérêt dans le premier modèle et les variables intermédiaires dans le second (voir Figure 19). Nous présenterons les coefficients de régression standardisés⁶³ pour les variables indépendantes, toutes dichotomisées pour les régressions, c'est-à-dire que nous avons rendu binaire chaque modalité des variables. Par exemple, pour la variable « âge au moment de l'enquête », nous avons créé trois nouvelles variables, dont les modalités sont non (0) et oui (1) : « âge = 26-35 ans », « âge = 36-45 ans » et « âge = plus de 45 ans ».

⁶³ Les coefficients standardisés permettent de connaître le sens de la relation entre chaque variable indépendante et la variable dépendante (relation positive ou négative). La valeur absolue des coefficients standardisés significatifs permet de déterminer le poids relatif des variables dans le modèle. Pour interpréter un coefficient standardisé, on peut dire qu'un déplacement d'un écart-type sur l'échelle de la variable indépendante est associé à un déplacement du *coefficient standardisé* écart-type (entre -1 et 1) sur l'échelle de la variable dépendante.

1) Un modèle

Dans le Tableau 28, tous les modèles sont significatifs, mais ils n'expliquent pas tellement la variation des indicateurs. Seuls quatre R^2 sont supérieurs à 10%, pour les indicateurs de stress, des finances, d'intensification et de reconnaissance. Pour les autres indicateurs, l'explication varie entre 3,8% et 7%.

Concernant les variables d'intérêt, on peut tout de suite réfuter l'hypothèse de l'âge qui jouerait sur le malaise. Aucun coefficient n'est significatif à 99% et un seul l'est à 95%. L'âge n'est donc pas déterminant dans le malaise. La formation n'a pas non plus de grand pouvoir explicatif : l'infirmier-ère breveté-e serait plus en malaise que l'infirmier-ère gradué-e vis-à-vis de l'intensification, du manque d'autonomie et de l'insécurité de l'emploi. Les autres coefficients relatifs à la formation ne sont pas significatifs. Le sexe fait varier significativement cinq indicateurs. Les hommes semblent plus insatisfaits que les femmes quant aux manques de sens et de perspectives de promotion et quant à la violence au travail. Les femmes sont plus mécontentes quant au manque d'autonomie et au stress. On le voit déjà ici, nos hypothèses empruntées à Paugam ne se vérifient que partiellement pour deux facteurs de malaise pour les femmes, et trois facteurs de malaise pour les moins qualifié-e-s.

On peut déjà réaffirmer la prépondérance de l'état de santé dans nos modèles car c'est la seule variable indépendante toujours significative dans chacune des régressions. Dans tous les cas, plus l'infirmier-ère se sent en bonne ou excellente santé, plus il-elle est satisfait-e (ou moins il-elle est en malaise)⁶⁴. La deuxième variable la plus significative est le nombre d'enfants et les possibilités de garde. Sauf pour la sécurité de l'emploi et les relations au travail qui ne sont pas significatives, le fait d'avoir de l'aide pour s'occuper de ses enfants réduit le malaise relatif à l'*homo œconomicus*, à l'*homo faber*, à la violence et au manque de reconnaissance. L'expérience, en termes de temps passé pour l'employeur actuel, est aussi significative pour plusieurs indicateurs de malaise : au plus on a passé du temps pour le même employeur, au plus le malaise augmente aux niveaux de l'*homo sociologicus*, de l'intensification et du stress.

Outre ces trois variables indépendantes, certaines variables dénotent quelque peu des autres par la force de leurs coefficients⁶⁵. L'expérience professionnelle dans le secteur des soins de santé fait varier la satisfaction financière : on a raison à 99% quand on dit qu'au plus l'expérience sectorielle est grande (en nombre d'années), au plus on est satisfait de son salaire. Cela semble logique, puisque l'ancienneté est rétribuée. Aussi, ce résultat peut nuancer un peu les plaintes salariales, comme nous l'avons déjà vu lors de l'analyse univariée. La situation familiale (ainsi que le nombre d'enfants et les possibilités de garde) n'explique que la variation de l'indicateur de stress : toutes les situations familiales provoquent plus de stress auprès de l'infirmier-ère. Il s'agira d'investiguer plus loin la manière dont le travail interfère dans la famille et vice versa.

⁶⁴ Les coefficients positifs indiquent que la variation de la variable indépendante fait varier l'indicateur vers le malaise. À l'inverse, le signe négatif du coefficient montre la satisfaction.

⁶⁵ Une valeur élevée du coefficient standardisé suggère que le modèle de régression est très bien ajusté aux données. On parle aussi d'un grand changement dans la variable dépendante induit par un petit changement dans la variable indépendante.

Tableau 28 – Régressions linéaires entre les variables indépendantes et les indicateurs de malaise (1 modèle)

Régression linéaire des variables indépendantes sur les indicateurs de malaise (1)		Sécurité de l'emploi	Perspectives de promotion	Homo Oeconomi-cus	Reconnais-sance	Supérieurs	Collègues	Violence	Sens	Stress	Autonomie	Intensifica-tion
Age au moment de l'enquête (2002)	18-25 ans (réf)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	26-35 ans	-0,034 (n.s.)	0,054 (n.s.)	0,072 (n.s.)	0,066 (n.s.)	0,000 (n.s.)	0,060 (n.s.)	0,137 *	0,055 (n.s.)	0,015 (n.s.)	0,090 (n.s.)	0,001 (n.s.)
	36-45 ans	0,068 (n.s.)	0,091 (n.s.)	0,046 (n.s.)	0,085 (n.s.)	-0,069 (n.s.)	0,083 (n.s.)	0,108 (n.s.)	0,037 (n.s.)	0,030 (n.s.)	0,105 (n.s.)	-0,003 (n.s.)
	Plus de 45 ans	0,092 (n.s.)	0,026 (n.s.)	-0,013 (n.s.)	-0,009 (n.s.)	-0,096 (n.s.)	0,070 (n.s.)	0,105 (n.s.)	0,006 (n.s.)	0,029 (n.s.)	0,089 (n.s.)	-0,060 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Homme	0,049 (n.s.)	0,103 **	0,030 (n.s.)	0,033 (n.s.)	0,001 (n.s.)	0,022 (n.s.)	0,073 *	0,108 **	-0,121 ***	-0,112 ***	-0,051 (n.s.)
Formation infirmière	Brevet (réf)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Graduat	-0,065 *	0,003 (n.s.)	-0,029 (n.s.)	-0,029 (n.s.)	-0,003 (n.s.)	0,034 (n.s.)	0,000 (n.s.)	-0,050 (n.s.)	-0,044 (n.s.)	-0,077 **	-0,109 ***
Temps de travail	Plein (réf)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Partiel	0,022 (n.s.)	0,025 (n.s.)	-0,013 (n.s.)	-0,011 (n.s.)	-0,046 (n.s.)	-0,045 (n.s.)	-0,059 (n.s.)	0,056 (n.s.)	-0,023 (n.s.)	0,032 (n.s.)	-0,006 (n.s.)
Temps dans secteur des soins de santé	0-5 ans (réf)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	6-15 ans	-0,016 (n.s.)	-0,091 (n.s.)	-0,183 **	-0,104 (n.s.)	-0,059 (n.s.)	-0,085 (n.s.)	-0,052 (n.s.)	0,056 (n.s.)	-0,133 *	-0,142 *	-0,090 (n.s.)
	16-25 ans	-0,143 (n.s.)	-0,141 (n.s.)	-0,264 ***	-0,195 **	-0,067 (n.s.)	-0,059 (n.s.)	-0,137 (n.s.)	0,024 (n.s.)	-0,136 (n.s.)	-0,204 **	-0,134 (n.s.)
	Plus de 25 ans	-0,090 (n.s.)	-0,119 *	-0,186 **	-0,033 (n.s.)	0,069 (n.s.)	0,053 (n.s.)	-0,051 (n.s.)	-0,015 (n.s.)	0,024 (n.s.)	-0,128 *	0,004 (n.s.)
Nombre d'établissements de soins différents	Un (réf)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Deux	-0,070 *	0,042 (n.s.)	0,078 **	0,071 *	-0,004 (n.s.)	0,030 (n.s.)	-0,052 (n.s.)	0,016 (n.s.)	-0,001 (n.s.)	0,064 *	0,054 (n.s.)
	Trois ou plus	0,019 (n.s.)	0,117 ***	0,058 (n.s.)	0,103 **	0,039 (n.s.)	0,025 (n.s.)	0,038 (n.s.)	0,001 (n.s.)	0,043 (n.s.)	0,057 (n.s.)	0,006 (n.s.)
Temps pour l'employeur actuel	Moins de 2 ans (réf)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	De 3 à 5 ans	-0,109 **	0,009 (n.s.)	-0,013 (n.s.)	0,077 *	0,091 *	0,082 *	-0,018 (n.s.)	0,070 (n.s.)	-0,030 (n.s.)	-0,039 (n.s.)	0,039 (n.s.)
Situation familiale	Plus de 5 ans	-0,082 (n.s.)	0,093 (n.s.)	0,066 (n.s.)	0,274 ***	0,206 ***	0,133 *	0,141 *	0,095 (n.s.)	0,105 *	-0,024 (n.s.)	0,190 **
	Seul	-0,236 (n.s.)	0,008 (n.s.)	-0,212 (n.s.)	0,233 (n.s.)	0,196 (n.s.)	-0,099 (n.s.)	0,038 (n.s.)	0,016 (n.s.)	0,369 **	-0,010 (n.s.)	0,032 (n.s.)
	Seul avec 1 enfant ou + (réf)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Avec adulte	-0,303 (n.s.)	-0,058 (n.s.)	-0,313 (n.s.)	0,259 (n.s.)	0,185 (n.s.)	-0,094 (n.s.)	0,083 (n.s.)	0,029 (n.s.)	0,452 **	0,000 (n.s.)	0,024 (n.s.)
Nombre d'enfants et gardes	Avec adulte et 1 enfant ou +	-0,097 (n.s.)	-0,053 (n.s.)	-0,159 *	-0,071 (n.s.)	0,018 (n.s.)	-0,050 (n.s.)	-0,067 (n.s.)	-0,059 (n.s.)	0,140 *	0,022 (n.s.)	0,050 (n.s.)
	Aucun enfant	0,300 (n.s.)	-0,132 (n.s.)	0,056 (n.s.)	-0,388 *	-0,279 (n.s.)	0,017 (n.s.)	-0,140 (n.s.)	-0,175 (n.s.)	-0,505 **	-0,081 (n.s.)	-0,060 (n.s.)
	Enfants et pas de garde (réf)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Enfants et gardes	0,012 (n.s.)	-0,181 ***	-0,196 ***	-0,086 *	-0,053 (n.s.)	-0,046 (n.s.)	-0,117 **	-0,131 **	-0,175 ***	-0,157 ***	-0,191 ***
Réalisation des travaux ménagers	Vous-même (réf)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Qu'un d'autre	-0,026 (n.s.)	-0,020 (n.s.)	-0,089 **	-0,041 (n.s.)	-0,021 (n.s.)	-0,064 *	-0,017 (n.s.)	-0,028 (n.s.)	-0,017 (n.s.)	-0,002 (n.s.)	-0,059 *
Etat de santé	Partagés avec qu'un d'autre	-0,022 (n.s.)	-0,028 (n.s.)	-0,045 (n.s.)	-0,053 (n.s.)	-0,028 (n.s.)	-0,041 (n.s.)	-0,039 (n.s.)	-0,072 *	-0,026 (n.s.)	-0,050 (n.s.)	-0,004 (n.s.)
	Mauvais à moyen (réf)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R	Bon	-0,086 *	-0,185 ***	-0,176 ***	-0,191 ***	-0,096 *	-0,078 *	-0,118 **	-0,012 (n.s.)	-0,223 ***	-0,085 *	-0,184 ***
	Très bon à excellent	-0,123 **	-0,168 ***	-0,283 ***	-0,281 ***	-0,117 **	-0,124 **	-0,156 ***	-0,114 **	-0,328 ***	-0,140 ***	-0,296 ***
R²		0,214	0,264	0,337	0,319	0,196	0,217	0,258	0,241	0,347	0,246	0,321
		0,046	0,070	0,114	0,102	0,038	0,047	0,057	0,058	0,121	0,061	0,103
Anova (signification du modèle)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif

(1) Les indicateurs de malaise vont de la satisfaction vers l'insatisfaction

2) Deux modèles

L'intérêt de présenter les résultats avec deux modèles réside justement dans la confirmation ou non des hypothèses. En effet, nos variables d'intérêt (ou des hypothèses) sont introduites seules dans un premier modèle afin de voir leur effet direct. Quand on rajoute d'autres variables explicatives au modèle, on peut alors voir si les effets des variables d'intérêt ont résisté ou s'ils ont été absorbés ou dépassés par les effets des autres variables indépendantes.

Les variables intermédiaires, introduites dans un second temps, annulent la plupart du temps l'effet de l'âge sur les indicateurs de malaise. L'effet direct du sexe reste significatif pour les perspectives de promotion, la violence, le sens, le stress et l'autonomie. L'effet indirect des variables intermédiaires, effaçant l'effet de la formation, est moins fort pour l'intensification, l'autonomie au travail et la sécurité de l'emploi. Voyons plus précisément les effets des variables d'intérêt et des variables intermédiaires pour chaque indicateur (voir le Tableau 29 pour les variables d'intérêt et voir Annexe II.3 – Tableaux récapitulatifs des régressions linéaires pour les tableaux complets).

1) Sécurité d'emploi

Dans un premier temps, la sécurité de l'emploi touche les plus de 26 ans et les infirmiers-ères breveté-e-s. Ensuite, quand on introduit les variables intermédiaires, les coefficients restent significatifs uniquement pour les infirmiers-ères gradué-e-s.

Seuls cinq coefficients sont significatifs à 95%. Les individus qui se sentent en sécurité dans leur emploi sont ceux qui ont travaillé dans un autre établissement, ceux qui travaillent depuis au moins trois ans pour leur employeur actuel et ceux qui se sentent en bonne voire excellente santé. La variable qui a le plus d'effet sur le sentiment de sécurité de l'emploi demeure l'état de santé subjectif. Ce modèle de régression explique 4,6% de la variation de l'indicateur de sécurité de l'emploi.

2) Perspectives de promotion

Dans le premier modèle, ce sont les 36-45 ans et les hommes qui sont le plus en malaise face à leurs perspectives de promotion. Lorsque l'on introduit les variables intermédiaires, leur effet ne noie pas celui du sexe qui demeure significatif : les hommes sont les plus mécontents quant à leurs éventuelles promotions.

Le profil type de l'infirmier-ère insatisfait-e de ses perspectives de promotion serait plutôt un homme qui travaille depuis moins de 5 ans, qui a déjà travaillé dans trois hôpitaux ou plus, qui n'aurait pas de possibilités de garde pour ses enfants et se sentirait en très mauvaise santé. Le modèle ainsi décrit n'explique que 7% de la variation de l'indicateur.

Tableau 29 – Régressions linéaires entre les variables d'intérêt et les indicateurs de malaise (2 modèles)

Régressions linéaires des variables d'intérêt sur les indicateurs de malaise (1)				Régressions linéaires des variables d'intérêt sur les indicateurs de malaise (1)			
Indicateur de sécurité de l'emploi				Indicateur de violence			
Age	18-25 ans (réf)	-	-	Age	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	-0,110 *	-0,034 (n.s.)		26-35 ans	0,144 **	0,137 *
	36-45 ans	-0,101 *	0,068 (n.s.)		36-45 ans	0,063 (n.s.)	0,108 (n.s.)
	Plus de 45 ans	-0,037 (n.s.)	0,092 (n.s.)		Plus de 45 ans	0,107 **	0,105 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-	Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	0,036 (n.s.)	0,049 (n.s.)		Homme	0,059 *	0,073 *
Formation	Brevet (réf)	-	-	Formation	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	-0,068 *	-0,065 *		Graduat	0,001 (n.s.)	0,000 (n.s.)
Indicateur de perspectives de promotion				Indicateur de sens du travail			
Age	18-25 ans (réf)	-	-	Age	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,083 (n.s.)	0,054 (n.s.)		26-35 ans	0,181 ***	0,055 (n.s.)
	36-45 ans	0,108 *	0,091 (n.s.)		36-45 ans	0,181 ***	0,037 (n.s.)
	Plus de 45 ans	0,015 (n.s.)	0,026 (n.s.)		Plus de 45 ans	0,086 *	0,006 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-	Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	0,091 **	0,103 **		Homme	0,058 *	0,108 **
Formation	Brevet (réf)	-	-	Formation	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	0,002 (n.s.)	0,003 (n.s.)		Graduat	-0,063 *	-0,050 (n.s.)
Indicateur de l'homo oeconomicus				Indicateur de stress au travail			
Age	18-25 ans (réf)	-	-	Age	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,031 (n.s.)	0,072 (n.s.)		26-35 ans	0,010 (n.s.)	0,015 (n.s.)
	36-45 ans	-0,071 (n.s.)	0,046 (n.s.)		36-45 ans	0,042 (n.s.)	0,030 (n.s.)
	Plus de 45 ans	-0,115 **	-0,013 (n.s.)		Plus de 45 ans	0,125 **	0,029 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-	Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	0,012 (n.s.)	0,030 (n.s.)		Homme	-0,122 ***	-0,121 ***
Formation	Brevet (réf)	-	-	Formation	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	-0,036 (n.s.)	-0,029 (n.s.)		Graduat	-0,049 (n.s.)	-0,044 (n.s.)
Indicateur de reconnaissance				Indicateur d'autonomie au travail			
Age	18-25 ans (réf)	-	-	Age	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,190 ***	0,066 (n.s.)		26-35 ans	0,005 (n.s.)	0,090 (n.s.)
	36-45 ans	0,192 ***	0,085 (n.s.)		36-45 ans	-0,047 (n.s.)	0,105 (n.s.)
	Plus de 45 ans	0,137 ***	-0,009 (n.s.)		Plus de 45 ans	-0,031 (n.s.)	0,089 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-	Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	0,001 (n.s.)	0,033 (n.s.)		Homme	-0,110 ***	-0,112 ***
Formation	Brevet (réf)	-	-	Formation	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	-0,033 (n.s.)	-0,029 (n.s.)		Graduat	-0,082 **	-0,077 **
Indicateur de satisfaction par rapport à la hiérarchie				Indicateur d'intensification du travail			
Age	18-25 ans (réf)	-	-	Age	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,112 *	0,000 (n.s.)		26-35 ans	0,062 (n.s.)	0,001 (n.s.)
	36-45 ans	0,066 (n.s.)	-0,069 (n.s.)		36-45 ans	0,044 (n.s.)	-0,003 (n.s.)
	Plus de 45 ans	0,080 *	-0,096 (n.s.)		Plus de 45 ans	0,052 (n.s.)	-0,060 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-	Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	-0,021 (n.s.)	0,001 (n.s.)		Homme	-0,066 *	-0,051 (n.s.)
Formation	Brevet (réf)	-	-	Formation	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	-0,004 (n.s.)	-0,003 (n.s.)		Graduat	-0,108 ***	-0,109 ***
Indicateur de satisfaction par rapport aux collègues				*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif			
Age	18-25 ans (réf)	-	-	(1) Les indicateurs de malaise vont de la satisfaction vers l'insatisfaction			
	26-35 ans	0,111 *	0,060 (n.s.)				
	36-45 ans	0,146 **	0,083 (n.s.)				
	Plus de 45 ans	0,191 ***	0,070 (n.s.)				
Sexe	Femme (réf)	-	-				
	Homme	-0,003 (n.s.)	0,022 (n.s.)				
Formation	Brevet (réf)	-	-				
	Graduat	0,029 (n.s.)	0,034 (n.s.)				

3) *Homo œconomicus – Satisfaction financière*

Au départ, ce sont les plus de 45 ans qui sont les plus satisfait-e-s de leur salaire. Suite à l'introduction des variables intermédiaires, plus aucune variable d'intérêt n'est significative.

Par contre, plusieurs variables expliquent la variation de l'indicateur. Plus les individus ont passé du temps dans le secteur des soins de santé, plus ils sont satisfaits de leur situation financière. Il en va de même pour celles et ceux qui n'ont travaillé que dans un seul établissement. Les infirmier-ères satisfait-e-s de leur salaire vivent avec un-e autre adulte et un ou plusieurs enfant(s), qu'ils-elles peuvent toujours faire garder, ils ou elles demandent à quelqu'un d'autre de s'occuper de leurs tâches ménagères et enfin ils-elles se sentent en très bonne santé.

La signification de la réalisation des travaux ménagers ne se retrouve que dans peu d'indicateurs, il est donc important de souligner que les gens employant un-e aide-ménagère sont plus satisfaits de leurs finances. Cela semble contradictoire, à moins que la relation ne soit inversée. Il serait évidemment plus logique de comprendre que la satisfaction financière du ménage permette d'engager quelqu'un. Il est aussi possible d'imaginer une infrastructure familiale au sein de leur réseau social qu'ils n'auraient pas à rémunérer, comme un parent proche qui pourrait encore s'occuper des enfants et du ménage. Il serait intéressant d'investiguer plus loin l'impact et le rôle que jouent ces réseaux familiaux ou sociaux dans la satisfaction des individus, que ça soit un soutien moral, un appui financier ou encore un encadrement structurel. Ce modèle de régression est un des moins faibles avec 11,4% d'explication de la variation de l'indicateur.

4) *Homo sociologicus 1 – Reconnaissance*

Dans le premier modèle, l'âge est la seule variable d'intérêt significative quant au manque de reconnaissance, au seuil de confiance de 999‰. Avec l'introduction des variables intermédiaires, l'effet de l'âge perd totalement sa significativité.

La variation de l'indicateur de reconnaissance s'explique par contre par d'autres variables : le nombre d'hôpitaux fréquentés et le temps pour l'employeur actuel et le secteur des soins de santé, les enfants et les gardes, et la santé subjective. Les infirmiers-ères qui manquent de reconnaissance dans leur travail travaillent depuis moins de 5 ans, ont déjà travaillé dans plusieurs hôpitaux, et/ou travaillent depuis plus de 5 ans pour l'employeur actuel. Les plus reconnu-e-s sont celles et ceux qui n'ont pas d'enfant ou qui ont des possibilités pour garder leurs enfants, et qui se sentent en bonne santé. On peut donc repérer deux familles de variables individuelles influant sur la reconnaissance ou son manque : l'expérience professionnelle et la charge familiale. Il sera intéressant plus loin de creuser ces deux sortes de facteurs sur la reconnaissance. Ce modèle de régression explique 11,2% de la variation de l'indicateur.

5) *Homo sociologicus 2 – Rapport à la hiérarchie*

Les 18-25 ans semblent plus satisfait-e-s que leurs aîné-e-s des relations avec leurs supérieur-e-s. Dans le deuxième modèle, il n'y a plus aucune variable d'intérêt significative.

Avec un R^2 de 3,8%, on peut affirmer que la variation de l'indicateur des rapports hiérarchiques ne se joue pas vraiment dans les variables insérées. Il va donc de soi que les variables explicatives injectées dans la régression sont loin d'être suffisantes et qu'il serait presque obligatoire de chercher plus loin d'autres causes. Seules deux variables sont significatives : le temps passé pour l'employeur actuel et l'état de santé. Plus on a passé du temps pour le même employeur, plus le malaise vis-à-vis de la hiérarchie se fait sentir. De même, la mauvaise santé subjective renforce ce malaise.

6) *Homo sociologicus 3 – Rapport aux collègues*

L'analyse de cet indicateur ressemble fortement à celui de la hiérarchie. Dans le premier modèle, toutes les modalités de l'âge sont significatives : plus on vieillit, plus on est mécontent de ses collègues. Pourtant, lorsque l'on introduit les autres variables indépendantes, l'âge n'a plus d'effet du tout.

La variation de l'indicateur n'est aussi expliquée qu'à 4,7%. Au plus le temps passé pour l'employeur actuel est grand, au plus le malaise avec ses pairs est important. Les relations avec leurs collègues se passent bien pour les individus étant en très bonne santé et partageant leurs tâches ménagères avec quelqu'un d'autre. Les coefficients de régression sont peu élevés. Peut-on conclure de là que tous les autres sont insatisfait-e-s de leurs relations avec leurs pairs ? Manquant cruellement de précisions statistiques, une telle inférence ressemblerait plutôt à une erreur scientifique.

7) *Homo sociologicus 4 – Violence*

Pour l'indicateur de violence, deux des variables d'intérêt restent significatives après l'introduction des variables intermédiaires : l'âge et le sexe. Les 26-35 ans et les hommes seraient plus en malaise face à la violence à l'hôpital.

6,7% de l'indicateur de violence sont expliqués par le deuxième modèle de régression. Celles et ceux qui travaillent depuis plus de cinq ans pour le même employeur se plaignent plus de violence au travail. Les individus qui ne font pas face à la violence au travail ont des possibilités de garde pour leurs enfants et sont en très bonne santé. Les hommes infirmiers seraient-ils plus sujets à la violence au travail ? Ou leur ressenti serait-il plus fort ? Les hommes sont statistiquement insatisfaits face à deux indicateurs et celui de la violence au travail en fait partie.

8) *Homo faber 1 – Sens du travail*

L'indicateur de sens au travail est le seul indicateur pour lequel tous les coefficients des variables d'intérêt sont significatifs dans le premier modèle. Le sens manque pour les plus âgé-e-s, les hommes et les infirmiers-ères breveté-e-s. Pourtant, leurs effets sont diminués par les autres variables indépendantes : dans le deuxième modèle, seul le sexe reste significatif. Le manque de sens est le deuxième indicateur de malaise statistiquement significatif pour les hommes infirmiers.

La régression à deux modèles offre quelques précisions de plus : celles et ceux pour qui le travail fait le plus sens sont manifestement des personnes pouvant facilement faire garder leurs enfants, partageant les tâches ménagères de manière équitable avec quelqu'un d'autre et se sentant en bonne santé voire excellente. Le sens au travail se joue, comme pour la reconnaissance, dans la conciliation de la charge familiale. Ces variables expliquent 5,8% de la variation de l'indicateur.

9) *Homo faber 2 – Stress*

L'indicateur de stress au travail est celui pour lequel le R^2 est le plus élevé avec 12,1% d'explication par les variables indépendantes introduites. Si les plus de 45 ans sont plus stressé-e-s dans le premier modèle, les variables intermédiaires réduisent cet effet à néant dans le deuxième modèle. Par contre, on n'a qu'une chance sur 1000 de se tromper si on affirme que les femmes sont plus stressées que les hommes, peu importe l'introduction d'autres variables.

C'est aussi dans ce modèle de régression que l'on retrouve le plus de coefficients significatifs. Les individus les plus stressés au travail sont chez le même employeur depuis plus de 5 ans ou travaillent depuis moins de 5 ans, vivent seuls ou en famille et n'ont pas de possibilité pour faire garder leur(s) enfant(s), et se sentent en mauvaise santé. La situation familiale demeure brumeuse dans cette régression car *a priori* l'on pourrait penser que les personnes les plus

stressées sont celles devant assumer des charges familiales, qui plus est, toutes seules. Or les coefficients nous montrent que les plus stressé-e-s seraient les personnes vivant en couple ou toutes seules. La situation familiale, quelle qu'elle soit, influence le niveau de stress au travail.

À nouveau, on retrouve ici deux catégories de facteurs jouant sur le stress : expérientielles et familiales. Il sera intéressant plus loin de comparer et d'étudier plus en détails les indicateurs de reconnaissance, sens et stress en fonction de ces deux catégories de facteurs.

10) *Homo faber 3 – Autonomie dans le travail*

L'âge n'intervient pas du tout comme cause du manque d'autonomie. Par contre, les femmes et les infirmiers-ères gradué-e-s se sentent moins autonomes au travail, et cela même suite à l'introduction des variables intermédiaires.

Avoir travaillé dans deux hôpitaux différents accroît aussi ce sentiment de manque d'autonomie. Au plus les infirmiers-ères ont de l'expérience dans le secteur des soins de santé en termes d'années, au plus ils-elles se sentent autonomes au travail. Avoir des possibilités pour faire garder ses enfants et être en bonne santé joue aussi sur le sentiment d'autonomie au travail. Ce modèle explique 6,1% de l'indicateur de l'autonomie. En résumé, l'autonomie est liée au sexe et à la formation initiale, à l'état de santé, à l'expérience professionnelle et aux infrastructures familiales. Pourrait-on y lire un lien entre l'autonomie et les rapports de pouvoir entre sexes ? Alors que les hommes représentent 13% de notre population, ils se sentent manifestement plus autonomes dans leur travail que les femmes. Parviennent-ils à obtenir plus d'autonomie d'une manière ou d'une autre ? Les questions de genre restent primordiales quand il s'agit d'autonomie au travail.

11) *Homo faber 4 – Intensification des conditions de travail*

L'intensification du travail est pesante, dans un premier temps, pour les femmes et les infirmiers-ères gradué-e-s, comme c'était le cas pour l'autonomie. Dans le deuxième modèle, le sexe n'est pourtant plus significatif : seule demeure la formation initiale.

Le malaise face à l'intensification est plus grand pour celles et ceux qui travaillent depuis plus de cinq ans pour le même employeur et qui sont en mauvaise santé. Il est moins fort pour les individus qui peuvent faire garder leurs enfants et dont le ménage est réalisé par quelqu'un d'autre. Les aides à la charge familiale aideraient donc à supporter les pénibilités des conditions de travail. Ce modèle explique 10,3% de la variation de l'indicateur.

Que retenir de ces nombreux tableaux de régressions ? Tâchons d'établir des sortes de profils types des infirmiers-ères les plus insatisfait-e-s par rapport à l'emploi et par rapport au travail.

Les individus les plus en sécurité de l'emploi ont un niveau de formation de type graduat, travaillent chez le même employeur depuis 3 à 5 ans, ont travaillé dans deux hôpitaux différents en tout et se sentent en bonne santé. Néanmoins, ce profil type de l'emploi reste un peu bancal car les variables introduites n'expliquent pas 5% de la variation de l'indicateur.

Au niveau de l'*homo æconomicus*, les infirmiers-ères les plus mécontent-e-s ont peu d'expérience dans le secteur, mais ont déjà travaillé dans plusieurs hôpitaux. De plus, soit ils-elles n'ont pas d'enfant, soit ils-elles en ont mais ne peuvent pas les faire garder. La satisfaction économique, au niveau du salaire ou des promotions, vient avec l'expérience professionnelle et le soutien familial. Les individus les plus en malaise quant aux perspectives de promotion sont des hommes.

Pour l'*homo sociologicus*, les insatisfactions vis-à-vis des collègues, des supérieur-e-s ou des patient-e-s ne sont pas fort expliquées par les modèles de régression proposés. Seul l'indicateur de reconnaissance se distingue des autres. Le manque de reconnaissance est plus difficile à supporter pour les infirmiers-ères qui travaillent depuis plus de 5 ans dans le même hôpital, même s'ils-elles en ont déjà essayé plusieurs avant. De plus, le manque de soutien familial accentue aussi le manque de reconnaissance. Les attentes de reconnaissance institutionnelle seraient-elles plus grandes avec le temps ? Ou le temps a-t-il contribué à subir plus de déceptions vis-à-vis de l'employeur ? Ce qui reste indéniable est le lien entre le manque de reconnaissance « à la maison » et au travail.

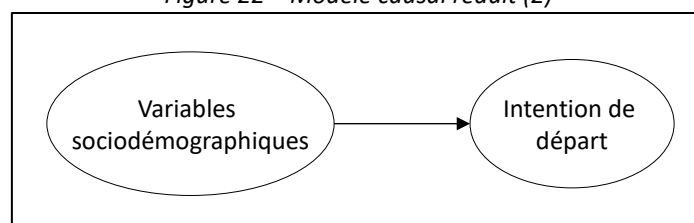
Concernant l'*homo faber*, les indicateurs de sens et d'autonomie ne sont expliqués respectivement qu'à 5,8% et 6,1% par les variables indépendantes introduites. Leur variation se joue donc ailleurs. Pourtant, l'indicateur d'autonomie dépend significativement du sexe, de la formation, de l'expérience professionnelle et de la santé (9 coefficients significatifs). Les indicateurs de stress et d'intensification sont expliqués à plus de 10% par les variables (12,1% et 10,3%), mais il n'y a que deux variables explicatives significatives pour l'intensification : la formation et la santé. Le stress est l'indicateur le plus expliqué. Les plus stressé-e-s sont des femmes, dont le stress est augmenté par la situation familiale, le manque de soutien familial et la mauvaise santé.

Trois variables font varier presque tous les indicateurs : la santé, le soutien familial et le temps passé pour l'employeur actuel. Au plus l'infirmier-ère est en mauvaise santé, au plus son malaise professionnel est grand. Au moins il-elle se sent soutenu dans ses charges familiales, au plus son insatisfaction professionnelle est grande. Au plus les années passent à travailler dans le même hôpital, au plus la souffrance au travail s'accroît.

Revenons sur nos hypothèses : pour l'axe de l'emploi, nous pouvons confirmer que les moins qualifié-e-s sont les plus insécurisé-e-s. Rien ne peut être affirmé pour le sexe ou l'âge. Pour l'axe du travail, nous confirmons le plus d'insatisfactions pour les femmes, par rapport au stress, à l'intensification et au manque d'autonomie. Il en va de même pour les breveté-e-s, quant à l'intensification et au manque d'autonomie. Par contre, l'effet de l'âge dans le malaise est recouvert par d'autres variables dans nos analyses statistiques. Un profil type uniforme d'un-e infirmier-ère en malaise semble bien complexe et les hypothèses du cadre de Paugam s'avèrent presque trop simples par rapport à la réalité chiffrée.

B. Variables indépendantes et intention de départ

Figure 22 – Modèle causal réduit (2)



Nous cherchons à découvrir ici l'impact direct des variables individuelles sur la variable d'intention de départ (Figure 22)⁶⁶. Pour rappel, les coefficients négatifs sont liés à une intention

⁶⁶ Nous avons choisi la régression linéaire car la variable d'intention de départ, ordinale, est considérée ici comme une variable plutôt quantitative. Nous l'avons aussi recodé en variable binaire (vouloir partir ou pas) et

de rester dans la profession, alors que les coefficients positifs montrent une intention de départ anticipé. Nous procèderons en deux étapes comme au point précédent : d'abord à l'aide d'une régression en un seul modèle (Tableau 30), ensuite en deux modèles (Tableau 31)⁶⁷.

1) Un modèle

Dans les variables d'intérêt, le seul coefficient significatif est celui du sexe : l'intention de partir est plus grande pour les hommes (voir le Tableau 30). Par rapport aux autres variables explicatives, au plus l'infirmier-ère a déjà travaillé dans plusieurs hôpitaux, au plus il-elle pense à arrêter de travailler. Aussi, travailler à temps partiel accentue l'intention de départ anticipé. Celles et ceux qui pensent le moins à quitter la profession infirmière sont en excellente santé et peuvent faire garder leurs enfants. Toutes ces variables expliquent 7,3% de la variable de départ.

Tableau 30 – Régression linéaire entre les variables indépendantes et la variable d'intention de départ (1 modèle)

Régression linéaire des variables indépendantes sur l'intention de partir		
Age au moment de l'enquête (2002)	18-25 ans (réf)	-
	26-35 ans	0,078 (n.s.)
	36-45 ans	0,003 (n.s.)
	Plus de 45 ans	-0,023 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-
	Homme	0,064 *
Formation infirmière	Brevet (réf)	-
	Graduat	0,041 (n.s.)
Temps de travail	Plein (réf)	-
	Partiel	0,073 **
Temps dans secteur des soins de santé	0-5 ans (réf)	-
	6-15 ans	0,094 (n.s.)
	16-25 ans	0,105 (n.s.)
	Plus de 25 ans	0,006 (n.s.)
Nombre d'établissements de soins différents	Un (réf)	-
	Deux	0,062 *
	Trois ou plus	0,102 ***
Temps pour l'employeur actuel	Moins de 2 ans (réf)	-
	De 3 à 5 ans	0,003 (n.s.)
	Plus de 5 ans	-0,002 (n.s.)
Situation familiale	Seul	0,173 (n.s.)
	Seul avec 1 enfant ou + (réf)	-
	Avec adulte	0,191 (n.s.)
	Avec adulte et 1 enfant ou +	-0,005 (n.s.)
Nombre d'enfants et gardes	Aucun enfant	-0,181 (n.s.)
	Enfants et pas de garde (réf)	-
	Enfants et gardes	-0,089 **
Réalisation des travaux ménagers	Vous-même (réf)	-
	Qqun d'autre	0,031 (n.s.)
	Partagés avec qqun d'autre	-0,024 (n.s.)
Etat de santé	Mauvais à moyen (réf)	-
	Bon	-0,161 ***
	Très bon à excellent	-0,227 ***
R		0,270
R²		0,073
Anova (signification du modèle)		0,000
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif		

nous avons réalisé une régression logistique avec les mêmes variables indépendantes. Or les résultats étaient tellement similaires à ceux de la régression linéaire que nous ne nous sommes pas appesantis sur la régression logistique.

⁶⁷ Voir Annexe 3.12 Variables indépendantes et intention de départ.

2) Deux modèles

Si l'on n'introduit que nos variables d'intérêt dans un modèle (Tableau 31), deux d'entre elles contribuent à la variation de la variable d'intention de partir : l'âge et le sexe. Au plus on vieillit, au plus souvent on pense à quitter son emploi. De même, ce sont les hommes qui pensent plus que les femmes à arrêter de travailler. La formation n'a pas d'impact significatif. Quand on introduit les variables intermédiaires, l'effet de l'âge est effacé au profit d'autres variables. Seule la variable de sexe reste statistiquement significative, au seuil de 95%.

Nous avons donc ici une ébauche d'un profil type des infirmiers-ères qui pensent le plus à arrêter définitivement leur métier : ce sont des hommes infirmiers, en mauvaise santé, travaillant à temps partiel, qui ont déjà travaillé dans plusieurs hôpitaux différents, et n'ayant pas de possibilité pour faire garder leurs enfants.

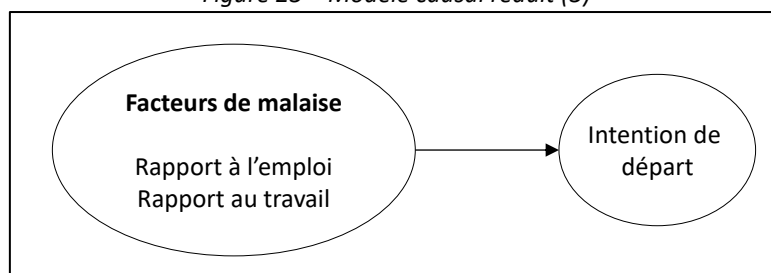
L'effet de la bonne ou mauvaise santé reste cohérent : la santé est toujours déterminante soit du malaise, soit de l'intention de départ. Comment comprendre que le temps partiel pousse plus à partir que le temps plein ? Les personnes à temps plein envisagent-elles d'abord la réduction du temps de travail avant l'arrêt définitif ? À cours de solutions stratégiques, le temps partiel serait-il un passage obligé vers l'inéluctable sortie précipitée ? L'espoir semble encore permis pour les temps pleins. Le fait d'avoir déjà travaillé dans plusieurs établissements pourrait être un symptôme de recherche vaine de meilleures conditions de travail. Le manque de soutien familial peut aussi pousser à envisager l'arrêt complet de travail justement pour pouvoir s'occuper de sa famille. L'arrêt de travail serait alors une forme d'échec de conciliation. Alors que les hommes ne sont pas nombreux dans l'échantillon, on n'a que 5% de probabilité de se tromper quand on dit que les hommes infirmiers pensent plus à partir définitivement que les femmes infirmières. Comment comprendre ces intentions ? Y aurait-il une forme de résignation davantage véhiculée chez les femmes ? Il faut un certain courage pour quitter son emploi : serait-il plus masculin que féminin ? Peut-être y a-t-il des ébauches de réponses à trouver dans les rapports sociaux de sexe. L'éducation serait-elle davantage portée vers la soumission pour les petites filles et vers l'audace pour les petits garçons ? Si ce ne sont que des intentions, qu'en est-il des réels départs ? Sont-ils aussi genrés auprès des infirmiers-ères ? Aurait-on alors un phénomène inverse avec plus de départs féminins mais plus d'intention masculine ? Les infirmières qui pensaient à partir ne sont-elles pas déjà absentes de l'échantillon ? La base de données ne nous permet malheureusement pas de répondre à toutes ces questions, pourtant légitimes. L'hypothèse selon laquelle l'infirmier-ère qui pense le plus à arrêter définitivement de travailler est une femme jeune peu formée n'est pas confirmée du tout.

Tableau 31 – Régression linéaire entre les variables d'intérêt et la variable d'intention de départ (2 modèles)

Régression linéaire des variables d'intérêt sur l'intention de partir		Modèle 1	Modèle 2
Intention de partir			
Age	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,129 **	0,078 (n.s.)
	36-45 ans	0,108 **	0,003 (n.s.)
	Plus de 45 ans	0,041 (n.s.)	-0,023 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	0,059 *	0,064 *
Formation	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	0,039 (n.s.)	0,041 (n.s.)
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif			

C. Indicateurs de malaise et intention de départ

Figure 23 – Modèle causal réduit (3)



Les indicateurs de malaise sont aussi des variables indépendantes, lorsque l'on cherche à connaître leur impact sur l'intention de quitter définitivement la profession infirmière (Figure 23). Dans cette régression-ci, contrairement à l'analyse bivariable où nous les avons transformés en variables ordinales à quatre catégories, nous laisserons les indicateurs de malaise comme nous les avons construits, allant de 0 à 100⁶⁸. Nous observerons également leurs coefficients de régression standardisés. Nous utilisons ici une régression en un seul modèle, étant donné la difficulté d'établir des relations causales entre ces différents indicateurs, et afin de les laisser tous sur le même pied d'égalité. Rappelons que les indicateurs de malaise vont de la satisfaction au malaise, et que la variable dépendante va d'une intention « de rester » à une intention de départ anticipé. Si le coefficient est positif, cela signifie que plus l'infirmier-ère est en malaise, plus il-elle pense à quitter sa profession. Cinq des onze indicateurs sont significatifs, avec des coefficients positifs, dans ce modèle qui explique près du cinquième (19,3%) de la variation de notre variable dépendante (Tableau 32).

Tableau 32 – Régression linéaire entre les indicateurs de malaise et la variable d'intention de départ

Régression linéaire des indicateurs de malaise sur l'intention de partir (1)	
Sécurité d'emploi	-0,040 (n.s.)
Perspectives de promotion	0,110 ***
Homo Oeconomicus	0,108 ***
Reconnaissance	0,154 ***
Supérieurs	-0,019 (n.s.)
Collègues	-0,007 (n.s.)
Violence	0,021 (n.s.)
Sens	0,207 ***
Stress	0,072 *
Autonomie	0,026 (n.s.)
Intensification	0,040 (n.s.)
R	0,439
R ²	0,193
Anova (signification du modèle)	0,000
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif	
(1) De la satisfaction vers l'insatisfaction	

⁶⁸ Comme pour le point précédent, nous avons aussi comparé cette régression linéaire à une logistique, ce qui n'a pas donné d'informations supplémentaires.

Il existe une probabilité sur mille de se tromper quand on affirme que les facteurs de malaise qui génèrent l'intention d'arrêter la profession infirmière sont les manques de sens et de reconnaissance au travail, et l'*homo œconomicus* (insatisfactions salariale et promotionnelle). Le stress contribue aussi à l'intention de départ, à un seuil de signification de 95%. Si l'on veut maintenir les infirmiers-ères sur le marché du travail, c'est non seulement sur le manque de sens au travail, mais aussi sur l'ingratitude sociale qu'il faut agir. De plus, les conditions financières demeurent une doléance récurrente depuis la création du métier infirmier.

En outre, si l'on se souvient de la Figure 16 (p. 147), on peut repérer quelques surprises. En effet, les indicateurs d'autonomie (53,1) et d'intensification (57,5) ont des moyennes élevées, or dans le modèle de régression linéaire, les coefficients ne sont plus significatifs et sont proches de zéro. Cela veut dire qu'un changement dans ces indicateurs n'a aucun effet sur la variation de l'intention de quitter son métier. Par contre, l'indicateur de satisfaction financière a aussi une des moyennes les plus élevées avec 55,3 et il est aussi significativement lié à l'intention de départ. L'indicateur des perspectives de promotion indique plutôt une satisfaction (avec une moyenne de 41,2), pourtant son manque joue sur l'envie de quitter son emploi.

Aussi, la moyenne de l'indicateur de sens de 19,3 nous révélait que les infirmiers-ères trouvent beaucoup de sens à leur métier. Or, le modèle de régression linéaire nous prouve que plus le sens du métier se perd, plus l'envie d'arrêter de travailler se fait sentir. L'intensité de la relation entre l'intention de départ et l'indicateur de sens est la plus forte. Cette information n'est pas des moindres, car la question du sens semble primordiale dans le métier : tant qu'il y a du sens, l'infirmier-ère reste, mais s'il vient à manquer, il pourrait bien faire basculer l'équilibre professionnel. Les informations de la base de données ne nous permettent pas d'en savoir davantage sur les éventuels différents sens existant au sein du métier. Ce manque de sens serait-il lié au culte de l'urgence (Aubert, 2003) ? Si l'infirmier-ère est aussi un individu hypermoderne, comment peut-il-elle encore trouver du sens dans son travail ? Car le travail infirmier a encore beaucoup de sens pour les soignant-e-s, mais comment l'entretenir ?

De plus, rien n'indiquait forcément l'importance de l'indicateur de la reconnaissance (moyenne de 38,7) et pourtant, la force de son coefficient de régression montre clairement son impact dans l'envie d'arrêter de travailler. Rappelons que, dans l'analyse en composantes principales, les variables de perspectives de promotion étaient corrélées à la même composante que les variables de reconnaissance. Même si, selon la théorie de Paugam, ces deux facteurs ne figurent pas sur le même axe (l'une appartient à l'emploi, l'autre au travail), le fait de ne pas avoir de perspectives de promotion peut être intrinsèquement liée au manque de reconnaissance. La promotion est une preuve de reconnaissance et de valorisation. Et son manque ne fait que renforcer l'ingratitude ressentie. Nous gardons néanmoins la distinction entre reconnaissance matérielle et sociale, de natures et conséquences évidemment différentes.

Enfin, le stress est un peu moins significatif que les autres indicateurs, car on a 5% (contre 1%) de chances de se tromper quand on affirme que le stress insupportable augmente les envies de départ anticipé. Sa moyenne de 41,9 et sa distribution en forme de cloche n'offraient pas d'informations bien contrastées, mais il était pourtant expliqué par de nombreuses variables individuelles. Finalement, c'est moins dans le stress, peut-être « naturellement » attendu dans la tâche infirmière, que l'intention de départ réside.

La dernière hypothèse stipulant que le malaise pousse au départ est donc validée, mais seulement pour l'*homo œconomicus* et les manques de sens et de reconnaissance. Autrement dit, et comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, le secteur des soins de santé subissant moins l'instabilité de l'emploi que les autres secteurs d'activité, ce sont plutôt les infirmiers-ères en situation d'*intégration laborieuse* qui désirent quitter définitivement leur profession.

D. Comprendre autrement les indicateurs de malaise

D'autres régressions ont été réalisées, afin de saisir davantage les insatisfactions quant au manque de reconnaissance et de sens au travail. Pour ce faire, il a été jugé pertinent de s'interroger sur différentes raisons de ces insatisfactions qui ont été distinguées en deux catégories : d'une part, les variables de l'expérience professionnelle, d'autre part, les variables familiales. Pour aller plus avant dans l'analyse, il a été décidé de comparer ces raisons pour les indicateurs de manque de reconnaissance et de manque de sens au travail, mais également pour l'indicateur de stress. Ensuite, nous examinerons les impacts des indicateurs de malaise sur l'intention de départ anticipé, selon deux filtres : le sexe et l'institution.

1) Explications de l'expérience professionnelle

Quatre variables relatives à l'expérience ont été intégrées dans les modèles de régressions linéaires : le fait d'avoir une position hiérarchique par rapport aux autres infirmiers-ères, les années d'expérience dans le secteur des soins de santé, les années passées à travailler pour l'employeur actuel et le nombre d'établissements de soin fréquentés au cours de sa carrière. Ces variables expliquent respectivement 3,8% et 4,8% de la variation des indicateurs de reconnaissance et de sens mais seulement 1,9% de la variation de l'indicateur de stress (voir Tableau 33).

L'indicateur de stress professionnel se distingue relativement fort par rapport aux deux autres, car un seul coefficient est significatif : celui de la fonction actuelle. Même si l'infirmier-ère-chef reçoit plus de reconnaissance au travail et y met plus de sens, il-elle se sent plus stressé-e. Les responsabilités prennent le dessus sur l'expérience qui ne fait pas varier l'indicateur de stress.

Les perceptions de manques de reconnaissance et de sens du travail sont plus importantes pour les infirmiers-ères qui ont plus d'expérience de travail, en termes d'années passées auprès du même employeur. Plus les années passent à travailler dans le même hôpital, plus la reconnaissance et le sens au travail manquent. Avoir travaillé dans plusieurs établissements de soin augmente le manque de reconnaissance et les années d'expérience dans le secteur des soins de santé accentuent la perte de sens au travail.

En conclusion, les infirmiers-ères expérimenté-e-s ne sont pas plus stressé-e-s, mais sont en recherche de sens dans leur travail et attendent davantage de reconnaissance pour ce qu'ils-elles font.

Tableau 33 – Régressions linéaires de variables organisationnelles sur les indicateurs de reconnaissance, sens et stress

Régressions linéaires de variables organisationnelles sur l'indicateur de (1):		Reconnaissance	Sens	Stress
Fonction actuelle	Infirmier-chef	-0,073 **	-0,165 ***	0,099 ***
	Infirmier-chef adjoint	0,013 (n.s.)	-0,031 (n.s.)	0,023 (n.s.)
	Autre membre de l'équipe	-	-	-
Années d'expérience	0-5 ans	0,022 (n.s.)	0,030 (n.s.)	-0,007 (n.s.)
	6-15 ans	0,032 (n.s.)	0,112 **	-0,064 (n.s.)
	16-25 ans	-0,027 (n.s.)	0,076 *	-0,034 (n.s.)
	+ de 25 ans	-	-	-
Années chez employeur actuel	0-2 ans	-0,183 ***	-0,099 **	-0,058 (n.s.)
	3-5 ans	-0,057 (n.s.)	-0,031 (n.s.)	-0,061 (n.s.)
	5 ans et plus	-	-	-
Nombre d'établissements de soins	Un	-0,107 **	-0,054 (n.s.)	-0,056 (n.s.)
	Deux	-0,024 (n.s.)	0,011 (n.s.)	-0,043 (n.s.)
	Trois ou plus	-	-	-
R		0,195	0,220	0,139
R ²		0,038	0,048	0,019
Anova (signification du modèle)		0,000	0,000	0,000
(1) De la satisfaction vers l'insatisfaction				
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif				

2) Explications familiales

Neuf variables familiales ont été introduites dans des modèles de régressions linéaires : le fait de vivre seul ou en famille, le nombre d'enfants, les possibilités de faire garder ses enfants, la réalisation des travaux ménagers, le fait de consacrer du temps à ses amis ou proches, ainsi que pour soi, et la conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée quand l'une ou l'autre interfère dans l'autre ou l'une.

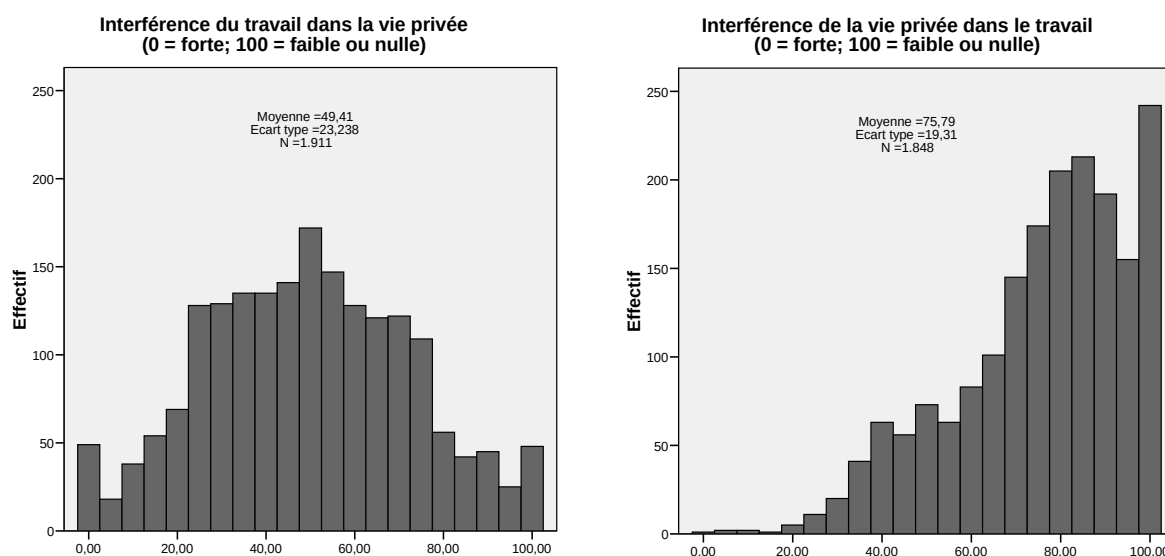
Avant d'expliquer le Tableau 35 qui résume ces régressions linéaires, tâchons d'expliquer brièvement ces deux indicateurs de conciliation. Ils ont été créés de la même manière que les indicateurs de malaise, c'est-à-dire que pour chacun des deux indicateurs, cinq variables ordinales, à cinq modalités ramenées de 0 à 1, de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord », ont été additionnées. Si l'indicateur est faible, c'est qu'il y a interférence, par contre, s'il est élevé, c'est qu'il y a conciliation. Dans le tableau suivant (Tableau 34) sont listées les variables utilisées dans chacun des indicateurs de conciliation. L'on suppose que au plus l'interférence d'une sphère dans l'autre est grande, au moins la conciliation est aisée.

Tableau 34 – Variables composant les indicateurs de conciliation

Interférence du travail dans la vie privée	Interférence de la vie privée dans le travail
1) Les exigences de mon travail interfèrent avec ma vie familiale et personnelle	1) Les exigences de ma famille, de mon époux-se ou conjoint-e interfèrent avec mes activités professionnelles
2) Le temps que me prend mon travail rend difficile la réalisation de mes responsabilités familiales	2) Je dois remettre à plus tard certaines tâches professionnelles en raison de contraintes familiales
3) Les choses que je veux faire à la maison ne peuvent être réalisées en raison des exigences de mon travail	3) Les choses que je veux faire au travail ne peuvent être réalisées en raison des exigences de ma famille, de mon époux-se ou conjoint-e
4) Les tensions créées par mon travail rendent difficile l'accomplissement de mes obligations familiales	4) Ma vie familiale interfère avec mes responsabilités professionnelles et m'empêche d'arriver à l'heure au travail, d'accomplir mes tâches quotidiennes ou encore de faire des heures supplémentaires
5) En raison de mes activités professionnelles, je dois faire des changements réguliers dans mes activités familiales	5) Les tensions créées par ma vie de famille interfèrent avec ma capacité à accomplir mes obligations professionnelles

Les deux histogrammes ci-dessous (Figure 24) montrent les fréquences de ces deux indicateurs : le premier expose l'interférence du travail dans la vie privée, le second l'interférence de la vie privée dans la vie professionnelle. D'emblée, on peut remarquer une relativement bonne conciliation pour nos deux indicateurs, tant l'interférence d'une sphère dans l'autre n'est pas particulièrement forte. Pour le premier indicateur, avec une moyenne de 49,41, l'interférence du travail dans la vie privée se distribue presque selon une loi normale : elle n'est ni trop forte, ni trop faible. On peut dire alors que la conciliation n'est ni difficile, ni facile. Pour le second indicateur, avec une moyenne de 75,79, l'interférence de la vie privée dans le monde du travail est faible ; la conciliation semble plus commode ici. Il est alors possible d'en induire que le travail interfère plus que la vie privée dans la conciliation entre les deux, même si dans ces graphes une certaine conciliation semble de mise.

Figure 24 – Histogrammes des variables de conciliation



Si l'on injecte les neuf variables familiales dans des modèles de régression linéaire (voir Tableau 35), on peut remarquer qu'elles expliquent 22% de l'indicateur de stress professionnel, 14,5% de la variation de l'indicateur de reconnaissance, et seulement 3% de l'indicateur de sens du travail. Cela peut être expliqué par le fait que le sens du travail reste relativement cloisonné dans la sphère professionnelle et interfère moins dans la vie familiale que la reconnaissance ou le stress ; ces deux derniers étant étroitement liés aux deux sphères du travail et de la vie privée. La seule information significative ici par rapport au sens du travail, c'est que les individus sans possibilité de faire garder leurs enfants trouvent moins de sens dans leur travail. Pour expliquer la perte de sens du travail infirmier, il faudra donc investiguer ailleurs que dans les facteurs expérimentiels ou familiaux.

Trois variables ne sont absolument pas significatives dans les trois modèles ; cela signifie que les indicateurs ne sont nullement expliqués par le nombre d'enfants, les travaux ménagers et la conciliation quand la vie privée interfère dans le travail. Aucune variable introduite n'explique les trois indicateurs à la fois.

Tableau 35 – Régressions linéaires de variables familiales sur les indicateurs de reconnaissance, sens et stress

Régressions linéaires de variables familiales sur l'indicateur de (1):		Reconnais- sance	Sens	Stress
Situation familiale	Seul	0,020 (n.s.)	-0,041 (n.s.)	0,033 (n.s.)
	Seul avec enfant(s)	-	-	-
	Avec un adulte	0,007 (n.s.)	0,063 (n.s.)	0,080 (n.s.)
	Avec un adulte et enfant(s)	-0,047 (n.s.)	-0,042 (n.s.)	0,067 *
Nombre d'enfants	Aucun	-0,075 (n.s.)	-0,094 (n.s.)	-0,041 (n.s.)
	Un	0,054 (n.s.)	0,025 (n.s.)	0,035 (n.s.)
	Deux	0,049 (n.s.)	-0,003 (n.s.)	0,017 (n.s.)
	Trois ou plus	-	-	-
Nombre d'enfants de moins de 7 ans	Aucun	-0,089 *	-0,076 (n.s.)	0,091 *
	Un	-0,095 *	-0,044 (n.s.)	-0,014 (n.s.)
	Deux ou plus	-	-	-
Possibilités de garde	Aucune	-	-	-
	La plupart du temps	-0,023 (n.s.)	-0,111 **	-0,052 (n.s.)
	Absolument	-0,050 (n.s.)	-0,121 **	-0,086 *
Réalisation des travaux ménagers	Soi-même	-	-	-
	Quelqu'un d'autre	-0,007 (n.s.)	-0,023 (n.s.)	0,016 (n.s.)
	Partagés avec qqun d'autre	-0,002 (n.s.)	-0,010 (n.s.)	-0,021 (n.s.)
Consacrer du temps à ses amis/proches	Non	-	-	-
	Oui	-0,009 (n.s.)	-0,016 (n.s.)	-0,100 **
Consacrer du temps pour soi	Non	-	-	-
	Oui	-0,081 *	-0,009 (n.s.)	-0,134 ***
Conciliation quand interférence du travail		-0,312 ***	0,015 (n.s.)	-0,342 ***
Conciliation quand interférence de la vie privée		0,003 (n.s.)	-0,036 (n.s.)	-0,014 (n.s.)
R		0,380	0,172	0,469
R ²		0,145	0,030	0,220
Anova (signification du modèle)		0,000	0,018	0,000
(1) De la satisfaction vers l'insatisfaction				
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif				

Les infirmiers-ères les plus stressé-e-s au travail sont celles et ceux qui vivent en famille, avec un adulte et des enfants de plus de 7 ans, pour lesquels il n'y a pas de possibilités pour les faire garder. Le stress est cependant réduit pas le temps passé avec ses amis ou pour soi, et par la conciliation, quand le travail interfère dans la vie privée. Autrement dit, le fait de se distraire avec des amis ou des activités pour soi permet de relativiser le stress professionnel et de prendre plus de recul.

Avoir un ou zéro enfant de moins de 7 ans contribue à faire diminuer l'indicateur du manque de reconnaissance. Aussi, consacrer du temps pour soi et concilier l'interférence du travail dans la vie privée amène plus de reconnaissance aux infirmiers-ères. Cela peut éventuellement s'expliquer par le fait qu'investir davantage dans du temps personnel et dans la conciliation peut diminuer les attentes de reconnaissance au travail, ou rééquilibrer les centres d'attention.

3) Les indicateurs à travers le filtre de sexe

Le tableau suivant (Tableau 36) présente deux modèles de régression linéaire, l'un pour les femmes, l'autre pour les hommes. Il s'agit de résultats issus de filtres : le premier opéré sur les femmes, et le deuxième sur les hommes. Les résultats des régressions linéaires dans le modèle « homme » doivent être interprétés avec prudence au vu du faible échantillon (n=184).

Si le R^2 atteint presque les 30% pour les hommes, il n'atteint que les 18,7% pour les femmes. La variable de départ anticipé est donc plus expliquée par les indicateurs de malaise pour les hommes que pour les femmes. Cette différence peut s'expliquer par des formes d'investissement classique entre vie professionnelle et vie privée : les femmes composant davantage sur les deux registres que les hommes, leur volonté de quitter la profession peut alors revêtir d'autres motivations que professionnelles.

Tableau 36 – Régressions linéaires des facteurs de malaise sur l'intention de quitter la profession par sexe

Régressions linéaires des indicateurs de malaise sur l'intention de partir par sexe				
AXES	DIMENSIONS	INDICATEURS (de satisfait à moins satisfait)	Coefficients de régression	
			Femmes	Hommes
Emploi		Sécurité d'emploi Perspectives de promotion	-0,043 (n.s.) 0,081 *	-0,005 (n.s.) 0,232 **
Travail	<i>Homo Œconomicus</i>	Satisfaction financière	0,110 **	0,077 (n.s.)
	<i>Homo Sociologicus</i>	Reconnaissance	0,153 ***	0,125 (n.s.)
		Supérieurs	-0,016 (n.s.)	0,006 (n.s.)
		Collègues	0,000 (n.s.)	-0,070 (n.s.)
		Violence	0,034 (n.s.)	-0,110 (n.s.)
	<i>Homo Faber</i>	Sens	0,207 ***	0,206 **
		Stress	0,094 **	0,010 (n.s.)
		Autonomie	0,017 (n.s.)	0,092 (n.s.)
		Intensification	0,040 (n.s.)	0,062 (n.s.)
n			1058	184
R			0,432	0,514
R²			0,187	0,264
Anova (signification du modèle)			0,000	0,000
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif				

Même si le modèle « femmes » est un peu moins puissant, les indicateurs de malaise demeurent plus significatifs que pour les hommes. À l'instar des régressions sans filtres (voir Tableau 32), les indicateurs significatifs sont, dans l'ordre de puissance explicative : les manques de sens et de reconnaissance, l'insatisfaction par rapport à l'*homo œconomicus* et par rapport au stress. Ainsi, les femmes dénoncent à la fois des problèmes financiers et de perspectives de promotion, un manque de reconnaissance, une perte de sens dans l'exercice du métier, et un stress accentué.

À l'inverse, le modèle « hommes », bien que plus puissant, ne semble cibler que quelques dimensions spécifiques du malaise : le manque de sens dans le travail exercé et le manque de perspectives de promotion.

Les deux modèles se caractérisent donc tous les deux par la prégnance d'un besoin de sens dans la pratique du métier d'infirmier (au seuil de 99%), et par la nécessité de pouvoir être promu-e

(au seuil de 95%). C'est parce que le sens se perd que l'infirmier ou l'infirmière pense plus souvent à arrêter son métier. Si des détails compréhensifs manquent dans les données quantitatives, l'analyse qualitative nous permettra d'y voir plus clair et de déceler plusieurs sortes de sens à son travail, en fonction de logiques dominantes.

4) Les indicateurs à travers le filtre de l'institution

Les données de l'enquête NEXT permettent également de comparer les univers professionnels des infirmiers-ères. Ainsi, trois types d'institutions sont identifiés : l'hôpital, les institutions de soins à domicile et les maisons de repos. Toutes les analyses vues ont été réalisées uniquement sur les infirmiers-ères hospitaliers-ères, et il semblait intéressant de voir si l'impact du malaise sur l'intention de départ différait d'une institution à l'autre.

Pour ce dernier tableau de régression, seul-e-s les infirmiers-ères ont été filtrés, et trois autres filtres différents ont été appliqués en fonction de l'institution de soin. La première colonne du Tableau 37 est donc évidemment identique au Tableau 32, et ne sera plus analysée.

Au-delà des pratiques de métier, des logiques institutionnelles conditionnent très fortement les vécus professionnels et les insatisfactions professionnelles en jeu et, par là, le désir de quitter la profession (voir Tableau 37).

Tableau 37 – Régressions linéaires des facteurs de malaise sur l'intention de quitter la profession par type d'institution

Régression linéaire des indicateurs de malaise sur l'intention de partir par type d'institution					
AXES	DIMENSIONS	INDICATEURS (de satisfait à moins satisfait)	Coefficients de régression		
			Hôpital	Soins à domicile	Maison de repos
Emploi		Sécurité d'emploi	-0,040 (n.s.)	-0,053 (n.s.)	0,146 (n.s.)
		Perspectives de promotion	0,110 ***	0,124 **	0,540 **
Travail	<i>Homo Œconomicus</i>	Satisfaction financière	0,108 ***	-0,011 (n.s.)	-0,147 (n.s.)
	<i>Homo Sociologicus</i>	Reconnaissance	0,154 ***	0,048 (n.s.)	-0,098 (n.s.)
		Supérieurs	-0,019 (n.s.)	-0,021 (n.s.)	-0,064 (n.s.)
		Collègues	-0,007 (n.s.)	0,009 (n.s.)	0,027 (n.s.)
		Violence	0,021 (n.s.)	0,037 (n.s.)	-0,199 (n.s.)
	<i>Homo Faber</i>	Sens	0,207 ***	0,099 **	-0,015 (n.s.)
		Stress	0,072 *	0,079 *	0,073 (n.s.)
		Autonomie	0,026 (n.s.)	0,044 (n.s.)	-0,144 (n.s.)
		Intensification	0,040 (n.s.)	0,170 ***	0,197 (n.s.)
	<i>n</i>			1244	842
<i>R</i>			0,439	0,378	0,515
<i>R</i> ²			0,193	0,143	0,266
Anova (signification du modèle)			0,000	0,000	0,075
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif					

Pour les infirmiers-ères travaillant à domicile, quatre indicateurs sont significatifs : l'intensification du travail, les perspectives de promotion, le sens et le stress au travail. L'intention de quitter définitivement son travail d'infirmier-ère à domicile dépend donc du travail intensifié, du manque de promotion, du manque de sens et du stress. C'est uniquement en soins à domicile que l'indicateur de l'intensification du travail est significatif, et peut pousser à partir.

En maisons de repos, les infirmiers-ères ne sont insatisfait-e-s que par rapport à un indicateur : celui du manque de perspectives de promotion. L'insatisfaction des soignant-e-s en maisons de repos semble se situer ailleurs. Aussi, il faut rester prudent quant à cette régression, car la taille de l'échantillon filtré n'est que de 67, ce qui peut largement expliquer la kyrielle de coefficients non significatifs.

Le manque de perspectives de promotion joue sur l'envie d'arrêter de travailler, peu importe l'institution. C'est le seul indicateur significatif commun aux trois établissements de soin. Le type d'institution dans laquelle l'infirmier-ère travaille affecte donc la relation entre l'insatisfaction professionnelle et le désir de départ de la profession.

Les enseignements à retirer de cette partie quantitative sont nombreux. Tout d'abord, avant de manipuler la base de données NEXT, il a été nécessaire d'opérationnaliser les concepts-clés utilisés dans le cadre théorique du second chapitre. Un premier choix a été de mesurer le malaise professionnel infirmier à travers l'intention de départ anticipé. Manifestement, les infirmiers-ères quittent définitivement leur profession à partir de 50 ans, bien avant l'âge légal de la retraite donc. Ces départs anticipés sont à la fois conséquence du malaise infirmier, et cause du malaise, alimentant la pénurie de main-d'œuvre déjà criante. La deuxième phase d'opérationnalisation a consisté à créer onze facteurs de malaise à l'aide de 63 variables au total, selon le cadre théorique exposé. Après avoir testé et validé les rassemblements de variables par concept selon des analyses en composantes principales et des mesures d'alpha de Cronbach, des facteurs numériques ont été créés par addition des variables les composant. Les onze facteurs de malaise sont alors des variables quantitatives (allant de 0 à 100), polarisées du positif au négatif, c'est-à-dire de la satisfaction au malaise professionnel, pouvant être directement injectées dans les analyses statistiques. L'axe de l'emploi compte deux facteurs : un sur la sécurité de l'emploi et un autre sur les perspectives de promotion. Dans l'axe du travail, neuf facteurs, répartis en trois dimensions, ont été créés. La première dimension, l'*homo oeconomicus*, comporte un facteur de satisfaction financière. La seconde dimension, l'*homo sociologicus*, contient quatre facteurs : la reconnaissance, les relations avec les supérieurs, avec les collègues et la violence ou harcèlement. La troisième et dernière dimension, l'*homo faber*, comprend quatre facteurs : le sens au travail, le stress, l'autonomie et l'intensification du travail.

Les hypothèses de départ sont les suivantes : les facteurs de malaise et l'intention de départ anticipé sont plus grands pour les femmes, les jeunes et les moins qualifié-e-s, et au plus le malaise est important, au plus l'intention de départ anticipé est fréquente. Les opérations statistiques ont alors été effectuées selon un protocole classique allant de l'analyse univariée vers l'analyse multivariée, en passant par l'analyse bivariée.

L'analyse univariée des indicateurs de malaise ne révèle pas de flagrantes insatisfactions : les infirmiers-ères interrogé-e-s sont plutôt insatisfait-e-s de leur salaire, du manque d'autonomie et de l'intensification au travail. Par contre, ils-elles semblent nettement satisfait-e-s de leur sécurité de l'emploi, du sens octroyé à leur métier et du manque de violence ou harcèlement au travail. L'intention de quitter définitivement sa profession d'infirmier-ère vaut pour moins de la moitié des interrogé-e-s : 56% n'y pensent jamais et 13% y pensent de quelques fois par mois à chaque jour.

Dans l'analyse bivariée, les seuls résultats significatifs et de bonne intensité sont les croisements entre les facteurs de malaise et l'intention de départ anticipé. Sauf pour la sécurité de l'emploi,

toutes les associations entre chaque facteur de malaise et l'intention de départ sont significatives et relativement fortes, ce qui équivaut à dire que plus le malaise est grand, plus la volonté de quitter le métier est forte. Ceci est surtout vrai pour les manques de reconnaissance, de sens au travail et de perspectives de promotion.

Non seulement l'analyse multivariée corrobore ces premières analyses, mais elle va en outre y apporter des précisions. Par contre, les hypothèses ne sont que partiellement vérifiées. En effet, il n'y a pas de profil type bien défini de l'infirmier-ère en malaise. Le malaise ne semble pas lié à l'âge, mais un peu à la formation et au sexe, et ce pour certains facteurs de malaise seulement. Les infirmiers-ères breveté-e-s se plaignent plus de l'intensification, du manque d'autonomie et de l'insécurité de l'emploi. Les hommes manquent de sens au travail et de perspectives de promotion, et ressentent davantage de la violence sur leur lieu de travail. Les femmes manquent d'autonomie et sont très stressées. Concernant les autres variables indépendantes, se sentir en mauvaise santé joue considérablement sur le sentiment de malaise au travail, et ce pour tous les facteurs. Le malaise est aussi accru quand les individus ne reçoivent pas d'aide pour s'occuper de leurs enfants. Enfin, au plus l'infirmier-ère a passé du temps pour le même employeur, au plus il-elle se sent en malaise aux niveaux de l'*homo sociologicus*, de l'intensification et du stress.

L'intention de quitter sa profession définitivement est plutôt liée au fait d'être un homme, de se sentir en mauvaise santé, de travailler à temps partiel, d'avoir travaillé dans plusieurs hôpitaux différents et de ne pas avoir de l'aide pour s'occuper de ses enfants. La deuxième hypothèse se voit donc infirmée.

Similairement aux résultats de l'analyse bivariée, les formes de malaise qui donnent envie de quitter son métier sont les manques de sens, de reconnaissance au travail, de perspectives de promotion et l'insatisfaction salariale. La troisième hypothèse est bien confirmée pour cinq facteurs sur onze. Si la significativité de l'*homo œconomicus* ne surprend guère, les forces des indicateurs de manque de sens et de reconnaissance étonnent, car leurs basses moyennes révélaient plutôt une satisfaction. Autrement dit, les questions de sens et de reconnaissance sont tellement importantes que leur absence pourrait pousser au départ anticipé. Les manques de sens et de reconnaissance dépendent de l'expérience professionnelle en termes d'années. Au niveau familial, le sens se joue dans la possibilité de faire garder ses enfants, et la reconnaissance, dans le fait d'avoir du temps pour soi et dans la conciliation de l'interférence du travail dans la vie privée.

Si les analyses statistiques sont riches d'informations, les enseignements demeurent néanmoins quelque peu limités par les variables de base que l'on a dû ajuster au modèle théorique choisi. Il est donc intéressant d'interroger directement les protagonistes avec ces résultats chiffrés incorporés, si ce n'est directement dans les questions, du moins dans l'analyse. La partie qualitative prend alors tout son sens à la suite de cette enquête quantitative.

PARTIE III – EXPRESSIONS DU MALAISE

Après avoir décrit la problématique dans la première partie (PARTIE I – DE LA PROBLÉMATIQUE À LA MÉTHODOLOGIE) et analysé la base de données statistique dans la deuxième partie (PARTIE II – IDENTIFICATION DU MALAISE), il s’agit dans cette troisième et dernière partie d’examiner le matériau qualitatif récolté. Dans cette partie d’enquête qualitative, un élément crucial vient s’ajouter à l’analyse : la manière dont les infirmiers-ères réagissent par rapport à l’un ou l’autre facteur de malaise professionnel. C’est en fonction de leurs réactions que la séparation entre facteurs constitutifs et facteurs nouveaux est corroborée. En effet, face aux premiers, les infirmiers-ères montrent plutôt une tolérance résignée, alors que les nouveaux facteurs de malaise suscitent davantage de résistance. Selon la typologie des intégrations professionnelles de Paugam, si les infirmiers-ères se situent davantage en *intégration assurée* et *laborieuse*, grâce à la sécurité de leur emploi, leurs réactions possibles, selon Paugam, seraient respectivement soit un contentement général, soit la protestation (2000). Cette dichotomie de réactions n’est pas neuve et se retrouve dans de nombreuses études. Monneuse (2014), notamment, quand il examine le malaise des cadres, part du constat que les cadres choisissent soit le retrait, soit la rébellion. Le retrait peut prendre diverses formes comme la rupture du contrat de travail, mais aussi comme un silence résigné.

En étudiant la profession de conseiller d’orientation en milieu scolaire au Québec, Simon Viviers (2014) met également en exergue deux grandes stratégies face à la souffrance identitaire de métier : d’abord, les « stratégies d’adaptation défensive », et, ensuite, les « stratégies de résistance à la dérive du cœur de métier ». Les stratégies d’adaptation défensive aux contraintes vécues sont doubles : soit le professionnel adopte le retrait ou le repli, en « lâchant prise », en s’occupant plus de soi et en relativisant l’importance de son rôle ; soit il choisit une stratégie de déplacement du désir de métier, en déplaçant les pratiques désirées, en acceptant le rôle en apparence déqualifiant et donc en se rendant indispensable ou encore en devenant entrepreneur proactif de sa propre pratique. Dans les stratégies de résistance, il s’agit de « refuser de se soumettre à une organisation du travail qui attaque le cœur de métier » (Viviers, 2014, p. 351), d’argumenter, de conseiller les décideurs sur les bonnes pratiques. La recherche doctorale de Viviers met donc en évidence que, face à la souffrance au travail, soit on s’adapte, soit on lutte. C’est exactement ce que les entretiens auprès des infirmiers-ères ont révélé : la résignation est une forme d’adaptation individuelle et la résistance, plutôt un combat collectif.

Alderson et Boivin-Desrochers (2014) classifient aussi les stratégies des infirmiers-ères en deux grandes catégories : les stratégies individuelles et les stratégies collectives. Au niveau individuel, les auteures mettent en avant la stratégie de la résilience qui est « la capacité de l’individu à s’adapter aux exigences. Celle-ci atténue la vulnérabilité des infirmières à l’égard des obstacles du travail et améliorer leur environnement de travail et leur bien-être » (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014, p. 90). La résilience ou le *coping* (Poisson, Alderson, Caux, & Brault, 2014) est donc utilisée pour se protéger et pour survivre dans un milieu de travail particulier, afin de toujours privilégier le *caring*, ou la relation d’aide et d’accompagnement au patient. D’autres stratégies individuelles efficaces existent comme le changement d’un service hospitalier ou carrément du métier infirmier. Le retrait, l’évitement, le manque d’engagement et la décision du temps partiel permettent aussi d’atténuer la souffrance au travail. Par contre, l’activisme, ou l’entrepreneuriat proactif (Viviers, 2014), qui met l’emphase sur le sens du travail et augmente donc le nombre d’heures de travail, mène à l’épuisement et ne semble donc pas une stratégie récompensée. Au niveau collectif, une autre forme de *coping* aide à surmonter les épreuves professionnelles : la collaboration avec ses pairs. Soutenir et être soutenu-e par ses collègues, au travers de discussions sur la pratique, constitue une stratégie de défense collective puissante. Lors de ces échanges verbaux, l’utilisation de l’humour est aussi soulignée par les auteures. Une autre stratégie collective demeure l’investissement dans la relation aux patient-e-s et à leur

famille. Et enfin, l'esprit d'équipe développé, couplé d'une attitude psychique positive au travail, sont aussi mis en avant (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014).

Toutes ces réactions font écho à la théorie d'Albert Hirschman (1995) classifiant les réactions possibles en trois catégories : la défection (*exit*), le loyalisme (*loyalty*) et la prise de parole (*voice*)⁶⁹. La défection correspond à l'abandon, au changement radical. Le loyalisme, qui est une forme particulière d'attachement à une organisation ou institution, désigne la résignation, par inertie, par fidélité ou par défaut. « Les personnes particulièrement attachées à un produit ou à une organisation chercheront à gagner de l'influence, surtout si l'organisation s'oriente dans une direction qu'elles estiment n'être pas la bonne. (...) En règle générale, le loyalisme freine la défection et favorise la prise de parole. (...) Le loyalisme implique chez celui qui le professe la conviction qu'il a un rôle à jouer et l'espoir que, tout bien pesé, le bien prévaudra sur le mal. (...) Le loyalisme le plus inconditionnel apparaît comme comportant une part considérable de rationalité » (Hirschman, 1995, p. 89). L'individu loyaliste, donc attaché à son organisation, fera plus volontiers entendre sa voix. La prise de parole se situe entre la défection et le loyalisme : l'individu ne voit pas d'autre alternative et comme la défection lui est impossible, il proteste et se plaint. « Les clients d'une firme (ou les membres d'une organisation) se décideront à recourir à la prise de parole à deux conditions fondamentales : 1) s'ils sont prêts à renoncer aux certitudes de la défection en échange d'une amélioration problématique du produit auquel ils restent fidèles ; 2) s'ils se sentent en mesure d'influer, d'une façon ou d'une autre, sur la politique de la firme ou de l'organisation » (Hirschman, 1995, p. 88).

Pour se sentir influent sur son institution, l'individu loyaliste peut donc jouer sur la possibilité de sa défection comme levier de pouvoir. « *La menace de défection*, qu'elle soit proférée ouvertement ou qu'elle soit sous-jacente à la situation qui oppose les parties en présence, vient renforcer sensiblement les effets de la prise de parole en tant qu'instrument de redressement. (...) La menace de défection est un acte caractéristique du loyaliste, de l'homme qui se sent une responsabilité et qui cherche à épuiser tous les autres moyens avant de se résigner à la pénible décision de se retirer ou de passer à une autre organisation » (Hirschman, 1995, p. 93). Il est évident que si la défection est possible, elle sera choisie avant la prise de parole, pourtant la possibilité de défection donne justement lieu à une prise de parole plus aisée et efficace. Car c'est en prenant la parole que les individus peuvent « redresser » l'institution.

Un parallèle direct peut s'établir avec les infirmiers-ères : il semble évident que la défection (*exit*) correspond aux départs anticipés des infirmiers-ères, point de départ de l'étude quantitative. Les deux autres catégories, la prise de parole (*voice*) et le loyalisme (*loyalty*), correspondent aux réactions des infirmiers-ères. En effet, face aux différents facteurs, constitutifs ou nouveaux, les réactions des interrogé-e-s vont respectivement varier entre le loyalisme, ou la tolérance résignée individuelle, et la prise de parole, ou la résistance collective forte. Même si on ne suit pas *per se* les catégories de Hirschman, elles apparaissent incontestablement en filigrane des analyses. Si la prise de parole apparaît plutôt face aux facteurs nouveaux de malaise, le loyalisme accompagnera davantage les facteurs constitutifs du malaise. Il est à noter ici que le loyalisme des infirmiers-ères se porte moins envers l'organisation, à savoir l'hôpital, qu'envers les patient-e-s, la qualité du soin ou les valeurs qui accompagnent le soin. Si l'on se résigne et si l'on se tait, c'est parce que la révolte semble incompatible avec le fait de prendre soin de l'autre. Ce loyalisme envers le *care* reste évidemment présent lors de la prise de parole.

⁶⁹ Monneuse (2014), d'ailleurs, utilise la théorie de Hirschman pour analyser les réactions des cadres.

Contrairement à la partie statistique qui s’organisait plutôt selon un protocole méthodologique, dans cette partie qualitative, les dires des personnes interrogé-e-s suivent le canevas des dimensions de Paugam, à savoir la sécurité de l’emploi, l’*homo œconomicus*, l’*homo sociologicus*, et l’*homo faber*. L’*homo sociologicus* et l’*homo faber* sont analysés selon la distinction entre facteurs de malaise constitutifs et nouveaux de la pratique infirmière provoquant un malaise professionnel des infirmiers-ères hospitaliers-ères. Quatre chapitres composent donc cette analyse qualitative (voir Tableau 38 suivant).

Tableau 38 – Tableau récapitulatif de l’organisation des chapitres de la Partie III

CADRE UTILISÉ DANS L’ANALYSE QUANTITATIVE			CADRE DE L’ANALYSE QUALITATIVE		
Concepts	Dimensions	Indicateurs	Facteurs constitutifs	Facteurs nouveaux	
Rapport à l’emploi (statut)		Sécurité de l’emploi	1. Sécurité de l'emploi Pénurie de main-d'œuvre → travail en sous-effectif	/	Chapitre 7
Rapport au travail (satisfaction)	<i>Homo œconomicus</i>	Insatisfaction financière	2. <i>Homo œconomicus</i>	/	Chapitre 8
	<i>Homo sociologicus</i>	- Manque de reconnaissance - Relations avec la hiérarchie - Relations avec les collègues - Violence	→ 3. <i>Homo sociologicus</i> Intermédiaire culturel et intersectionnalité → manque de reconnaissance	3. <i>Homo sociologicus</i> Choc d' <i>ethos</i> générationnels	Chapitre 9
	<i>Homo faber</i>	- Manque de sens du travail - Stress - Manque d'autonomie - Intensification du travail	4. <i>Homo faber</i> Avancées médicales → intensification du travail → maintien du sens Stress et manque d'autonomie	4. <i>Homo faber</i> Changements managériaux → intensification du travail → perte de sens car besoin de <i>care</i>	Chapitre 10

Le premier chapitre (CHAPITRE 6 – Sécurité de l’emploi) traitera du travail en sous-effectifs jouant sur la volonté d’arrêter le métier infirmier. La pénurie de main-d’œuvre amène une forme de sécurité d’emploi, car n’importe quel-le infirmier-ère, en Belgique, peut relativement facilement trouver de l’emploi. D’une part, les infirmiers-ères se sentent en sécurité de l’emploi, mais d’autre part, ils-elles doivent travailler au quotidien dans des équipes sous-staffées.

Dans le second chapitre de cette partie (CHAPITRE 7 – *Homo œconomicus*), il s’agira du manque de reconnaissance financière ou de l’*homo œconomicus*, où la paie ne semble pas suffisante pour maintenir les infirmiers-ères au travail.

En troisième lieu, dans le CHAPITRE 8 – *Homo sociologicus*, nous verrons les diverses relations professionnelles incitant à écarter ou à changer de carrière. D’un côté, le fait de ne pas s’entendre avec ses collègues, ou son-sa chef, ou encore avec les médecins peut pousser à arrêter de travailler ou à changer d’environnement professionnel (autre service, autre hôpital). D’un autre côté, les infirmiers-ères peuvent quitter prématurément leur métier pour avoir plus

de temps à consacrer à leurs relations privées (familles et amis). Différentes motivations, éventuellement générationnelles, doivent collaborer dans une même équipe, ce qui n'est pas toujours évident.

Enfin, quatrième, les conditions de travail initiales ou en changement constituent le dernier regroupement de raisons de partir (CHAPITRE 9 – *Homo faber*). Quand le travail devient trop lourd à supporter ou quand les conditions de travail s'intensifient, la seule solution est de tout arrêter. Le stress est plus difficile à supporter aussi avec l'âge et empiète évidemment sur la santé des infirmiers-ères.

Pour plus de facilité de lecture des extraits d'entretien présentés dans cette partie, le tableau suivant présente différentes informations pour chaque personne interrogée.

Tableau 39 – Fiche signalétique des personnes interrogées

	Prénom d'emprunt	Milieu urbain ou rural	Âge à l'entretien	DT ou prime	Temps de travail	Service hospitalier	Infirmier ou chef
1	Agnès	Milieu rural	56 ans	Prime	100%	Néphrologie	Chef
2	Brigitte	Milieu rural	46 ans	Prime	80%	Néphrologie	
3	Carole	Milieu rural	49 ans	DT	50%	Pédiatrie	
4	Denise	Milieu rural	51 ans	DT	100%	Pédiatrie	Chef
5	Jacqueline	Milieu urbain	53 ans	DT, Prime/DT, puis DT	80%	Quartier opératoire	
6	Laure	Milieu urbain	60 ans	Prime	100%	Quartier opératoire	
7	Jean	Milieu urbain	48 ans	DT	100%	Soins intensifs	Chef
8	Paul	Milieu urbain	49 ans	DT	100%	Soins intensifs	
9	Bénédicte	Milieu urbain	48 ans	Prime	84%	Anesthésie	Chef (seule)
10	Michèle	Milieu rural	46 ans	DT	100%	Oncologie	
11	Mireille	Milieu rural	51 ans	DT	75%	Pédiatrie	
12	Nadine	Milieu rural	47 ans	DT	75%	Pédiatrie	
13	Nicole	Milieu urbain	62 ans	Prime (5,26%) & 2 DT	80%	Hôpital de jour (bloc opératoire)	
14	Pascale	Milieu urbain	56 ans	Prime	50%	Hôpital de jour (ophtalmologie)	
15	Patricia	Milieu urbain	54 ans	Prime, Prime/DT puis sûrement DT (à 55 ans)	80%	Quartier opératoire	Adjointe au chef de service
16	Sabine	Milieu urbain	52 ans	DT	100%	Orthopédie	Chef
17	Séverine	Milieu rural	49 ans	DT	100%	Soins intensifs	Chef
18	Sylvie	Milieu rural	50 ans	DT	100%	Pneumologie	
19	Vinciane	Milieu rural	48 ans	Prime	100%	Pneumologie	Chef

CHAPITRE 6 – SÉCURITÉ DE L'EMPLOI

Dans l'enquête NEXT, les infirmiers-ères interrogé-e-s semblent très satisfait-e-s de la sécurité de leur contrat de travail : la moyenne de l'indicateur de sécurité est de 19,2, c'est-à-dire que les infirmiers-ères se sentent en sécurité de l'emploi plutôt qu'en insécurité. Selon la majorité d'entre eux-elles, il est assez facile de trouver de l'emploi. Perdre son emploi n'est pas à craindre, ni être muté-e à un autre poste contre son gré. La sécurité d'emploi ne semble pas être menacée. Les infirmiers-ères qui se sentent le plus en sécurité de l'emploi sont gradué-e-s, ont 3 à 5 ans d'expérience de travail pour un même employeur et sont en très bonne santé. Dans le dernier modèle de régression (voir Tableau 32, p. 170), l'indicateur de sécurité de l'emploi n'a pas de coefficient significatif, donc ce n'est pas dans l'axe de l'emploi que résident les principales raisons poussant à abandonner le marché de l'emploi.

Néanmoins, il est nécessaire d'aborder le thème de la sécurité de l'emploi ici car la cause primordiale de cette sécurité demeure la pénurie de main-d'œuvre. Si la pénurie cause de la sécurité de l'emploi, elle provoque aussi un malaise professionnel à travailler en effectifs réduits. Si l'équipe de travail n'est pas complète, il est évident que le staff présent se doit de travailler davantage, ce qui provoque une surcharge de travail et du stress, et peut même amener à des départs anticipés. Même si l'indicateur de sécurité de l'emploi ne semble pas probant dans l'intention de quitter son emploi prématurément, il en devient une cause indirecte, via le travail en sous-effectif. Ce dernier est d'ailleurs largement abordé par les infirmiers-ères interrogé-e-s.

Cette pénurie de personnel infirmier semble exister depuis toujours. Comme déjà vu au premier chapitre, le métier infirmier en Belgique a émergé à la fin du XIX^{ème} siècle, sous l'impulsion de médecins ayant besoin d'aide notamment pour appliquer les nouvelles règles d'antisepsie et d'asepsie. Ces règles d'hygiène rentrent peu en accord avec les préceptes des religieuses désirant davantage sauver l'âme des patient-e-s que leur enveloppe charnelle. Le manque de personnel qualifié et obéissant à ces règles se fait déjà sentir, et le recrutement s'opère alors au sein des servant-e-s de l'hôpital, futur-e-s infirmiers-ères. Suite à cette révolution médicale, le travail est donc double, mais le personnel existant (les religieuses) n'est plus adapté. Le métier infirmier belge naît alors dans l'urgence et le manque. La Première Guerre mondiale amène un nombre considérable de blessés, exigeant par là un personnel qualifié en suffisance. Malgré le nombre de femmes volontaires, des infirmières anglaises, américaines, danoises et suisses sont engagées pour pallier à la fois le manque de personnel et l'incompétence des soignant-e-s belges. Certaines femmes sont même envoyées à Londres pour être formées au King Albert's Hospital. Les progrès médicaux de l'après-guerre sont phénoménaux et requièrent donc un personnel davantage qualifié, très difficile à trouver.

Au fur et à mesure des avancées médicales, un personnel constamment formé est nécessaire : il semble que la pénurie de personnel infirmier ait toujours existé, comme si elle faisait partie intégrante du métier. La sécurité de l'emploi infirmier est donc historiquement récurrente.

Pour organiser les dires des infirmiers-ères, nous aborderons d'abord la pénurie selon sa description, ses causes et ses conséquences évoquées. Ensuite, nous analyserons les différentes stratégies ou compensations exprimées par les personnes interrogées.⁷⁰

⁷⁰ Un autre indicateur dans l'axe de l'emploi était celui des perspectives de promotion. Trois variables composaient cet indicateur et allaient toutes dans le sens d'une satisfaction par rapport aux perspectives de promotion. Aussi, dans les entretiens, peu d'informations ont pu être récoltées quant aux attentes de promotion. N'oublions pas que pour devenir cadre ou chef infirmier, il est nécessaire de suivre une formation particulière et d'obtenir le diplôme requis. Les perspectives de promotion dépendent donc de l'ambition

1. Pénurie de main-d'œuvre

Le manque de personnel se fait sentir dans toutes les équipes de travail.

Euh ici y en a une, par exemple, un temps plein qui peut franchement venir chez nous. (Denise, 51 ans)

Je sais que pour le moment dans l'équipe on n'est pas du tout complet, il y en a beaucoup qui sont en formation ici (...), je pense qu'il faut être minimum 13 équivalents temps plein mais on n'a pas le quota, (...) pour le moment, je crois qu'on est 9 ou 10 maximum. (Jacqueline, 53 ans)

Mais je viens discuter avec X qui fait les horaires, mais elle ne sait pas quoi faire, elle a 10 infirmières, elle ne peut pas faire 7 salles, elle a minimum besoin de 14 infirmières temps plein ! Plus la récupération de la garde, plus la...elle ne sait pas. (...) Je pense que c'est généralisé, j'en ai discuté dans d'autres blocs, c'est partout la même chose. (...) Dans les autres services, c'est dur. (Pascale, 56 ans)

Chez nous ça va, mais il nous manque quand même deux équivalentes temps plein, hein ! (Pascale, 56 ans)

Dans certains services, comme le quartier opératoire, il faut compter près de 6 mois de transmission de la part des plus ancien-ne-s infirmiers-ères. Malheureusement, à cause du manque de personnel, cette transmission n'est pas toujours optimale. De plus, pendant la période de formation, les nouveaux-elles engagé-e-s ne sont pas encore tout à fait opérationnel-le-s.

Dans les nouvelles qui sont un peu anciennes, il y en a qui se sont formées toutes seules. Manque de personnel. (Laure, 60 ans)

L'équipe est au complet, mais seulement pas encore performante parce que on a eu 6 nouveaux récemment et il faut savoir qu'ici au quartier opératoire, il faut un minimum de 6 mois avant qu'on ne les laisse travailler tout seuls. (...) C'est vrai que ça fait un peu trop pour l'instant parce que parfois ils sont 3 en salle mais bon, on ne peut pas les laisser seuls. (Patricia, 54 ans)

Comme le personnel manque dans tous les services, il est possible de choisir le service hospitalier dans lequel on désire travailler. Paul, par exemple, au début de sa carrière, pouvait choisir un trio de services dans lesquels il voulait travailler, et en général, la règle voulait que le premier choix fût octroyé.

Le patron, l'employeur demandait plusieurs services, parce que c'est dit que si vous demandez, je ne sais pas moi, la chirurgie, que vous l'aurez, quoi ! (Paul, 49 ans)

La pénurie de main-d'œuvre semble plus sévère, à certaines époques, dans certains services, comme la pédiatrie, la salle d'opération, la réanimation ou les urgences, que dans d'autres services, comme la médecine interne et la chirurgie. Certains services plus attirants que d'autres semblent alors moins souffrir du manque de personnel. Cette inégalité est difficile à prouver tant cela dépend des hôpitaux et de la gestion interne à chaque service. La difficulté de travailler en sous-effectifs peut aussi amener une plainte accrue et un sentiment d'injustice par rapport à d'autres services qui sembleraient moins en souffrir.

C'est problématique la profession d'infirmière parce que, surtout dans des services plus spécialisés, je vais dire, comme la pédiatrie ou la salle d'opération ou la réa ou les urgences, les autres sont médecine, chirurgie, enfin, c'est, ils préparent toujours la même chose, mais dans des services un peu plus ciblés... (Denise, 51 ans)

J'ai eu une place toute suite [en 1976] et alors ils m'ont demandé, mais j'ai repostulé, évidemment, en pédiatrie. Ce que j'aimais bien aussi c'était les personnes âgées, pas de place dans tout ça et alors on

personnelle de l'infirmier-ère à étudier davantage et à changer quelque peu de métier. En effet, les chefs infirmiers-ères ne sont pas soumis-es aux mêmes horaires, ni aux mêmes tâches : la coordination et l'administration remplissent une grande majorité de leur temps. Dans ce chapitre, nous nous centrerons donc principalement sur le sentiment de sécurité de l'emploi.

m'a dit « mais en salle d'op par contre on manque de personnel » et maintenant ça fait 32 ans que je suis au quartier salle d'op. (Patricia, 54 ans)

Il semble que le manque de personnel ne soit pas constant : il arrive que les équipes soient au complet, mais l'ombre de la pénurie menace constamment, comme si l'équilibre était fragile et provisoire. La pénurie semble de mise et une équipe complète provoque plutôt l'étonnement et l'inquiétude, car l'imprévisibilité est sûre.

C'est fini maintenant, on a eu des périodes vraiment très difficiles, mais maintenant c'est fini. (...) Maintenant l'équipe est au complet. C'est très rare ! (...) Donc on n'est pas en manque de personnel pendant les vacances. C'est surtout parce que c'est calme, donc, mais je suis à 30 temps plein équivalent au lieu de 33 ! (Jean, 48 ans)

Pour l'instant dans le service, c'est pas possible parce que on est full full dans l'équipe mais enfin d'un jour à l'autre on ne sait jamais comment ça peut tourner les équipes aussi hein ! Quand j'ai demandé mon ½ temps pause carrière, et que j'ai voulu revenir à ¾ temps, quand ma fille a eu 2 ans ½, à ce moment-là, ça n'a posé aucun problème parce que justement il y avait un manque de personnel dans l'équipe, donc ça s'est bien mis à ce moment-là. (Nadine, 47 ans)

Moi j'ai commencé en 80 et en 85-86, il y avait trop d'infirmières. Parce que chez ma femme, elle est aussi infirmière, elle a terminé en 86, elle a dû écrire 50 lettres pour trouver du boulot ! Pour vous dire, et moi en 79-80, j'avais à peine commencé ma 3^{ème} année, je recevais 30 lettres déjà. Donc avant la fin de ma 3^{ème} année, j'avais déjà le choix. Alors que ma femme, elle a dû écrire, des lettres, et des lettres et des lettres hein ! Donc il y avait un trop plein. À ce moment-là oui. Trop d'infirmières, je veux dire, il y avait assez d'infirmières et après, de nouveau, ça s'est de nouveau bien aggravé, et maintenant c'est tout le temps. (...) Oui, pénurie constante, mais il y a eu une période où il n'y avait vraiment pas de pénurie, pas du tout, non non ! Ma femme a eu donc toute la peine du monde pour trouver du boulot, ça a été très difficile, il n'y avait pas de place ou sur liste d'attente... (Paul, 49 ans)

La pénurie est peut-être vue différemment en fonction des personnes ou de l'expérience. Un-e infirmier-ère plus expérimenté-e peut éventuellement être plus à l'aise de travailler avec moins de collègues qu'un-e plus jeune. Le stress ou la sensation désagréable de travailler en sous-effectifs est peut-être plus forte pour les plus jeunes générations.

Il y a beaucoup trop de nouvelles par rapport aux anciennes pour le moment mais c'est un peu en pourparlers et c'est décidé comme ça. Il y a un certain moment on disait « on est assez » et moi je disais un certain moment « on est trop ». Et bien ce « trop » a été transitoire et on a laissé...tout le monde ! (...) Mais quand vous avez appris à être toute seule ou à être trois infirmières pour 2 salles et que tout d'un coup vous en êtes 6 pour enfin...désolée, il y a quelque chose qui ne va plus là ! Qu'on donne d'autres stages ou quoi. (Laure, 60 ans)

A. Pénurie accentuée par les congés

Dans un métier en pénurie, les divers congés possibles sont toujours vus d'un mauvais œil, car ils amènent forcément un surcroît de pénurie et de travail en sous-effectifs. En effet, certains congés de maladie (à court ou moyen terme) ne sont pas remplacés.

Une de mes infirmières, euh, qui a 50 ans aussi, qui va subir une intervention gynécologique au mois de septembre, elle va être absente 6 semaines. Qui est-ce qui va compenser encore ? (...) Parce que les maladies ne sont pas remplacées. (Denise, 51 ans)

Notre grand souci, c'est toujours quand quelqu'un tombe malade, ou quelqu'un qui prend un jour social, qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? Tu travailles avec les gens que vous avez, hein. (Sabine, 52 ans)

Moi j'ai ma vie, je ne dois pas être disponible pour la clinique et, comme chef, je ne peux pas le dire, parce qu'on doit être disponible normalement. Pourquoi, quand il y a quelqu'un qui est malade, je dois téléphoner comme chef à mon personnel pour dire « écoutez, tu dois venir travailler » ? Je ne le fais pas, je ne le fais pas. Ils sont à la maison, ils sont en congé. Pourquoi une infirmière doit venir directement travailler quand il y a quelqu'un qui est malade ? Pourquoi ? Elle n'a pas une prime en

plus ! (...) Et normalement ils doivent donner une prime, hein, s'ils te sonnent dans les 24h, ils doivent te donner une prime, hein. Mais on n'a pas cette prime. (Sabine, 52 ans)

Les dispenses de travail, comme aménagements de fin de carrière, ne sont remplacées que si elles atteignent l'équivalent d'un mi-temps. Sinon, elles doivent être compensées par les autres infirmiers-ères. Donc, en un sens, ces aménagements renforcent le manque de personnel. Une pression existe même pour choisir la prime plutôt que la dispense de travail, afin de ne pas aggraver la pénurie. Ce point sera plus largement expliqué dans le chapitre suivant (CHAPITRE 7 – *Homo œconomicus*).

Mais alors tous ces congés d'aménagement de fin de carrière aussi ben, c'est vrai que, honnêtement, au total, je passe, je voudrais voir combien de jours d'aménagement de fin de carrière je note par mois, je ne vais pas calculer mais je parie que ça fait la valeur d'un mi-temps, au moins, au moins. [Elle a au moins 8 personnes de plus de 45 ans, mais leurs dispenses de travail ne sont pas remplacées.] (Denise, 51 ans)

Mais d'un autre côté, c'est comme ça, à mon avis, qu'ils calculent, c'est que si ils engagent quelqu'un pour remplacer les VAP⁷¹, et bien à ce moment-là, il y a des moments où on va se retrouver à trop et ça coûte trop cher. (Patricia, 54 ans)

De même, les congés de maternité sont aussi difficiles à remplacer. Comme le métier est majoritairement féminin, la probabilité de plusieurs grossesses simultanées dans une équipe est grande.

Et ça, c'est un peu difficile, enfin, je le dis franchement c'est un peu, c'est parce que c'est la quatrième qui part cette année-ci, quoi, et alors, et la clinique ne refuse pas d'embaucher, mais y a personne, j'en ai une qui va être embauchée, qui commence la semaine prochaine, mais si y en avait une deuxième qui se présente aujourd'hui, elle peut commencer l'heure suivante, quoi, hein. (...) Les congés de maternité, ben, eux, la clinique veut bien les remplacer mais, des congés de maternité au mois d'avril, c'est fini, ça, y a plus une infirmière sur le marché, rien du tout, hein, c'est, y a plus une infirmière qui sort de l'école, hein, c'est euh donc, euh, ben, elles sont prises partout donc on compense les absences. (Denise, 51 ans)

Alors des fois je leur disais en riant « vous pouvez être enceinte maintenant ». (...) Alors un moment donné, y en a une qui a été enceinte, et puis deux, à ce moment (...) on a même dit « oui, au lieu de nous donner des chèques-repas, on ferait mieux de donner la pilule aux jeunes ! ». (Denise, 51 ans)

Enfin, si le manque de personnel peut parfois être géré, il faut aussi organiser les retours de congés qui peuvent amener éventuellement un surnombre et un déséquilibre de travail dans les équipes.

Bon, j'en ai 4 qui sont parties, alors la clinique veut bien réengager, ça oui, ça c'est vrai (...). Mais un moment donné, ces quatre-là, elles vont revenir, et qu'est-ce qu'on fera des engagements ? Enfin, si y en a pas d'autres qui ont pris le relais [de partir en congé] ? Hein, un moment donné, on va se retrouver en surnombre, voilà le problème ! Alors, c'est comme ça qu'un moment donné, on s'est retrouvé un tout petit peu en surnombre chez nous par les retours, et alors on a dû aller aider d'autres services qui étaient en pénurie, et ça elles le vivent un peu, un peu mal. (Denise, 51 ans)

À ce moment, s'il arrive que le staff soit en surnombre, on envoie certain-e-s dans d'autres équipes, ce qui exige une grande polyvalence improvisée dans le personnel. Cette polyvalence requiert donc d'être à l'aise dans plusieurs services à la fois, sans parfois de formation particulière récente.

Un moment donné, pendant 6 mois on a été un peu en surnombre, et alors on est allé aider un peu le service de maternité, quoi, c'était un peu, oui, on est allé, alors ça elles le voulaient bien, aller aider. (...)

⁷¹ VAP est l'acronyme de « Verminderend Arbeid Prestatie » en néerlandais, ce qui veut dire « Dispense de travail » en français.

Mais elles ne veulent pas aller en soins intensifs ou des trucs comme ça, hein, non. Alors, on a un petit peu un échange entre la maternité et chez nous [la pédiatrie]. (Denise, 51 ans)

Ce qui m'embête aussi, je vais dire, et même toutes celles de ma génération, ce qui nous embête c'est que pour le moment, ici, à la maternité, il n'y a pas beaucoup d'accoucheuses. Nous autres on est beaucoup de pédiatriques alors ce qu'on doit faire, on doit aller, sauf pendant les vacances, on doit aller chacune à notre tour un mois à la maternité. Et moi ça fait quand même, enfin je n'ai pas encore passé mon tour, ça fait 29 ans que je fais de la pédiatrie, là ça m'embête un peu parce que, bon, les méthodes ont changé ! M'occuper du bébé ça va, mais d'une maman, euh, tout a changé ! Et là ça m'embête un peu ! Mais je le ferai parce que... Et en plus ce qu'on doit faire, il y a une volante, donc, une semaine c'est une infirmière de pédiatrie qui va en maternité et la semaine d'après c'est une infirmière de la maternité qui vient en pédiatrie ! Sauf le week-end. Et tous les jours, on doit aller...donc on fait la pédiatrie, la maternité et le néonatal. Et ça toutes ces perturbations-là ça nous embête un peu ! (...) On a oublié ce qui se passe dans les autres services. (Mireille, 51 ans)

B. Métier peu attrayant

Mais c'est vrai que si on a besoin d'infirmières, il n'y a pas de secret, il faut aussi pas casser la machine, si on veut qu'elle continue à travailler. Il faut que le travail soit attrayant et supportable déjà. (Nadine, 47 ans)

Une des solutions déjà évoquée pour pallier le manque de personnel infirmier serait de gonfler les inputs, autrement dit de rendre le métier plus attrayant. Pour ce faire, les infirmiers-ères interrogé-e-s ont leur idée sur la question. Il faudrait :

- plus de reconnaissance financière⁷² ;

Autant augmenter un petit peu les salaires de tout le monde ! Que les jeunes aussi ont quelque chose, comme ça ils resteront peut-être plus longtemps dans la profession et peut-être que ça attire plus de gens. (Bénédicte, 48 ans)

Il y a les salaires de base et les prestations irrégulières qu'ils doivent rémunérer correctement ! C'est ça qu'y a de venir de pénurie. Allez, pas uniquement financière mais il y a aussi la charge de travail naturellement aussi qui est très lourde mais autrement il y a le problème financier, ça certainement ! Il y a des horaires irréguliers et ça c'est pas rémunéré convenablement ! On fait un week-end sur 2, on fait des tards et des tôt ! Et quelqu'un, par exemple, avec le même diplôme que nous, je veux dire le même niveau, il aura donc presque le même salaire que nous mais il travaille du lundi au vendredi, heures de bureau et nous on a quand même tous les 2 les mêmes choses, mais moi, j'ai fait des nuits, des week-ends, et j'ai fait des tards et eux ils ont des heures de bureau. C'est ça la différence, les gens, les jeunes le savent, ils comparent, ils ne sont pas bêtes, ils ont raison, quoi ! Et pourquoi moi je travaillerais tous les tards et des nuits ? (...) Il faudrait un autre salaire pour attirer plus les jeunes. (...) C'est le salaire de base et les conditions de travail ! (Paul, 49 ans)

Et ils peuvent aussi nous payer un peu plus parce que le temps des couvents, c'est fini. Moi je suis une femme qui est mariée, j'ai 4 enfants, je veux un peu de beurre sur mes tartines, c'est pas parce que vous aimez votre travail que ils doivent pas vous payer. Le jour qu'ils ont compris ça, parce qu'ils disent toujours on est bien payé, c'est vrai on est bien payé, mais pour le travail qu'on fait on n'est pas assez payé. On n'est pas assez payé. Pour les heures qu'on fait, pour le travail qu'on fait. Vous travaillez la nuit, les week-ends, ce ne sont pas les heures de bureau, hein ! Non, ils peuvent commencer à nous payer un peu plus. Et il y en a qui disent « oui, vous êtes quand même bien payées ». Non, on n'est pas bien payé, parce que dans le temps les Sœurs, elles avaient fini, elles rentraient au couvent, leur manger était prêt, elles devaient juste mettre leurs petits pieds en-dessous, manger et elles étaient de nouveau en service. (Sabine, 52 ans)

- plus de respect⁷³ ;

⁷² La reconnaissance financière sera explicitée plus en détails dans le CHAPITRE 7 – *Homo æconomicus*.

⁷³ Le manque de respect sera explicité plus en détails dans le CHAPITRE 8 – *Homo sociologicus*.

Commencer à écouter les gens sur le terrain. Comme cadre, comme chef de nursing, venir une fois voir, écouter le vrai besoin des infirmières. Écouter avec l'oreille, juste. Pourquoi ils ne savent pas une fois venir en service, comme ça, simplement pour demander si ça va. Dire bonjour et demander si ça va ! Juste montrer un signe de respect pour ceux qui travaillent non-stop. Une fois demander si ça ne va pas, si ça va, si c'est pas trop lourd, des choses petites. Une infirmière ne demande pas des grandes choses. Elle demande à être, allez, mais du respect, ça je sens qu'elles veulent du respect. C'est ça que je dis aux infirmières (...) que tu dois vous laisser respecter. Mais quelqu'un qui ne respecte pas, moi je respecte la femme qui nettoie ici, pour tout le monde, ça commence avec ça, le respect pour tout le monde. C'est égal quel travail qu'ils font, qu'elles travaillent comme aides-soignantes (...), du respect pour tout le monde travailler ensemble et travailler pour le but et avoir un patron qui est content et le soir que tu es content aussi parce que c'est pas bon quand tes patients sont contents et que tu n'es pas contente. C'est ça que je dis mon but c'est juste travailler ensemble que vous êtes contents et que tes patients sont contents. (...) Donc avec du respect et un peu plus de personnel... (Sabine, 52 ans)

- et un autre horaire (moins de travail de nuit et moins de gardes).

Changer un peu les horaires aussi, pourquoi une infirmière doit toujours travailler tout le temps le week-end et tout ça, qu'ils donnent un peu plus de personnel, on peut, par exemple, penser à un système une semaine le tôt, une semaine le tard. (Sabine, 52 ans)

Je me dis, parce que je trouve que c'est quand même essentiellement le service de médecine qui trinque le plus, hein. Là, je dis que là vraiment, il faut un changement, ce n'est pas possible. Les anciennes, je me dis elles s'épuisent, les nouvelles s'épuisent, et quelque part elles vont aller ailleurs. Elles vont partir pour autre chose, même si elles ont fait infirmières, je vois que maintenant il y en a beaucoup que c'est pour infirmière à domicile, il y a fort un attrait. Et je vois, parce que nous on a des stagiaires, et alors souvent, elles aussi étaient motivées, on dit « tu t'es bien plu ? », « ah non j'ai déjà les choix »...et la paie est drôlement différente, ou infirmière indépendante, ou Croix Jaune, ou quoi, et je vois que les jeunes ont... (...) elles n'auront déjà pas des nuits [comme infirmière indépendante ou à domicile]. Ça je me dis déjà que c'est un attrait supplémentaire. (Vinciane, 48 ans)

Aussi, il ne suffit pas d'attirer les jeunes dans le métier, il faudrait aussi que les diplômé-e-s exercent leur métier. En effet, le diplôme en soins infirmiers ne veut pas nécessairement dire exercice de fonction. Nombreux-ses sont les diplômé-e-s qui ne professent pas.

Si toutes les infirmières qui avaient été diplômées le 30 juin avaient envoyé leur candidature, ça aurait probablement allégé. (Denise, 51 ans)

C. Qui dit pénurie, dit surcharge de travail...

Forcément, la pénurie de main-d'œuvre implique une surcharge de travail pour celles et ceux qui sont au travail. Leur horaire est alors d'autant plus variable et flexible, en fonction des besoins de l'équipe, et les heures supplémentaires s'accumulent souvent sans pouvoir être récupérées. La pénurie a donc un lien direct avec l'*homo faber* dans le sens où le travail en sous-effectifs procure plus de pression et provoque des conditions de travail plus difficiles à supporter.

Enfin moi par exemple, j'ai 120 heures supplémentaires, par exemple, c'est plus, c'est 15 jours de congé. (...) C'est-à-dire que les congés, honnêtement, les congés entraînent davantage d'heures supplémentaires, quoi, on a ses jours de congé, mais voilà. (Denise, 51 ans)

On ne m'a pas demandé de bouger mon jour [de non-travail car temps partiel] mais comme par exemple, maintenant, pendant les vacances, si jamais il y a un souci, manque de personnel ou n'importe quoi et bien je viens travailler un lundi [le jour où elle ne vient pas travailler normalement]. (Patricia, 54 ans)

Je ne suis pas contente parce que (...) j'ai l'impression qu'on ne fait que travailler ! (...) Et je ne sais pas donner le confort aux infirmières que moi je veux. Le confort des patients et le confort de eux et je sais que dans l'avenir il y a beaucoup d'infirmières qui vont partir parce que ici elles doivent trop travailler. (...) J'ai juste des filles qui sont parties qui travaillent ailleurs qui reviennent ici pour dire qu'elles

doivent beaucoup moins travailler. (...) Tout le monde qui est parti revient pour dire bonjour et tout ça, mais ils disent qu'ils doivent moins travailler. (Sabine, 52 ans)

Il faut des reins solides pour supporter à long terme des gardes non diminuées ou carrément augmentées, à cause du manque de personnel.

[Même si Jacqueline est là depuis 4 mois, elle fait déjà le maximum de gardes, car elle a de l'expérience.] Parce qu'en fait on n'est pas nombreux, et que...enfin bon, que je suis déjà habituée, mais une nouvelle qui vient maintenant ne peut pas se permettre de faire 8 gardes sur un mois. Disons que moi je me débrouille... (Jacqueline, 53 ans)

Parce que tout un temps, on a fonctionné avec peu d'infirmières parce que le personnel de brancardage, donc qui faisait les allers-retours entre le bloc et les chambres était compris dans le personnel, mais donc ça faisait déjà du personnel qui n'avait pas de garde. On avait aussi, un moment donné, il y a l'ophtalmologie avait demandé d'avoir une infirmière attitrée qui ne s'occuperait que de l'ophtalmologie, ça a été fait, mais donc on a retiré quelqu'un qui était dans le rôle des gardes mais qui continuait à être dans le quota du nombre d'infirmières ! Donc ça ne permettait pas de réengager quelqu'un d'autre. Et donc ça faisait déjà de nouveau une. Chaque fois qu'on a sorti quelqu'un du groupe qui ne faisait plus de gardes, ça a posé des problèmes, parce que c'est toujours une surcharge pour... Parce que je pense que si vous dites aux infirmières du bloc « oui, c'est comme ça », mais euh, vous aurez une garde, vous serez occupée un week-end sur 5 ou 6, ça va, mais à partir du moment, où finalement il y a tellement peu de monde, on se retrouve à 1 week-end par mois, elles ne sont plus d'accord. (Nicole, 62 ans)

Travailler en sous-effectifs peut provoquer de se sentir obligé-e de choisir la prime comme aménagement de fin de carrière, plutôt que la dispense de travail, pour ne pas mettre ses collègues en plus grande surcharge. Les dispenses de travail, si elles ne sont pas remplacées, amènent forcément plus de travail pour les moins de 45 ans⁷⁴.

En fait, au point de vue horaire on m'avait un peu forcée, il faut... « Si tu choisis un 2ème jour [de dispense de travail], on ne saura pas te le donner dans l'horaire », donc j'avais accepté d'être payée. (Jacqueline, 53 ans)

On a dit qu'on allait mettre ça en route [les aménagements de fin de carrière] et puis on s'est rendu compte que ce n'était pas possible de le mettre en route parce que ils devaient envisager des remplacements. (...) Alors, ça a été postposé. Ça a été postposé. (...) Sûrement, à mon avis, au moins de 6 mois, si pas un an. (...) Mais en fait, c'était pour essayer de garder les infirmières un peu au temps de travail, mais comme on est dans un secteur où il y a pénurie de personnel, il fallait le temps pour trouver des aménagements. D'engager du personnel, pour rejoindre... (...) C'est, ce que j'ai cru comprendre, que c'était pour essayer de garder les infirmières au travail. (Nicole, 62 ans)

Le fait de travailler en surcharge de travail empiète aussi sur la relation avec les patient-e-s.

Donc je me dis quelque part, il n'y aura bientôt plus que des personnes qui vont penser des projets et il n'y aura plus personne sur le terrain. (...) Et là, parfois ça me met en pétard, quoi. Parce que je me dis, il y a plein de choses à faire sur le terrain quoi, on n'arrive pas, par exemple, j'aime beaucoup toute la partie éducation, on a des patients qui ont des inhalateurs à prendre, tout ce qui est spray, Symbicort...je ne sais pas si vous connaissez, et bien voilà, pneumologie, c'est normal, il faut leur apprendre, prendre le temps de leur apprendre. Mais si on n'a pas le temps de prendre le temps de leur apprendre, ils sortent d'ici qu'ils n'ont pas appris, alors moi, je me dis que quelque part on loupe quelque chose. Comme, c'est bien, parce qu'on a un infirmier qui a fait une formation à Bamako, donc j'aimerais aussi lancer un projet là-dessus, il n'y a rien et on est en pneumologie. Alors, je me dis, il y a beaucoup de travail à faire. Et il faut du temps pour tout ça. Se dire, on prend une chaise, on s'assied à côté du patient, on lui explique, pour le calmer, telle chose et telle chose, mais détacher quelqu'un, je fais, on a fait des projets, mais s'il y a 2 personnes...il faut que le service tourne. Et bien le matin, c'est bien simple on était 4, donc ou 2 par secteur, parce qu'on a divisé le secteur depuis peu longtemps, et je suis contente parce que les infirmières sont contentes, tout se passe bien, tant mieux d'ailleurs, et

⁷⁴ Les aménagements de fin de carrière seront plus développés dans le CHAPITRE 7 – Homo æconomicus.

comment, je vais dire, mais on n'a pas arrêté, quoi, et on n'a pas encore eu le temps, il y a certaines choses qu'on n'a pas eu le temps. Et là je me dis on sort un peu insatisfaite, quoi. On sort, on n'est pas contente de son boulot, quoi. (Vinciane, 48 ans)

D. ...qui dit surcharge de travail, dit départs anticipés

Les entretiens montrent d'eux-mêmes que cette surcharge peut pousser à quitter le métier ou à changer de service ou d'hôpital. Et si on quitte un service en surcharge, ça ne fait que l'accentuer davantage. Les rotations de personnel, ou turnovers, sont donc légion, particulièrement dans les services les plus exigeants.

C'est pas toujours facile, comme il manque toujours des postes d'infirmières, je sais que moi, par exemple, qu'ils ne m'ont pas remplacée de l'autre côté donc au lieu d'être 4 dans l'équipe, et bien ils ne sont plus que 3 ! Et elles doivent faire le même travail. J'avais tiré la sonnette d'alarme un moment donné (...) j'ai fait chaque fois des horaires mais plus que temps plein, entre 60 et 70h en faisant mes gardes la semaine, en étant 2 au lieu d'être 4 pour que les autres puissent être en vacances. Il fallait refaire une autre conception des horaires, ma chef de service n'a pas voulu écouter et puis c'est ça qui a provoqué ma colère et mon départ. Parce que du jour au lendemain j'ai donné mon préavis. À cause de ça. (...) Mais, en fait, eux sont coincés aussi car ils doivent remplacer. Et on ne réforme pas quelqu'un comme ça non plus, sur le tas, ça ne se forme pas, c'est des choses qui s'apprennent, le suivi d'une intervention, d'une instrumentation, il faut avoir quand même un petit peu des cours. On avait une option de formation mais il y a des cours qui se donnent pour savoir comment ça se déroule, etc. (Jacqueline, 53 ans)

Elle est partie elle, justement, parce que trop peu de personnel, etc. On refusait de plus en plus de prendre les gardes, elle est tombée malade parce que la direction ne bougeait pas à trouver du personnel. Et un, certainement, et point de vue santé, et point de vue privé, elle n'a plus su assumer aussi le remplacement de garde, et elle a donné sa démission comme chef de service et elle travaille aux étages à mi-temps. (Laure, 60 ans)

Ce qu'il y a, c'est que chez nous, il y a un sérieux turnover parce que comme c'est un service un peu particulier, c'est pas facile de trouver des candidats, hein ! Donc c'est vrai que, 3 ans, c'est énorme le nombre de personnes qui changent [de service], ou carrément d'autres hôpitaux, ou à l'étranger, il y a de tout, hein. (...) Mais elles sont quand même convoquées à la direction à chaque départ pour demander pourquoi elles s'en vont. Mais on n'a jamais les réponses. Si on le sait c'est parce que elles nous l'ont dit avant de partir par exemple, ou on ne sait jamais. (...) Parfois ça arrive que de temps en temps on se téléphone, mais c'est très très rare, en général, quand ils sont partis, on n'a plus de contact. (Patricia, 54 ans)

2. Stratégies ou compensations de la pénurie de main-d'œuvre

A. Gestion de l'hôpital

Nous avons déjà vu plus haut que la pénurie de main-d'œuvre faisait partie des facteurs constitutifs du métier et du malaise infirmier. Même si la gestion de cette pénurie semble davantage ressortir d'organismes fédéraux, il s'agit ici de se pencher sur la marge de manœuvre de l'hôpital quand le besoin de personnel se fait sentir. Dans un esprit de couverture constante en soins, en cas de manque de main-d'œuvre, les hôpitaux ou les services hospitaliers peuvent avoir recours à différentes mesures : les heures supplémentaires évidemment, demander de travailler lors de dispenses de travail, la polyvalence entre services (équipes de « volantes »), ou encore faire travailler en salle l'infirmier-ère en chef qui est censé gérer l'administratif à son bureau. Dans tous ces cas, les mesures mises en place pour pallier le manque de personnel influent sur l'intensification des charges du personnel présent. Dès l'engagement du personnel, il est aussi possible de ne pas donner le service préférentiel du candidat, mais de l'envoyer dans un service en manque de personnel.

Dans l'hôpital de Jean, un système avait organisé selon lequel les infirmiers-ères travaillaient 40h par semaine et récupéraient une journée par mois. Or pour s'assurer que les infirmiers-ères soient présent-e-s et non en congé, cette mesure a été supprimée.

Donc il y a 4, 5 ans, la direction était en manque de personnel, et ils ont repris ça. La direction a trouvé le moyen pour récupérer du personnel, on va plus accorder ce fameux jour toutes les 4 semaines, on va faire travailler les infirmières, juste le temps, 7h36. Donc maintenant, il y a des services qui travaillent 7h36 et dans mon service on travaille 4 jours de 8h et une journée de 6h. (Jean, 48 ans)

Pour éviter les surmenages, et les congés de maladie, voire les départs, il faudrait aussi donner plus de temps, à n'importe quel âge, pour se (re)poser. Il faut pouvoir avoir le choix de s'arrêter, quand on est surmené, même sans être rémunéré. Si on ne s'arrête pas, ce sera au détriment de sa santé.

Il n'y a pas de possibilités de se poser un peu. Parce qu'on parle toujours des congés de maladie, en disant qu'il y a un abus de congés de maladie, moi je discutais hier avec...je dis il y a pas d'autres possibilités de prendre congé. Tu peux pas dire à ta chef « tu sais, moi je n'en peux plus, je suis crevée, et bien la semaine prochaine je peux prendre une semaine sans solde, rien qu'une petite semaine sans solde, pour décompenser ! » (Pascale, 56 ans)

Apparemment, d'après ce que j'entends, on ne parle pas de prépension et tout ça, donc je vais dire, pour une infirmière, si elle arrête de travailler, ou c'est soit au détriment de sa pension, soit c'est parce qu'elle est tombée malade tellement elle a été loin et que du coup elle se retrouve en congé de maladie ! Donc, je vais dire, c'est toujours un peu... On est un peu pénalisé, que ça soit parce qu'on est tombé malade, ou parce que on a arrêté que du coup la pension ne suit plus derrière, ou des choses comme ça. (Nadine, 47 ans)

On peut gérer ça aussi si on sait un petit peu à l'avance. C'est comme les congés payés. On a des congés payés, on pourrait avoir des congés non payés. Je ne dis pas qu'il faut partir 6 mois, mais si on pouvait avoir, dans l'année, la possibilité de prendre 2 x 1 semaine de congés non payés, mais non maladie, il y aurait moins de certificats. (...) Et je pense qu'il faut donner la possibilité aux jeunes infirmières, parce que c'est un métier lourd, de pouvoir prendre des congés sans solde. De pouvoir arranger avec leur unité en disant « écoute, t'es surchargée ». (...) Et que ça ne devrait pas être payé nécessairement, parce que dès que vous parlez de payer, on dit « ah non ça, on ne travaille déjà que 7h30 ». (...) Mais je pense qu'il faut laisser des « flap », des espèces d'ouverture pour pouvoir souffler un petit peu. (Pascale, 56 ans)

Il existe des équipes volantes, autrement dit des infirmiers-ères polyvalent-e-s, censées aider n'importe quel service, à n'importe quel moment.

Quand quelqu'un téléphone le matin et qu'il est malade, on est à 3, mais on ne sait pas gérer le service à 3 et bien elle [la directrice de nursing] nous met quelqu'un. (...) Elle va voir dans les services, voir si la charge de travail est moins lourde ailleurs et elle nous met quelqu'un de cette équipe-là. (...) Elle fait ça pour tous les services qui sont en difficulté. Elle est responsable des chefs de service de toutes les unités. [Elle-même a déjà travaillé en renfort dans un autre service (en oncologie) car c'était une équipe de jeunes et qu'il fallait quelqu'un avec de l'expérience]. (Sylvie, 50 ans)

Or la polyvalence n'est pas toujours possible.

Faire attention que l'équipe mobile soit beaucoup plus polyvalente de façon que un chef peut dire « écoutez, j'ai quelqu'un qui est malade, vous voulez pas le remplacer ? » (...) Les équipes mobiles internes dans la clinique doivent être aussi mobiles pour remplacer des petits bobos. Pas pour remplacer des gens longtemps partis. (Sabine, 52 ans)

Tu marques ça pour tout le monde, ses jours de VAP, tu fais l'horaire comme tu dois faire et ensuite si tu vois des trous, tu dois demander à la direction de noter, de dire « écoutez tel jour et tel jour j'ai droit à une volante ». (...) Et je téléphone, équipe mobile, vous ne voulez pas venir, tel jour, telle heure, tel jour, j'ai pas de soucis. Mais ça se fait pas comme ça. (Sabine, 52 ans)

[Apparemment, l'hôpital de Vinciane] n'a plus d'équipes d'infirmières « volantes », toutes les volantes ont été détachées dans les services.] Parce qu'elles ont été affectées dans d'autres unités où il y avait des besoins. (Vinciane, 48 ans)

B. Sécurité de l'emploi et « travail à la carte »

Comme la pénurie de main-d'œuvre est prévisible et constante, les infirmiers-ères qui s'engagent dans le métier connaissent à l'avance la situation de sous-effectifs à laquelle ils-elles devront faire face. Dès lors, on est en mesure de s'interroger sur cet engagement. Qu'est-ce qui peut compenser le fait de travailler dans des équipes incomplètes, ce qui implique pression, surcharge de travail, horaires davantage flexibles, congés déplacés, etc. ? Les raisons sont plutôt individuelles : le manque de personnel procure non seulement une grande sécurité de l'emploi et une grande liberté dans le choix de l'hôpital, du service hospitalier et même du pourcentage de temps de travail, qui devient « à la carte ». Cette flexibilité est justement appréciée notamment par les parents cherchant plus de temps à consacrer à leur vie de famille.

Si je voulais augmenter mon temps de travail, (...) je pourrais toujours l'augmenter au niveau, je vais dire, du travail que je fais ici. Au lieu de demander un ¾, je devrais peut-être de travailler un peu plus donc je veux dire que je ne suis pas encore coincée non plus. Que ce quelqu'un à temps plein serait peut-être coincé, qui a demandé un système, il ne sait plus revenir dans l'autre sens. (Nadine, 47 ans)

On a la sécurité d'emploi par contre, hein, on est toutes assurées de travailler. Demain matin, si je dis « je veux travailler temps plein », on me dit « oui d'accord ». Ça c'est dans beaucoup d'endroits, on ne se rend pas compte, hein ! Quand on a 50 ans, 56 ans, je vois bien dans le domaine de la vente et tout ça, j'ai mes beaux-enfants qui travaillent dans des grosses sociétés, à 50 ans elles cherchent à mettre les gens dehors ! Parce que ça coûte trop cher. Il y a trop de chômage ! (Pascale, 56 ans)

Alors, maintenant les jeunes diplômées, elles sont malignes, et ça je les comprends, elles sentent bien que les hôpitaux ont des bras ouverts comme ça, alors elles n'en, si elles veulent un peu des congés, elles n'envoient pas leur candidature en juin, elles l'envoient le 15 août, quoi. (Denise, 51 ans)

L'expression du « menu à la carte » est utilisée littéralement lors de la MAG.

*Maintenant, les infirmières ont le choix parce qu'il en manque partout, donc elles arrivent avec leurs exigences et leurs desiderata. Si elles ont une copine qui est là et qu'il manque des places, elles vont postuler là. On a l'une ou l'autre qui est déjà là, on lui a dit « il manque encore des gens, viens postuler » et je parie qu'elle ne connaît même pas la dialyse, elle n'est jamais venue en stage chez nous. Elles ont plus le choix qu'avant, elles peuvent demander avec week-end, sans week-end, c'est un peu un **menu, à la carte**. (MAG18)*

CHAPITRE 7 – *HOMO ÆCONOMICUS*

L'enquête NEXT montre que les infirmiers-ères sont vraiment partagé-e-s entre l'insatisfaction et la satisfaction financière. L'indicateur de l'*homo æconomicus* se présente selon une distribution normale⁷⁵, à savoir sans valeurs extrêmes, avec une moyenne de 55,3. Au plus les individus ont de l'expérience (en termes d'années) dans le secteur des soins de santé, au plus ils sont satisfaits. La bonne santé et pouvoir faire garder ses enfants réduit aussi l'insatisfaction financière. Par contre, au plus les infirmiers-ères sont insatisfait-e-s de leur salaire, au plus ils-elles pensent à quitter leur emploi. Donc, au niveau pécuniaire, si les infirmiers-ères sont insatisfait-e-s, cela peut éventuellement entraîner un départ prématuré, mais gardons à l'esprit que l'insatisfaction ne touche qu'environ la moitié de la population. Les entretiens réalisés corroborent parfaitement les résultats de l'enquête quantitative : la moitié des interrogé-e-s se plaignent de leurs finances, mais l'autre moitié s'avère plutôt contente.

Cette insatisfaction s'inscrit déjà dès le Moyen-Âge, où le catholicisme imprègne le soin à l'autre d'une forme d'évidence, de naturalité, gommant par là sa valeur économique. La charité chrétienne se teinte par essence de bénévolat. Cette norme puissante du soin gratuit perdure au fil des siècles jusqu'à nos jours.

Avant de remplacer les religieuses à la fin du XIX^{ème} siècle, les infirmiers-ères sont d'abord les domestiques de l'hôpital, au début du même siècle. Considéré-e-s comme le « petit personnel », peu de gratification financière leur est accordée. Malgré l'émergence du métier et l'évolution des tâches infirmières, c'est comme si le soin infirmier devait continuer à être charitable. Les salaires restent bas tout au long de l'histoire du métier. L'infirmier-ère en Belgique reste imprégné-e de désintérêt et de don de soi. La norme semble coriace.

L'insatisfaction financière est encore grande à l'heure actuelle, et on ne peut nier l'aspect omniprésent de cette plainte au fil du temps, comme si l'*homo æconomicus* était constitutif du métier infirmier, voire nécessaire à l'identité infirmière. L'histoire semble tellement pesante qu'elle empêcherait une forme d'ascension économique.

Les résultats des analyses qualitatives se présentent en deux temps : d'abord, selon cette ligne de tension entre les insatisfactions et les satisfactions financières, ensuite, selon les différentes stratégies ou compensations exprimées par les personnes interrogées.

1. Manque de reconnaissance financière

La reconnaissance financière (ou son absence) sera traitée en trois points : premièrement, celles et ceux qui se plaignent de leur salaire trouvent qu'un mauvais salaire peut donner envie de quitter son emploi ; deuxièmement, ces derniers-ères compatissent avec l'insatisfaction des plus jeunes ; et troisièmement, celles et ceux qui sont relativement content-e-s de leur situation financière.

A. « Pour moi »

Gagner davantage serait plus qu'agréable, car le métier ne semble vraiment pas bien payé pour les tâches effectuées.

Pour moi, si je pouvais recommencer, je ne choiserais plus ce métier-là ! (...) Parce que c'est pas bien payé. Je parle vraiment financièrement. (Jean, 48 ans)

⁷⁵ Voir le graphique de l'*Homo Æconomicus* dans Annexe II.1 – Variables composant les indicateurs de malaise et histogrammes des indicateurs, p. 303.

On est une des seules professions où nous travaillons comme des ouvriers et nous sommes payés comme des employés. (...) Et qu'on est mal payé, parce que ma fille travaille dans l'événementiel, là, au bout de 3 mois, elle avait une augmentation et son brut était à 250 € du mien ! Maintenant elle a 8 ans dans la communication dans l'événementiel, et bien elle gagne plus que moi après 35 ans. (...) Je crois qu'il faudrait aussi faire une revalorisation du barème de l'infirmière parce que ça, je me rappelle, j'ai commencé à travailler en 71, je me rappelle de mon première salaire, c'était 9.500 francs, je suis rentrée et mon papa m'a dit, mais tu gagnes encore moins qu'une femme d'ouvrage ! Et alors, 3 ou 4 mois après il y a eu la revalorisation du diplôme et nous avons touché des arriérés et avec ça j'ai acheté ma première voiture d'occasion pour aller travailler « en voiture » parce que c'était impensable... Vous ne savez pas être tributaire d'un bus ou d'un train. Maintenant peut-être, mais avant...il y avait du travail, dire, « ah non je dois partir » et un bus c'est à 5 minutes près ! Donc c'est comme ça que 6 mois après j'ai décidé d'acheter une voiture pour plus être autonome au point de vue boulot, quoi. (Laure, 60 ans)

Surtout qu'on ne gagne pas tellement hein ! On gagne pas tellement. (...) La base est la revalorisation financière. (...) On est dans un monde où l'argent prime, je ne vois pas pourquoi dans le secteur de la santé, on ferme les yeux en disant « ah non, on ne peut pas payer, c'est trop cher ! ». Ils doivent donner des primes correctes, les gens travaillent, les gens s'épuisent et vous arrivez à la pension et vous aurez 800 euros, moi j'aurai 800 euros de pension par mois, hein ! J'ai travaillé mi-temps très longtemps. Comment on va vivre ? (...) Et alors quand vous parlez de ça aux médecins, ils ont l'air de dire « oui mais c'est pas ça le nerf de la guerre » ! (...) « Ah oui, mais elles sont bien payées pour ce qu'elles font ! ». Non il faut doubler. (...) Et si on décide d'être toute, toute la Belgique, de dire maintenant on se bat pour avoir un meilleur salaire, mais on n'a pas du tout l'esprit combatif. (...) Les manifestations pour que les infirmières soient mieux payées, ça fait plus de vingt ans qu'elles existent mais rien ne bouge, mais maintenant, provoquer ça...il faut vraiment travailler au corps. Et alors dès que vous êtes un petit peu directrice, direction des soins infirmiers, vous êtes à parti avec le corps médical et avec l'administratif, et ces gens-là n'arrêtent pas de dire « mais vous coûtez beaucoup trop cher, qu'est-ce qui coûte dans une institution c'est le salaire des infirmières ». (Pascale, 56 ans)

Mais bon je me dis aussi qu'ils valorisent un peu le salaire, quoi ! Je pense que là il y a quand même de gros soucis, quoi. Il faut pas rigoler, quoi. Il y a trop de différences. Mais oui, je pense que pour le travail qu'on fait, les pauses qu'on fait, le temps qu'on passe, je ne sais pas, dans le fond (...) il y a plein de choses, c'est vrai on a choisi ce métier quelque part, on a fait le choix. (...) Il y a plein de choses, et je me dis (...) ça use aussi. Et je me dis tout ça c'est quand même usant quoi. Et je me dis qu'on n'est pas assez valorisé à ce niveau-là. (Vinciane, 48 ans)

Il n'y a pas que l'argent du salaire, mais la reconnaissance financière se traduit aussi dans les primes octroyées, pour les week-ends, les nuits ou lors des aménagements de fin de carrière. La reconnaissance de l'ancienneté n'est pas automatique d'un hôpital à l'autre aussi. En bref, il n'y a pas que la paie, mais il y a aussi les avantages extra-légaux qui existent dans d'autres métiers similaires, mais pas pour les infirmiers-ères, ou alors ils sont insuffisants.

Le travail de nuit n'est pas si bien payé que ça, moi je trouve non plus, donc faut quand même être vigilant, c'est beaucoup d'heures d'affilée aussi, hein. (Carole, 49 ans)

Les heures irrégulières sont quand même payées, je vais, enfin, les heures irrégulières, c'est-à-dire les heures faites entre 18h et 7h du matin, y a une prime, y a une prime de week-end, mais, mais enfin je trouve que la prime n'est pas valorisante par rapport à l'investissement de la personne les week-ends et tout ça. (Denise, 51 ans)

C'est à cause d'un chirurgien ! J'ai arrêté. J'étais à mes 20 ans de carrière, (...) et si je cherchais ailleurs, on m'engageait avec 6 ans d'ancienneté ! (...) Même en maison de repos, etc., on ne me reprenait qu'avec 6 ans d'ancienneté ailleurs. (Laure, 60 ans)

Je ne suis pas du type de rouspéter beaucoup, donc je suis assez conciliante et quand on aime bien le métier, euh, je pense qu'on le fait, mais quand on compare avec plein de fonctions, euh, physiquement quand même beaucoup moins lourdes, euh, aussi bien au niveau horaire et travail physique, je pense qu'il est important de mettre les avantages extra-légaux au même point quand même que d'autres institutions. (...) Par exemple, au niveau pension et tout, il y a quand même des grandes euh euh, il y a quand même des assurances groupe, des assurances supplémentaires pour la pension, ici on n'a rien !

Rien rien rien. (...) C'est important et des avantages extra-légaux quand même ! De parking, de chèques repas ! Je sais dans les banques, ils ont un 13^{ème} et 14^{ème} mois ! Un 13^{ème} mois, quelque chose comme ça ! (...) Je pense que ça doit venir de la direction, mais sauf qu'ils vont jamais, ils ne vont jamais prendre l'initiative parce que la situation. (...) Oui, il faut les moyens pour commencer. (Bénédicte, 48 ans)

B. « Pour les plus jeunes »

Les salaires paraissent surtout injustes pour les plus jeunes. Il y a une compréhension vis-à-vis des plus jeunes qui ne restent pas car les conditions financières ne sont pas bonnes. Pourtant, cette mauvaise reconnaissance financière fait bien partie intégrante du métier, et si on débute une carrière d'infirmier-ère, c'est en connaissance de cause. L'expression « vulgaire paillasson non rétribué » est même utilisée comme métaphore de l'infirmier-ère.

Je pense que ça amènerait plus de jeunes dans la profession aussi. Ça les attirerait sûrement un petit peu plus, parce que quand on voit tous ces [départs] vers le Grand-Duché, euh, c'est quand même attractif, quoi. Surtout quand ils n'ont pas encore construit de nid de famille, ni tout ça, ils peuvent franchement faire ça deux, trois ans, c'est déjà des jeunes qu'on perd dès le départ. (Carole, 49 ans)

Les jeunes maintenant, à environ 30 ans, s'ils ont une possibilité de boulot, je pense pour gagner plus ou avoir des conditions moins lourdes, ils le font ! Être, par exemple, représentant, il y en a beaucoup de notre secteur. (...) Parce qu'il y a des problèmes financiers. Ils doivent, pour attirer les gens, il faut les rémunérer correctement ! (...) Il faudrait un autre salaire pour attirer plus les jeunes. (Paul, 49 ans)

*Et c'est pour ça qu'on est si dur, parce que justement, comme c'était à l'époque des religieuses qui le faisaient par vocation catholique ou autre, ou peu importe, pas payées ni rien du tout, et bien nous, avant que, quand on voit ce qu'on gagne par rapport à ce qu'on fait, à ce qu'on voit, oui bien, alors je comprends que les jeunes sont parfois un peu dégoûtés. Mais ça aussi c'est quelque chose qu'on le sait normalement quand on fait ses études qu'on est des **vulgaires paillassons non rétribués**, ça on le sait. (Patricia, 54 ans)*

C. « Pas pour moi »

Les infirmiers-ères interrogé-e-s vont plus volontiers s'exprimer sur leur insatisfaction financière, pourtant certain-e-s affirment être satisfait-e-s de leurs conditions salariales, et des avantages particuliers comme les primes.

C'est purement parce qu'au point de vue financier ça marche, j'ai pas vraiment besoin en plus quoi. (...) Auparavant, oui, c'était un gagne-pain en plus [de faire des nuits], d'accord, mais maintenant, pour ces quelques zéro en plus... J'ai vraiment plus besoin quoi, il y a d'autres choses qui sont prioritaires à ce moment-là. (Paul, 49 ans)

Les week-ends, je pense, sont bien payés, donc les filles sont contentes « de faire le week-end ». (Pascale, 56 ans)

Pendant les gardes, ils ont des primes et quand ils travaillent ils ont toutes ces heures et alors ils peuvent en faire comme 2, 3 jours de congé d'affilée. Comme ça ils peuvent partir un peu. (Bénédicte, 48 ans)

Les chefs infirmiers-ères sont censé-e-s travailler selon des horaires de bureau, donc sans week-ends, sans nuits, sans soirs. Or, quand le personnel vient à manquer, ce qui arrive régulièrement, ce sont les chefs qui bien souvent pallient ce manque. Séverine nous explique que, dans son hôpital, ils ont dû se battre pour que les heures supplémentaires prestées par les chefs la nuit ou les week-ends soient rétribuées.

Là, de nouveau, l'institution nous force la main en disant « et bien vous avez, vous êtes chef, vous avez votre salaire de chef, on ne vous paie pas les pourcentages de week-end ». (...) Il y a déjà eu des situations finalement où l'infirmière chef se retrouvait la nuit tout à fait injoignable aussi bien pour l'équipe que pour la direction et pour éviter ça, ils nous « interdisent » de faire des week-ends et des

nuits et des soirs. (...) Nous avons tellement rouspété, parce que finalement on n'avait plus personne pour mettre à l'horaire aussi, certaines, le week-end, il fallait bien qu'on vienne, on ne trouvait pas ça juste du tout de revenir, de faire des heures supplémentaires et tout et de ne pas être payé pour ce qu'on faisait. Donc, si, on nous l'octroie, mais toujours en nous disant : « et bien vous le faites mais enfin on n'aime pas ça ! ». (Séverine, 49 ans)

La plainte salariale des infirmiers-ères existe depuis tellement longtemps qu'elle en devient inutile, puisque rien ne change. L'infirmier-ère est au-delà de la plainte, et devient presque blasé-e.

Moi, je ne me plains pas de mon salaire. (...) Ben, disons que j'ai des heures oui, des heures...mais, comme le week-end, des heures irrégulières. On est un peu payé plus mais bon... (...) Mais ça dure depuis des années, ça je veux dire ! Ça dure depuis des années pour le travail qu'on fait, parce qu'on a des vies humaines et tout ça mais pas, à ce point de vue-là je dirais oui, mais ça c'est depuis des années! Ça je n'y pense même plus. (Mireille, 51 ans)

Pour certain-e-s, il y a des avantages que d'autres n'ont pas, comme un 13^{ème} mois, où une paie qui arrive à temps.

Mais par exemple, ici on a un 13^{ème} mois. Pour ma part, je crois que [l'hôpital] n'est pas mal payé et on est payé régulièrement. Parce qu'il paraît qu'il y a des hôpitaux où ils sont payés un peu en retard, tandis que nous on n'a pas de soucis, on a notre salaire vraiment à temps. (Pascale, 56 ans)

2. Stratégies ou compensations de l'homo æconomicus

Nous savons que l'insatisfaction financière est monnaie courante auprès des infirmiers-ères depuis la création du métier. Se lancer dans une telle carrière se fait donc lucidement. On est alors en droit de s'interroger sur la tolérance d'une telle insatisfaction d'emblée. Serait-ce juste l'amour du métier qui peut à lui seul faire supporter un tel inconfort ? De manière sous-jacente et non explicite, les interrogé-e-s ont répondu à cette question. En effet, dans le point précédent, nous avons évoqué certain-e-s infirmiers-ères qui exprimaient leur satisfaction quant à leur salaire suffisant et quant aux primes de week-ends ou de nuits. Et si c'était justement dans ces petits extras que se situe une forme de compensation pour le salaire qui semble unanimement trop bas en Belgique ? Ces différentes primes sont également connues avant même de commencer une carrière d'infirmier-ère. L'acceptation d'heures irrégulières peut alors se faire s'il y a une forme de récompense à la clé.

Même s'il est de bon ton de se plaindre de l'insuffisance des primes ou des horaires, ce sont ces extras qui peuvent différencier un-e infirmier-ère d'un-e fonctionnaire, par exemple. Le salaire de base peut sembler moindre, mais imaginons une infirmière qui ne travaille que les nuits et les week-ends : évidemment son temps familial ou privé est restreint, mais non seulement son salaire est plus important qu'un salaire de base car constitué essentiellement de primes, mais en plus son temps de récupération est forcément plus long.

Vu le manque de personnel, il est alors possible de choisir ou négocier son horaire en fonction de ses besoins. Et les primes tombent à pic, représentant une forme de valorisation ou au moins une forme de compensation pour le salaire qui semble trop bas. En plus des primes de nuits, de week-ends, de gardes, les infirmières bénéficient de longs congés de maternité (près d'un an au total), et les infirmiers-ères jouissent aussi d'aménagements de fin de carrière, à partir de 45 ans. Rappelons que c'est sur base de l'évaluation de ces derniers que les entretiens se sont déroulés. Nous avons donc beaucoup d'informations quant à ces aménagements de fin de carrière. Dans cette partie de chapitre, nous présenterons les différentes possibilités d'aménager sa fin de carrière, officiellement puis officieusement, en en relatant principalement les avantages et inconvénients. Ce que les infirmiers-ères décident de faire avec leur temps récupéré sera analysé dans le chapitre suivant.

A. Les aménagements de fin de carrière officiels

Des arrêtés royaux, de 2001 à 2006, ont porté exécution de l'article 59 de la loi du 2 janvier 2001 concernant les mesures de dispense des prestations de travail et de fin de carrière. Depuis le 15 septembre 2006, les praticiens de l'art infirmier, notamment, ont droit à une dispense de prestations de leur temps de travail, ou bien à une prime, calculées toutes les deux sur leur salaire à temps plein, à 45 ans, 50 ans et 55 ans, tout en maintenant leur salaire initial. Pour chaque âge atteint, ils-elles ont droit respectivement à un, deux ou trois jours mensuels de dispense de travail, ou bien à 5,26%, 10,52% ou 15,78% de prime salariale. À partir de 50 ans, une combinaison d'options est possible.

Ces mesures d'aménagement de fin de carrière ne sont pas seulement spécifiques aux hôpitaux, mais sont valables pour tout le secteur des soins de santé. Pourtant, comme il a déjà été signalé plus haut, les applications de la loi sont parfois sujettes à des arrangements institutionnels.

À l'inverse des autres facteurs décrits plus hauts provoquant un malaise professionnel, ces aménagements de fin de carrière visent principalement à diminuer la pression du travail sur le personnel, à maintenir en activité le plus longtemps possible les travailleurs-euses plus âgé-e-s, à combler le déficit de personnel qualifié et à maintenir des soins de qualité. Ce sont plutôt des mesures censées réduire le malaise infirmier. Il s'agira ici d'observer ledit impact, car tout le personnel infirmier interrogé bénéficie de ces mesures.

1) Le principe des aménagements en général**A) C'EST UNE BONNE FORMULE**

À partir de 45 ans, les infirmiers-ères ont donc le choix entre une dispense de travail (DT) ou une prime. S'ils-elles choisissent d'abord la dispense, il n'est plus possible de changer son choix pour la prime par la suite, alors que l'inverse est vrai : si l'on commence par la prime, on peut choisir la dispense au saut d'âge prochain. Ces aménagements sont plutôt vus comme une forme de reconnaissance politique et sociale.

Ben, c'est une bonne formule, parce que, bon, elle vous laisse déjà le choix, quelque part aussi, hein, donc, euh. Et puis le fait qu'on ne soit pas obligé non plus de rester dans, hein, qu'on puisse changer peut-être la fois suivante, c'est bien aussi, quoi, hein. (Brigitte, 46 ans)

Mais les aménagements de fin de carrière, c'est déjà bien, parce qu'avant y avait rien de tout ça. (Denise, 51 ans)

Je crois que c'est bien, je crois que c'est une juste mesure. (...) Bon, c'est vrai que ça dérange quand même une équipe, surtout, bon, comme je disais, ici, ça va, il n'y en a que 2 plus âgées, mais il faut savoir qu'ici dans l'hôpital ces personnes ne sont pas remplacées. (Patricia, 54 ans)

B) C'EST BIEN, MAIS...

Pour d'autres, le discours est plus mitigé. Ce sont des bonnes mesures, mais elles ne sont pas suffisantes, elles ne vont pas assez loin. Il faudrait augmenter la prime, voire la donner à tout le monde, rendre le jour de dispense de travail obligatoire dès 45 ans, doubler les jours de dispense à chaque saut d'âge. Ajouter aussi une tranche d'âge 60-65 ans pourrait amener les plus âgé-e-s à travailler à mi-temps, grâce aux aménagements.

[Quand elle a pris connaissance de l'existence de ces aménagements, elle s'est dit] « Ah, on se rend compte de la difficulté, on prend en compte... », donc, j'ai eu d'abord un sentiment de satisfaction, et, comme je pense que les jeunes infirmières ont...on tient compte de la lourdeur, mais on ne se rend pas compte de l'état réel où on est quand on arrive à 45-50-60 ans parce qu'il y avait peu d'infirmières de cet âge-là. C'est vraiment maintenant que la population infirmière vieillit, avant on abandonnait

beaucoup plus, on arrêta de travailler, on allait ailleurs. Et on se rend compte, ben oui, c'est peut-être une bonne idée mais c'est en tout cas pas suffisant. (...) On discute que les seniors doivent travailler beaucoup plus longtemps, comment se fait-il qu'ils n'aient pas encore parlé de cette fameuse tranche 60-65 ? On a allongé le temps de carrière d'une femme, on n'a pas parlé de ça alors que ça me semblait faire partie du même package. Donc là, c'est plein de points d'interrogation. (...) (Séverine, 49 ans)

On nous donne des dispenses de prestations, c'est très bien, je trouve que c'est très très bien, mais des jeunes, qui sont des jeunes mamans, qui ont trois enfants, un mari qui travaille, elles doivent courir, il faut payer la voiture, il faut payer des ci, des là... Elles ont besoin autant que nous, hein. Qui nous, déjà plus actives, on n'a plus d'enfants à la maison... (...) [Les aménagements de fin de carrière sont un peu] ridicules. (Pascale, 56 ans)

Et juste à mon sens...c'est énorme et ça ne l'est pas [les DT]. (...) Imaginons qu'on donne le nombre de DT suffisants pour qu'une personne soit ressource, je pense qu'il faudrait le doubler. (...) Je reste persuadée qu'il faudrait presque le doubler. (...) On en parle régulièrement, c'est vraiment pas le salaire qui est le moteur chez les infirmières, de manière générale, parce qu'il est tellement petit que...non ce serait juste une reconnaissance, (...) que ces personnes, si elles ne veulent pas prendre la dispense de travail à 45 ans, se sentent quand même reconnues en tant que professionnelle qui a déjà bien fait son effort, qui le continue. Oui, c'est vraiment en termes de reconnaissance professionnelle, là. On pourrait dire « on va doubler la prime ». (...) Parce que finalement cette prime, l'infirmière qui a pris cette prime, elle n'a pas pris la prime en fait, elle n'avait pas besoin de son jour. Donc la prime n'était pas une attraction en soi. (...) Qu'on oblige les gens à prendre la dispense de travail simplement. À partir de 45 ans, tout le monde y a droit, et on les met à l'horaire de tout le monde. Je serais plutôt partante de ça. (...) Si on veut aménager la fin de carrière de manière à ce que ce soit plus vivable, plus viable, plus confortable pour les gens, il faut le doubler. (...) [La solution idéale pour une fin de carrière] c'est de doubler [les DT], donc 2 par tranche de 5 ans, et de ne pas arrêter à 55 parce que, pour l'instant, rien n'est prévu pour ceux qui vont avoir 60 ans ! Donc c'est ajouter un échelon supérieur pour les 60-65, parce qu'il y en aura et à chaque palier donner 2 jours et pas 1. Ce qui amènerait un mi-temps, en fait, si je compte bien, entre 60 et 65 ans on aura un mi-temps, on travaille avec les dispenses de travail avec le même salaire. (...) Il y en a qui resteront, il y en a qui partiront ! Mais en tout cas, pour celles qui resteront ce sera plus confortable. Ce sera vraiment gérable (...) et pas des gens qui vont arriver la tête décomposée en état d'épuisement parce qu'on a quand même, on n'en a plus pour l'instant dans le service, mais nous avons raté le coche pour deux fins de carrières où les gens se sont vraiment épuisés, je trouve ça lamentable et il y en a une qui malheureusement est en institution, tellement elle s'est épuisée, parce qu'elle n'avait pas le choix. (Séverine, 49 ans)

Le fait de ne pas pouvoir passer du choix de la dispense de travail à la prime paraît contraignant face aux imprévus de la vie. Le saut d'âge de 5 ans semble aussi trop long.

Mais la mesure ici, du fait que l'on peut choisir entre le jour et l'argent, ça donne la possibilité aux gens, pour ça, c'est très bien de voir en fonction de leurs besoins. Peut-être le fait de pouvoir revenir en arrière éventuellement, si les gens se retrouvaient coincés, ça, peut-être que ça pourrait, s'il y avait un changement, je ne sais pas moi, un mari qui perd son emploi, ou des enfants qui arrivent avec des études plus coûteuses que prévu, enfin des imprévus financiers quand on se sent en état de travailler plus, de peut-être donner la possibilité, ça, peut-être. C'est peut-être le moins compliqué tout en laissant plus de possibilités aux gens de s'adapter à la situation. (...) C'est vrai quand on entend flexibilité de travail, enfin d'autres carrières, c'est pas toujours à l'avantage des travailleurs, que ceci c'est une loi qui est bien parce que là c'est justement pour eux, les gens. (Nadine, 47 ans)

Enfin voilà, maintenant je pense à quelque chose, quelque chose qui, je trouve, qui n'est peut-être pas trop bien, parce que je dis que, en vieillissant, ça peut parfois changer très vite, c'est que je trouve que 5 ans c'est trop long. (...) Oui, ou tous les 2 ans. Mais c'est vrai qu'une tranche de 5 ans c'est long. (...) Parce que, par exemple, moi, comme je vous disais j'ai pris moitié prime et moitié VAP, donc ce que je fais maintenant. Mais ça c'est parce que j'avais besoin d'argent, mais ce n'est que quelques mois où ma fille était encore à la maison et après, bon, hein, voilà, c'est fini. J'aurais très bien pu...mais je suis partie en début de 5^{ème} année avec ça, quoi, sinon j'aurais peut-être pris mes 2 VAP, hein. (Patricia, 54 ans)

Non mais je trouve que c'est déjà très bien, hein. Je suis déjà très contente. Mais c'est vrai que la fois passée, je me suis dit, allez, la situation change parfois peut-être très vite, et que 5 ans, une fois qu'on est engagé, 5 ans c'est long ! Ou alors en fonction des situations personnelles, pouvoir avoir un recours et changer, parce que, par exemple, on peut (...) avoir choisi les dispenses et puis on tombe veuf, ou bien on divorce et on a besoin d'une prime. (Patricia, 54 ans)

Pour Pascale (56 ans), les aménagements sont arrivés « trop tard » ou, en tout cas, plus tard que son organisation personnelle. Elle avait déjà pensé à réduire son temps de travail pour passer plus de temps avec son mari, donc elle avait déjà organisé le planning de ses temps sociaux. Même si les aménagements invitent le personnel plus âgé notamment à prendre plus de temps non professionnel, certain-e-s n'attendent pas les mesures pour alléger leur charge de travail. Grâce à la flexibilité du métier, il est alors possible de choisir son temps de travail en fonction du temps nécessaire.

Parce que j'estimais que mon mi-temps, ben, si je prenais encore une demi-journée de temps en temps et bien alors je commençais à devenir, à ne plus savoir gérer de nouvelles choses et tout ça. (...) Et ça m'arrange toujours comme ça, je ne sais pas si c'est intéressant financièrement ou pas mais enfin, c'est toujours comme ça. (Pascale, 56 ans)

C) MAIS C'ÉTAIT FAIT POUR NOUS !

D'après l'arrêté royal, les aménagements valent pour « le personnel infirmier et le personnel soignant qui exerce effectivement les tâches de soignants ou d'infirmier de même que le personnel soignant et infirmier qui les encadre et le personnel assimilé ». Ce qui semble foncièrement injuste pour la plupart des interrogé-e-s, c'est l'étalement des aménagements au personnel « assimilé » à l'hôpital. En effet, non seulement le personnel paramédical est concerné (kinésithérapeutes, psychologues, etc.), ce qui semble légitime, mais aussi le personnel d'entretien et de cuisine, en fonction de l'hôpital. La reconnaissance de la lourdeur du métier infirmier semble dès lors noyée dans une généralisation de la mesure.

Mais où ça a posé problème, je sais que c'est dans le personnel d'entretien de la clinique, parce que d'abord on avait dit que ce n'était octroyé qu'aux infirmières. (...) Et puis, après, peu de temps après, (...) peut-être deux, trois ans après ça, euh, ça leur a, enfin, on a dit « ah non, finalement, c'est offert à toute personne qui travaille à la clinique », et alors y a eu effet rétroactif, je pense, (...) parce que moi je connais une kiné, (...) elle en a bénéficié avec un effet rétroactif, sinon, elle s'est payée une série de congés invraisemblables, (...) elle pouvait prendre presque deux mois de congé, je crois. (Denise, 51 ans)

Surtout pour le dossier infirmières, parce que il y a une grande discussion au sein de l'hôpital en ce qui concerne les gens qui ne font pas partie du département infirmier. Est-ce qu'ils ont droit ou pas ? Parce que si j'ai bon souvenir, il fallait travailler le week-end d'une façon régulière ou 5 fois par an des week-ends, donc, si j'ai bon souvenir, sinon vous n'aviez pas droit. Et donc on a commencé à faire ça chez les infirmières. Après, les syndicats ont sauté dessus donc, « oui mais dans la cuisine on travaille aussi, donc...un week-end sur deux et seront assimilés... » Cette étape s'est surtout passée via les actions du syndicat. Mais pour le département infirmier, il n'y a pas de problème. (Jean, 48 ans)

Les aménagements de fin de carrière sont vraiment indispensables mais d'abord qu'ils ne sont que pour les infirmières, et pas tout le secteur hospitalier. Comme notre secrétaire, qui a, hein, elle a son aménagement de fin de carrière, et une secrétaire dans une autre institution n'a pas d'aménagement de fin de carrière, alors on va donner ça pour toute l'institution. Une nettoyeuse, c'est une nettoyeuse, qu'elle nettoie là, où qu'elle nettoie chez SmithKline, c'est la même chose ! C'était pour les infirmières, on en a fait pour toute l'institution ! (Pascale, 56 ans)

Dans certains hôpitaux, ces aménagements de fin de carrière sont aussi appliqués aux secrétaires, qui doivent alors être remplacé-e-s lors de leurs dispenses de travail. Le sentiment d'injustice se renforce quand on demande à un-e infirmier-ère de remplacer le-la secrétaire en dispense de travail : la surcharge de travail constitutive se voit alors davantage accentuée, pour

une raison qui semble doublement illégitime. Non seulement le personnel non infirmier peut bénéficier de ces mesures, mais en plus, il faut des infirmiers-ères pour les remplacer quand elles partent en dispense de travail.

Et rapidement, le syndicat s'est emparé de cette problématique et a voulu étendre ça à tout le personnel de l'hôpital, aussi bien le personnel technique et les secrétaires. Alors, résultat, ça c'est quelque chose qui me met vraiment en rage, parce qu'ils l'ont obtenu et donc maintenant même une secrétaire qui n'a jamais été soumise à des horaires particuliers dans sa carrière, qui n'a jamais travaillé pratiquement des week-ends, jamais tard le soir, peut-être qu'il y a les consultations qui ont leur secrétariat qui fonctionne un peu plus tard que 5h, mais jamais de nuit, rien du tout, ont obtenu ça et, résultat des courses, dans des services comme chez nous, quand notre secrétaire est en congé de récupération, c'est...on nous retire quelqu'un de l'équipe pour faire un secrétariat ! (...) Je suis contente que j'ai pu dire que les dispenses de prestations étendues à tout le personnel que ce n'est pas une bonne idée. (...) Je ne pars pas du contexte qu'ils ne puissent pas avoir ça, mais seulement à partir du moment où ça ne redonne pas de nouveau une surcharge dans l'équipe. (...) Et quand, il y a aussi que, malgré tout, on entend les médecins qui doivent engager des secrétaires, ils sont obligés d'en prendre une de plus alors que les finances des hôpitaux ne sont pas toujours au mieux non plus, c'est un peu dommage, alors qu'ils puissent prendre une infirmière en plus ! (...) Parce que comme nous n'en n'avons qu'une, donc elle n'a pas de remplaçante, elle est remplacée par une infirmière auxiliaire, mais enfin des auxiliaires on en a besoin donc, euh, ça je trouve que c'est quelque chose qui est vraiment aberrant, quoi ! Je ne vois pas pourquoi une secrétaire dans un hôpital a plus le droit de faire ça qu'un autre. Qu'on l'étende à tout le monde ! Aussi bien à la secrétaire qui travaille dans une entreprise alors ! (...) A tous les secteurs d'activités alors ! (Nicole, 62 ans)

2) Dispense de travail (DT)

A) C'EST MIEUX D'AVOIR PLUS DE TEMPS

Avoir droit à un, deux ou trois jours mensuels de dispense de travail, tout en maintenant le salaire initial, n'est pas négligeable. Pour celles et ceux qui ont choisi la DT, le temps est plus important que l'argent et ce temps retrouvé est bénéfique pour la santé, la fatigue et le moral. Pour d'autres encore, il devrait être imposé, il ne devrait pas y avoir de choix à faire entre la DT et la prime.

Dites, moi à 55 ans, j'en ai trois ! Non mais c'est vrai que c'est agréable, hein. (...) Parce que comme ça allège, on est moins fatigué. (...) Non, moi je trouve que c'est vraiment une bonne idée. (Mireille, 51 ans)

[Les DT] Ça fait du bien. Si si, vraiment ça fait du bien. Et c'est énorme comme jour de congé parce qu'on a encore un jour de congé annuel. Donc moi à 50 ans, j'ai 28 jours de congé plus 24 DT ! (Sylvie, 50 ans)

On a obtenu ça, c'est un ministre qui a décidé, voilà à partir de 45 ans vous avez un jour en plus, donc c'est suite à des grèves et des manifestations parce que la charge de travail était très lourde, et, il a, à ce moment-là, instauré là ce système-là. Donc il faut être logique. Il faut pas choisir l'argent, moi je trouve parce qu'on a tellement manifesté pour le temps de travail, moi je trouve que tout le monde doit choisir pour la réduction du travail. (...) Je dis « j'ai 45 ans », à ce moment-là j'avais 25 ans de carrière, je dis « ça me fera du bien d'avoir un jour par mois supplémentaire de congé ! » Parce que les problèmes physiques et tout ça aussi qui commencent à jouer, je dis à long terme, si on a 55 ans, j'aurai 3 jours en plus et bien, ça, ça va faire du bien, je pense. (...) C'est quand même ça un jour qu'on est plus « à la maison » ! (...) C'est quand même un jour qu'on a fait en moins pour le boulot, c'est quand même un jour qui a moins de stress, ou moins de fatigue, ou moins d'énervement ou quoi d'autre. (...) Moi, j'ai déjà une journée, une journée en plus ! (...) C'est très utile oui, parce que, si on doit travailler naturellement jusque presque 65 ans... (...) Mais si je dois travailler jusque 65 ans, sans mes VAC, je ne sais pas. (Paul, 49 ans)

Je pense que ça me facilite la montée en âge. Parce que quand j'ai eu mes 45 ans, je me suis dit « ah chouette, (...) j'ai mon jour de congé ! » (...) Quand j'entends les gens autour de moi, je me dis qu'elles

ont 45 ans, elles sont contentes. Elles disent « ah chouette (...) un petit jour ! » C'est un cadeau ! Oui je pense, c'est important. Il faut essayer de garder ça. (...) C'est bien, je trouve que c'est bien, il faut que ça continue, il faut pas qu'ils nous suppriment ça. (Michèle, 46 ans)

Cette journée est même plutôt attendue avec impatience pour les personnes travaillant à 100%, notamment pour les chefs de service qui sont obligé-e-s de travailler à temps plein.

Il y a eu une discussion en interne de savoir est-ce que les chefs de service auraient droit à prendre les DT ou est-ce qu'on leur imposerait, de rester à temps plein évidemment, la prime. Donc là, on a freiné des 4 fers, si ce n'est pas des 8. Si on en avait 8. En disant « mais non, pourquoi pas, on en a aussi besoin ! » Alors finalement ils ont accepté. [Être chef] ce n'est qu'un temps plein et le seul « espoir » justement d'une petite journée à gauche à droite, c'est le DT. (Séverine, 49 ans)

Donc les gens qui financièrement ne peuvent pas se permettre de travailler à temps partiel pour des raisons privées et qui ne peuvent pas se le permettre, je pense que dans le métier c'est mieux d'avoir des dispensations, parce que c'est quand même lourd. (...) Une fois qu'on rapproche l'âge et une fois qu'on est dedans, je pense que ce n'est pas du tout un luxe ! (...) Je pense qu'il ne faut pas en mettre plus. Je suis déjà très contente que ça existe, oui. (...) J'entends quand même régulièrement dire des infirmières : « oui, maintenant la dispensation de travail en heures », qu'elles disent souvent « ah j'ai la belle vie maintenant ». (...) J'ai entendu ça, j'ai été dans plein de réunions, quand même des réunions et des groupes de travail avec des infirmières d'autres cliniques qui disent « c'est quand même agréable, maintenant c'est bien ! » (Bénédicte, 48 ans)

C'est d'autant plus agréable d'avoir un ou plusieurs jours de congé, si on peut choisir le moment dans le mois pour le-s prendre.

J'essaie de le regrouper avec un week-end libre, donc j'ai jeudi et vendredi maintenant, j'avais jeudi, vendredi, samedi et dimanche, j'aurai 4 jours d'affilée. J'essaie de le faire aussi pour le personnel aussi. Ceux qui ont droit. (Jean, 48 ans)

J'ai pris le jour parce que je me suis dit (...) par rapport à mes douleurs que j'avais encore un petit peu à ce moment-là, c'était peut-être pas plus mal de prendre un jour de congé. (...) Je préfère mon jour. Surtout qu'il va vraiment bien, puisque je fais 3, 4 nuits, je fais mes nuits le week-end, j'ai 3, 4 jours de repos de nuit, je prends mon DT et puis j'arrive mon week-end, donc tous les mois j'ai presque une semaine ! (...) Je trouve que cette semaine où on peut déconnecter du service ça fait du bien, ça fait du bien. On peut déconnecter quand on a des malades un peu trop difficiles, pendant une semaine. (Michèle, 46 ans)

Je me suis même pas posé la question, ni combien ça pourrait coûter, ni rien ! Oui parce qu'on aime bien d'avoir un jour. On peut choisir un jour de congé : oui oui ! (...) Tous les lundis ! (...) Donc je travaille un week-end sur 2. Le week-end que je suis en congé, je prends le lundi, chaque fois les 2 lundis pour avoir un long week-end, quoi ! (...) On choisit le jour qu'on veut ! (...) (Mireille, 51 ans)

Ne fut-ce qu'une journée peut déjà beaucoup jouer sur la récupération physique de la fatigue ou de certaines douleurs.

C'est ça qui est bien avec tous les jours. Ça c'est idéal. Oui. (...) Avec les jours on ne perd pas d'argent, ça c'est quelque chose qui est bien. (...) Mais pour moi je pense que l'idéal, c'est mon choix mais, c'est plus prendre des jours de repos que la prime. (...) Comme c'est un aménagement de fin de carrière, si on prend la prime on a de l'argent en plus mais ça ne vous permet pas d'aménager... Enfin, moi je le vois plus comme un soutien physique dans notre profession que de l'argent en plus. (Michèle, 46 ans)

Parce que je pense que, physiquement, que si je dois rester, je veux dire, ne pas être éreintée et donc de ne plus pouvoir profiter ni bien de mon travail ni bien de ma vie familiale, je trouvais que c'était mieux de prendre congé plutôt que d'avoir un petit peu d'argent en plus. (Nadine, 47 ans)

C'est pour ça que l'aménagement du temps de carrière est intéressant, c'est dans la récupération qui est beaucoup plus lente dès qu'on avance en âge. (Laure, 60 ans)

Rappelons que les aménagements ont été instaurés pour maintenir les infirmiers-ères plus âgé-e-s plus longtemps à l'emploi, en allégeant leur charge de travail.

Quand je parle avec mes collègues, je crois que c'est grâce à le, qui ont pris leurs jours de dispense, je crois que c'est grâce à ça qu'elles restent plus longtemps. (...) Et moi, c'est aussi, donc, ma réflexion en disant « tiens, j'ai encore ces trois jours-là à prendre », je crois que ça va m'aider, justement à partir de, à aller progressivement vers ma pension. Et je crois que ça sera aussi une bonne idée de savoir un petit peu comment faire avec un temps de travail diminué, pour ne pas brusquement s'arrêter. Ça je trouve que c'est bien. (Agnès, 56 ans)

C'est très utile oui, parce que si on doit travailler naturellement jusque presque 65 ans... (...) Mais si je dois travailler jusque 65 ans, sans mes VAC, je ne sais pas. (...) Parce que, quand on travaille temps plein donc quand je n'ai pas de VAC, ça veut dire quand on est un jour par semaine à la maison, plus un week-end, donc c'est peu, et quand on a 3 jours en plus par mois, ça veut dire que j'aurai presque chaque semaine, presque 2 jours de congé. Parce que je pense que j'aurai un VAC par semaine et je prendrai encore une fois un jour de congé pour la 4^{ème} semaine, donc j'ai déjà calculé, que je vais être 2 jours par semaine à la maison. (...) Je sais que j'aurai 3 jours en plus au lieu donc de travailler plein-temps, ça va être peut-être un gros $\frac{3}{4}$, moi je pense quand on calcule un petit peu comme ça ! Donc ça fait 2 jours par semaine au lieu de un ! Et ça je pense que oui, ça, c'est, je suis optimiste, je veux dire heureusement que j'ai [les DT]. (Paul, 49 ans)

[Est-ce que les aménagements de fin de carrière peuvent faire en sorte de rester plus longtemps dans le métier ?] Ah oui, à 65 ans, je ne sais pas, parce que c'est quand même lourd mais plus longue oui, ah oui oui. Moi je pense... Personnellement je le pense mais les autres aussi, c'est quand même un allègement, ça allège le travail, hein ! (Mireille, 51 ans)

Les aménagements sont aussi censés pallier le manque de personnel, car dès que les dispenses de travail, dans une équipe infirmière, dépassent 0,5 ETP, il est alors possible d'engager du personnel supplémentaire.

Je sais qu'en tant que chef de service, c'était quand même une copine au départ, qui elle, a fait un planning en disant voilà j'ai trop de DT dans mon équipe donc il me faut un équivalent temps plein en plus pour remplacer. Maintenant je ne suis pas sûre qu'elle a eu toute son équipe pour faire... (Jacqueline, 53 ans)

Selon l'administration, ces journées de VAC doivent être remplacées. Donc, moi, je calcule tout ça et j'estime donc que j'arrive à 63%, des journées VAC qui doivent être remplacées par la direction mais moi j'ai toujours exigé ça, voilà, j'ai fait ça, ça c'est ça, et je veux pour mes temps plein équivalent, je veux que les VAC soient remplacées. (...) Et c'est fait. C'est plus facile parce que j'en ai une de 62 ans, elle a 63%. Évidemment si vous avez un autre service où on n'a que 15% (...) on ne trouve pas quelqu'un pour remplacer à 15%. C'est plus facile à trouver quelqu'un qui est 63%. (Jean, 48 ans)

Pour Nadine (47 ans), les aménagements la laissent légèrement indifférente, car étant déjà à 75%, le temps dont elle a besoin est déjà inclus dans son choix de temps partiel.

[Cette journée de DT] c'est comme les autres jours, parce que c'est à un tel point qu'en général je ne demande pas un jour précis. (...) C'est même arrivé, souvent même, que, je me rendais compte, quand l'horaire était fait, que comme je ne l'avais pas demandé, on ne me l'avait pas mis et que je disais « ben on n'a qu'à le remettre sur un des jours où je ne travaille pas dans le mois ». Moi, c'est simplement parce que ça allège sur le mois, le nombre d'heures de travail, c'est tout. (Nadine, 47 ans)

B) SAUF SI LES AUTRES TRIMENT PLUS ET SI LE JOUR EST IMPOSÉ

Remplacer le temps « gagné » par les dispenses de travail n'est pourtant pas toujours possible. Aussi, en attendant le remplacement, le personnel qui « reste » doit travailler davantage pour remplacer les bénéficiaires des dispenses de travail. Quant aux chefs de service, s'ils-elles ne sont pas remplacé-e-s, leur travail les attend à leur retour de congés.

Non, ça fait du bien d'un côté, mais si vous revenez, donc le travail restera là quand même. Si je ne suis pas là pendant 5 jours... (Jean, 48 ans)

Donc imaginez-vous une équipe, ben si par exemple on prend l'équipe de Sabine, hein, c'est une équipe de chirurgie, si là-dedans il y a 4 personnes qui ont leurs VAP, et bien ces filles-là ne sont pas

remplacées. (...) Et bien alors les autres triment plus. (...) C'était vraiment ce qui avait été dit au départ, « oui vous pouvez prendre vos VAP, mais bon les personnes qui prennent leurs VAP ne sont pas remplacées ». (...) Mais ça dépend du nombre. Par exemple, ici en soins intensifs, ils sont remplacés. Mais c'est parce qu'ils ont un 60%, donc ils ont engagé un 60% en plus évidemment. Oui, c'est vrai qu'en réa il y a plus de nouveaux engagés. Donc ça dépend de la taille mais souvent, souvent c'est comme ici, il y a pour 20%, on ne va pas engager quelqu'un. (Patricia, 54 ans)

Parfois c'est difficile de les prendre [les DT]. Et même si vous les prenez...quand vous revenez parfois vous avez encore le double de travail. (Sabine, 52 ans)

Indirectement, les aménagements de fin de carrière peuvent réduire la pénurie de main-d'œuvre, puisque le cumul de dispenses de travail, au sein d'une équipe infirmière, peut permettre d'engager du personnel supplémentaire. Or, finalement, les nouvelles personnes engagées ne font que remplacer celles qui sont parties en dispense de travail et ne procurent pas nécessairement de la main-d'œuvre additionnelle.

Moi je trouve, moi j'ai pas l'impression que ces VAC ont résolu le problème de pénurie de personnel en global en hôpital. Chez moi, je peux pas me plaindre, j'ai l'impression d'être plus favorisé. Mais globalement, je ne trouve pas que ça a changé donc la pénurie dans le milieu hospitalier. (...) Je parle maintenant globalement dans le milieu hospitalier. Je ne peux pas me plaindre chez moi. Ça n'a pas changé, pour les raisons pourquoi ça a été inventé ! Pas du tout. (Jean, 48 ans)

De plus, si le jour de dispense est imposé par le-la chef de service, le bénéfice n'est pas vraiment le même que si le choix de le cumuler avec un autre jour ou un week-end aurait pu être fait. De même, certain-e-s chefs de service mettent leur propre jour de dispense après avoir placé ceux des autres de l'équipe.

[Dans un autre hôpital,] c'est eux qui imposaient les jours, c'était pas nous qui avions droit de demander. (...) Une fois qu'il était fait dans l'horaire, par exemple, celui-là normalement on ne pouvait pas changer. De temps en temps, on demandait de changer un jour de congé en une récupération de $\frac{3}{4}$ temps, parce que j'avais un jour aussi. (...) [Dans cet hôpital-ci], ici pas, chaque fois elle me met mon jour de DT, quand ça l'arrange, mais elle ne me le change pas. (...) Pour convenance personnelle, j'ai demandé, par exemple, au mois de septembre d'avoir quand même un DT un vendredi mais ça elle me l'a donné. Là, c'est une raison un peu personnelle. (Jacqueline, 53 ans)

Et bien ça c'est la chef de service qui les met sur l'horaire en fonction du nombre de personnes qu'elle a dans l'unité. (...) Et ici on nous a dit : « non vous n'avez pas le droit de choisir le jour, c'est la chef qui l'impose ». (...) Elle a dit : « c'est moi qui décide ». (Sylvie, 50 ans)

Quand j'ai l'opportunité de ne pas être en pause d'infirmière, et quand je n'ai pas besoin d'être là comme administratif. (...) Ça dépend un petit peu de l'agencement de mon propre horaire et de l'horaire de tout le monde. De la même manière, si j'ai plein de gens en congé, je ne vais pas me mettre en dispense de travail. Je vais me mettre plutôt en administratif, parce qu'alors je sais que je suis déjà sur place pour passer en renfort si nécessaire. (Séverine, 49 ans)

Est-ce qu'un jour par mois est bien suffisant pour récupérer physiquement ou « souffler un peu » ? Nombre des interrogé-e-s trouvent que la mesure est bonne mais insuffisante ; il faudrait pouvoir réduire davantage son temps professionnel. Ceci est surtout demandé de la part des chefs de service, car ils sont obligés de rester à temps plein, dans la plupart des hôpitaux.

C'est déjà bien. Avant, y avait rien de tout ça, mais je pense qu'on pourrait, enfin, si on pouvait encore faire peut-être plus, quoi, dire peut-être encore plus d'aménagements, quitte, comment je vais dire, à réduire, je vais dire même peut-être à ne pas être payé, hein, mais qu'on pense peut-être aux cadres, quoi, que dire qu'un cadre, enfin je m'estime dans les cadres, mais qu'un cadre, à partir de, de 50 ans, a droit à euh moyennant une, je vais dire, une (...) diminution de salaire, a droit à prendre, je vais dire, un temps partiel. (...) Moi ce que je demanderais juste c'est que les aménagements de fin de carrière soient, mais moyennant remplacements, parce qu'il ne faut pas non plus que mes collègues trinquent. (...) C'est qu'on dise « ben, voilà, une personne de plus de 50 ans a droit à un $\frac{3}{4}$ temps euh mais pas un

¾ temps payé temps plein, un ¾ temps payé comme, je vais dire, 85%, par exemple. (...) Et que ça soit accessible à tous les, euh, tous les staffs infirmiers. (...) [Et pour les chefs de service,] qu'ils établissent une loi alors en disant que la chef de service ne peut pas rester plus de 15 ans en place alors, tant pis, on le saurait avant de commencer et alors on réfléchirait tout doucement. (Denise, 51 ans)

Je ne pense pas que cette journée-là, je veux dire, une journée par mois, ne va pas faire une grosse différence point de vue que je suis moins relax, plus relax ou plus anxieux, ou plus nerveux ! Je ne pense pas qu'ils sentent [les membres de sa famille], c'est trop peu, moi je pense ! (Paul, 49 ans)

Moi, je dirais peut-être un peu plus. Pour arriver à ¾ ou quoi vers 55 ans, ça serait déjà bien aussi, ça serait 3 jours ½ semaine [de travail]. (Michèle, 46 ans)

3) Prime

A) UN PEU DE BEURRE DANS LES ÉPINARDS

Même si elle n'est pas énorme, la prime est quand même la bienvenue pour certain-e-s.

Ça fait un peu de, comment est-ce qu'on appelle ça, du beurre dans les épinards à la maison. (...) Je trouve que c'est une bonne chose. (...) Comme on a quand même un travail qui n'est pas nécessairement très, très bien rémunéré, je trouve que, au moins ça c'est déjà quelque chose de bien. Mais je trouve que tout le monde devrait l'avoir, hein, pas rien que quand on est vieux. (Agnès, 56 ans)

Donc ayant des problèmes financiers, j'ai choisi la prime, (...) et cette prime compense mon manque de garde, quoi. (...) Et ça me fait à peu près ma prime de garde. (Laure, 60 ans)

B) INVISIBLE, DÉRISOIRE OU IMPOSÉE, CONTRAINTE

La prime reste un petit pourcentage du salaire, ce qui ne fait pas une grande différence, *in fine*.

Vu le montant qui est payé, ce n'est pas vraiment le changement ! (Jacqueline, 53 ans)

Non [je ne vois pas la différence], parce que quand on a de l'argent, on le dépense toujours, donc euh... (Pascale, 56 ans)

[La prime] ça reste quand même dérisoire, quoi ! (...) Quand j'ai quitté les soins intensifs, à cette époque-là, on avait la prime dite, on appelle ça « de stress ». (...) Il y a[vait] beaucoup de fuites des personnels des soins intensifs vers le Luxembourg, etc., donc ils nous avaient donné 10%. Mais qui était une prime qui n'a pas été remise aux nouveaux engagés. Moi j'étais encore dans le vieux « quota » avec d'autres et alors quand j'ai quitté les soins intensifs pour le poste ici de responsable, je gagnais moins en étant responsable qu'en étant aux soins intensifs. (Vinciane, 48 ans)

Si le personnel part en dispense de travail, ça diminue encore davantage la force de travail et renforce la pénurie. Soit beaucoup d'hôpitaux incitent vivement à choisir la prime, ce qui est vécu comme une atteinte à leur autonomie ou carrément comme un manque de reconnaissance de leur besoin d'avoir plus de temps en fin de carrière. Soit cette pression vient parfois aussi de la part des infirmiers-ères eux-elles-mêmes, pour éviter aux autres une surcharge de travail, ou car c'est plus « raisonnable » de choisir l'argent plutôt que le temps, ou encore pour éviter tout quolibet ou jugement de la part des collègues. Comme si ce n'était pas « permis » dans l'éthique de travail de s'octroyer un peu de temps, si les collègues en perdent. La solidarité est de mise, mais aussi une certaine contrainte sociale.

Ce sont des circonstances. Donc d'abord, il y avait l'aspect de discussions avec mon directeur du département infirmier. Donc il me court-circuitait avec le... « J'en ai marre », j'ai dit maintenant, j'ai choisi, j'avais l'impression que la direction aimait bien qu'on ait choisi la prime, et qu'on est plus souvent dans le service. Mais il y a eu des discussions et j'en ai marre de ces discussions, moi je n'ai pas donné de raison. (...) Et ça c'était moins clair pour moi, c'est que tout ce que vous gagnez de plus va à l'État, point de vue impôts ! (...) La prime, bon, je sais pas pour eux mais 5%, qu'est-ce que vous en garder ? 1,5% quelque chose, en net, 2% ? (Jean, 48 ans)

C'est vrai qu'au départ avant, je me disais « bon, c'est vrai que je prendrais bien ma journée », et y a tout le côté raisonnable qui dit « mais enfin, t'as quand même besoin peut-être un peu plus d'argent plutôt que, hein, que le fait... », finalement je m'en sors à 80%, donc, euh... (Brigitte, 46 ans)

C'est bien de mettre la dispense comme on dit mais quelque part soit c'est l'imposer, on devrait dire à ce moment-là. (...) Imposer carrément de prendre la dispense. Que de mettre la prime alors... Ça permettrait aussi de dire « mais voilà le chef de service est obligé », hein, quand on voit ça différemment, on est obligé de la mettre, et là, personne « qu'est-ce qu'elle fait ses 8h ? » (...) J'aurais pas eu le choix, et bien j'aurais pas eu le choix, je l'aurais prise [la dispense], donc c'est vrai quelque part. Mais ici elles l'ont prises [la dispense]. (Vinciane, 48 ans)

Il est aussi à noter que le besoin financier fait opter systématiquement pour la prime plutôt que la dispense de travail. L'obligation est alors ici d'ordre plutôt privé.

Donc ayant des problèmes financiers, j'ai choisi la prime. (...) Et bien c'est-à-dire que je ne me suis même pas posé la question, je ne me suis même pas posé la question de dire « je vais prendre un jour de congé à la place ». (Laure, 60 ans)

Enfin, choisir la dispense, alors qu'on est déjà à temps partiel, ne semble pas correct par rapport aux autres. Si on a déjà fait en sorte d'avoir plus de temps grâce à un choix de temps partiel, alors il vaut mieux ne pas être trop gourmand (en temps) et choisir la prime.

Comme j'ai été engagée à 32h par semaine, que l'anesthésiste en chef disait que à temps plein c'était mieux, j'ai pas osé demander de l'avoir [la dispense de travail]. Donc, je me suis dit en prime. J'ai pas osé. Puisque les années d'avant quand j'étais infirmière chef je ne pouvais pas, c'était soit l'un, soit l'autre. Parce que normalement en tant qu'infirmière chef, tout le monde ne reçoit pas un temps partiel au départ. Donc il faut un temps plein et puis la réduction de temps plein en dispense. Et comme moi j'avais déjà la réduction à temps partiel à 84%, là je ne pouvais pas choisir, c'était la prime. (Bénédicte, 48 ans)

Comme elles ne travaillent que à mi-temps, elles disent : « pour nous c'est possible de ne pas prendre la dispensation en heures » et prennent la prime. (...) Pour les temps partiels, dans un service médical technique, c'est un peu difficile de prendre ça [les DT] encore en plus. (Bénédicte, 48 ans)

B. Aménager sa fin de carrière en réduisant son temps de travail

Outre ces aménagements de fin de carrière visés par l'arrêté royal de 2006, non seulement il existe d'autres aménagements possibles, mais, en plus, les hôpitaux, voire les services hospitaliers eux-mêmes, possèdent une certaine marge de manœuvre afin d'améliorer les conditions de travail du personnel plus âgé. Le but de ces mesures reste donc d'aménager certaines conditions pratiques de travail, de diminuer le temps de travail, voire même d'arrêter de travailler plus tôt que prévu.

Au niveau national, l'ONEM peut octroyer des allocations d'interruption : des interruptions de carrière (ou pauses carrière), pour le secteur public, ou des crédits-temps, pour le secteur privé. Il existe aussi différents régimes de chômage avec complément d'entreprise (RCC) (anciennement prépension) dont peuvent bénéficier les métiers dits « lourds ». Un métier lourd est :

- soit un travail en équipes successives, il s'agit d'un travail en au moins 2 équipes comprenant 2 travailleurs au moins, qui font le même travail en ce qui concerne son objet et en ce qui concerne son ampleur, qui se succèdent dans le courant de la journée sans qu'il n'y ait d'interruption entre les équipes successives et sans que le chevauchement excède 1/4 de leurs tâches journalières et, à condition que le travailleur change alternativement d'équipes ;
- soit un travail en services interrompus, il s'agit d'un travail dans lequel le travailleur est en permanence occupé en prestations de jour où au moins 11 heures séparent le début et la fin du

temps de travail avec une interruption d'au moins 3 heures et un nombre minimum de prestations de 7 heures.

- soit une occupation dans un régime de travail avec des prestations de nuit, tel que défini à l'article 1er de la convention collective de travail (CCT) n° 46 relative aux mesures d'encadrement du travail en équipes comportant des prestations de nuit ainsi que d'autres formes de prestations de nuit. Concrètement, il s'agit de prestations effectuées habituellement dans un régime de travail comportant des prestations entre 20 heures et 6 heures du matin.⁷⁶

Le métier infirmier rentre donc bien dans cette catégorie de métier lourd. Il est alors possible pour un-e infirmier-ère, avec 35 années de carrière, d'arrêter de travailler à 58 ans, grâce au régime de chômage avec complément d'entreprise.

Au niveau des services hospitaliers, des arrangements à l'amiable peuvent être organisés, avec l'accord de la direction médicale, pour diminuer ou arrêter les gardes ou le travail de nuit, ou pour aménager les horaires des personnes concernées.

Au niveau personnel, les infirmiers-ères peuvent aussi changer de service, pour un horaire plus conciliable, comme l'hospitalisation de jour, par exemple, ou encore diminuer leur temps de travail.

Au fur et à mesure de la carrière infirmière, la fatigue mentale et physique se fait de plus en plus intolérable. Tous-tes les infirmiers-ères ne sont pas dans la possibilité financière de réduire leur temps de travail, ou de trouver des arrangements d'horaires avec leur chef de service, ou encore de bénéficier des allocations de l'ONEM. Tous-tes ne sont pas logé-e-s à la même enseigne. Pour ces personnes, notamment, le malaise professionnel quotidien ne fait que s'accroître.

Une des compensations les plus importantes consiste à réduire ou alléger son temps de travail. Différentes ressources sont disponibles. D'abord, il est possible, pour certain-e-s infirmiers-ères, de bénéficier d'une sorte de prépension, à 58 ans, moyennant 35 années de service à temps plein. Il est évident qu'ici on parle de réduction de travail maximale, puisque c'est un arrêt de travail anticipé.

A) PRÉPENSIONS

Les modalités de la pension ou prépension semblent assez floues pour toutes les personnes interrogées, comme s'il était encore trop tôt pour elles d'y songer. De manière générale, les bonnes informations manquent concernant leur salaire de (pré)pension ou l'âge auquel il serait légal d'arrêter de travailler tout en gardant un salaire correct.

Ou alors des prépensions un peu plus tôt, ça on aurait pu faire peut-être. (...) Y a plus de prépensions, ça fait 60 ans, je crois qu'on doit travailler jusque 60 ans. Moi je m'étais toujours dit, quand j'en avais 45, je travaillerai jusque 58 et après je m'arrêterais. Maintenant, si je m'arrête, moi, à 58 ans, je ne suis plus payée non plus, donc, euh, j'ai quand même encore besoin d'être payée aussi. Donc, ça je trouve que c'est un aménagement qu'on aurait pu garder. (Agnès, 56 ans)

C'est flou, car nous avons des informations erronées, différentes d'un endroit à l'autre. (...) Il y a une collègue qui va prendre sa prépension à 58 ans, elle a déjà 2 ans et demi de préavis à prester donc, je ne sais pas combien de temps... (...) parce que X que je vous ai citée là elle a choisi d'aller au 5ème, c'était ¾ temps or qu'elle faisait aussi temps plein. Et elle a eu un aménagement de fin de carrière. Alors j'ai jamais bien compris, elle touche son ¾ plus une indemnité, genre chômage ou quoi... (...) Encore autre chose, je ne sais pas. C'est encore un autre aménagement des 55 ans. (Laure, 60 ans)

⁷⁶ <http://www.onem.be> (site consulté en avril 2017).

D'ailleurs, je pense que je vais, parce que je dois aussi me renseigner, je pense on est obligé de demander sa prépension, on ne peut pas dire, à 60 ans, j'arrête. Il faut demander sa prépension quitte à continuer à travailler. Ce que je trouve une aberration, quand je trouve que quand on décide d'arrêter, je ne dis pas qu'il ne faut pas faire son préavis, (...) mais demander à 57 ans de peut-être arrêter de travailler à 58 ans pour être sûr qu'on va pouvoir arrêter de travailler à 60 ans, parce que si on ne le fait pas, on doit travailler jusqu'à 65 ans, je trouve ça une aberration ! Et ça je trouve, on est beaucoup trop carré. (Pascale, 56 ans)

B) INTERRUPTIONS DE CARRIÈRES OU CONGÉS PARENTAUX

Ensuite, des interruptions de carrière ou des congés parentaux peuvent aider à diminuer son temps de travail tout en continuant à gagner un pourcentage de son salaire initial.

Si je n'avais pas eu les VAC ? Non, je ne sais pas. J'aurais à ce moment peut-être réduit le temps de travail, moi je pense, parce qu'à partir de 50 ans on peut, avec la pause carrière, des trucs comme ça. (...), pause carrière à partir de 50 ans, donc on travaille 4/5, il y a 1/5 de pause carrière, je crois que c'est possible. Mais je ne m'informe pas pour ce moment-là, parce que j'aurai des VAC et automatiquement je vais travailler moins. Mais si je n'avais pas les VAC, certainement, à partir de 50 ans, je m'aurais informé et j'aurais peut-être pris un 1/5 de pause carrière et 4/5 de boulot, quoi. (Paul, 49 ans)

Une de mes collègues chef de service d'hôpital de jour (...) a droit au congé parental, c'est-à-dire qu'elle a pris un congé parental à 4/5ème et que ça, c'est accordé, donc euh ben, pour l'instant, elle a eu droit, donc pendant 15 mois pour chaque petit, elle a un 4/5ème, hein, mais (...) quand elle aura épongé le congé parental du dernier, (...) je ne sais pas ce qu'elle fera parce qu'elle me dit, et elle n'a pas non plus trop envie de recommencer à temps plein donc je crois que, pour les infirmières, il y a des choses à faire. (Denise, 51 ans)

[Quand Nicole a changé de service, elle a été obligée de choisir 50% ou 80%, ils ont alors trouvé la solution de 80% mais avec une pause carrière de 20%, payée par l'ONEM. Comme elle avait plus de 55 ans, elle peut garder cette pause carrière jusqu'à la fin de sa carrière.] Quand je l'ai demandé, donc, j'avais 55 ans et donc, à partir de cet âge-là, on peut, on l'a définitivement jusqu'à la fin de sa carrière. (...) Maintenant je ne dis pas que je n'envisage pas encore de rediminuer de, voire à passer à 50% de pause carrière. (Nicole, 62 ans)

C) CHANGER SON ETP

Et enfin, pour celles et ceux qui peuvent se le permettre financièrement, changer son équivalent temps plein est facilement négociable au sein d'une institution de soins. Bien avant toutes ces mesures officielles, le choix du temps partiel, en fin ou en cours de carrière, a toujours constitué une forme de conciliation entre le temps professionnel et le temps privé. C'est aussi un choix (réel ou contraint) opéré plus volontiers par les femmes⁷⁷.

[Elle a demandé un temps partiel] parce que, je ne sais pas moi, en vieillissant je trouve que c'est intéressant d'avoir un petit jour et puis point de vue familial, point de vue pécunier, ça allait, je me suis dit « pourquoi pas ». (...) De toute façon, bon, j'ai quand même besoin d'argent pour vivre aussi, donc une diminution de travail, parce que c'est vrai que je pense que l'idéal serait travailler 6h par jour. (...) Et 5 jours par semaine, à la limite. (Patricia, 54 ans, 80%)

Diminuer son temps de travail, c'est diminuer son salaire et c'est vrai qu'on est toutes à peu près dans la même situation : 40-45 ans, les enfants à l'université, et...non ! (...) Pour la grosse majorité ce n'est pas une solution. On a besoin de son salaire. (...) [Si elle quitte sa position de chef pour redevenir infirmière, elle diminuerait son temps de travail.] Certainement, parce que là aussi c'est toujours le même problème de la profession, je gagne moins comme infirmière-chef que comme infirmière faisant les pauses. Alors si je redeviens infirmière, je fais les pauses, j'ai donc des primes et donc je peux

⁷⁷ Ce point sera explicité plus en détails dans le chapitre prochain (CHAPITRE 8 – *Homo sociologicus*).

diminuer, pour le même salaire, je peux travailler à 75%. (...) Si je veux redevenir infirmière, je diminuerais mon temps de travail. (Séverine, 49 ans, 100%)

Diminuer son temps de travail est forcément une solution, quand les capacités physiques s'amointrissent ou en cas de problème de santé éventuel. Donc, c'est un mal nécessaire pour se préserver.

Je n'ai rien prévu, je pense que ça sera comme je le sentirai. Si je commence à me sentir trop fatiguée, alors j'envisagerai de réduire et tant que je tiens bien comme ça, ça va très bien comme ça, je continuerai comme ça. (...) Ici, je pense, parce que surtout que maintenant en plus la pension ce n'est pas 60 mais 65 ! Il faut tenir jusque-là et c'est vrai, et je veux le croire, que beaucoup de gens le disent, ce sont 5 années qui font une très très grande différence au point de vue de la capacité physique de travailler encore pour une personne, pour des horaires irréguliers. Donc je pense que c'est, je veux dire, de pouvoir avoir des jours de congé pour alléger c'est quelque chose d'important si elle veut tenir le coup le plus longtemps possible. (Nadine, 47 ans, 75%)

Le jour où ça n'ira plus, et bien je prendrai un temps partiel. Voilà, mais maintenant je préfère travailler à temps plein. (...) Si je ne suis plus physiquement, je prendrai un temps partiel, ça c'est sûr, mais tant que je suis physiquement, euh, je veux continuer à temps plein. (...) Ce n'est pas un besoin financier. Ce n'est absolument pas un besoin financier, c'est pour ma satisfaction personnelle. (Sylvie, 50 ans, 100%)

L'idéal pour certain-e-s serait de pouvoir diminuer son temps de travail progressivement jusqu'à un mi-temps vers 60-65 ans, sans diminuer le salaire. Autrement dit, les dispenses de travail, déjà instaurées, devraient être renforcées et prolongées, afin d'assurer une meilleure transition vers la pension et de soulager quelque peu la lourdeur des tâches infirmières, tel un temps partiel.

Je trouve que temps plein en avançant en âge, c'est quand même lourd. (...) Si j'arrive vers 55 ans, ça pourrait être très gai de venir travailler pour se faire plaisir mais en profitant aussi pour vivre, (...) vivre un peu à l'extérieur quand même (...), mais je vous dis, suivant ma situation familiale. (...) Moi en tous les cas, j'espère travailler jusqu'à la pension, ça certainement. (...) Ce qui serait très bien c'est de pouvoir progressivement diminuer pour arriver à un mi-temps vers 55 ans et terminer ses 5 dernières années en mi-temps. Là ça me plairait. Ça pourrait faire en sorte que les personnes restent plus longtemps, et je pense qu'à ce moment-là, c'est peut-être moins vraiment dans tous les soins, mais on apporterait beaucoup au niveau bien-être aux patients et à l'équipe parce qu'on a fait beaucoup d'années. (...) Si financièrement je peux me le permettre, je pense qu'à 55 ans, 50-55 ans, je diminuerai encore un petit peu [le temps de travail]. (...) Je crois que vers 55 ans que dans notre profession ça devient lourd. Physiquement, ça devient lourd. (Michèle, 46 ans, 100%)

Pouvoir diminuer son temps de travail constitue donc pour certain-e-s une forme de compensation au maigre salaire, mais ce n'est pas possible pour la plupart des chefs infirmiers-ères qui sont obligé-e-s de rester à temps plein. Ne pas avoir cette possibilité d'agencement ne fait que renforcer l'insatisfaction ou le malaise infirmier. Si le temps plein du cadre était diminué, il faudrait alors engager une sorte d'adjoint-e pour un petit pourcentage de travail, ce qui semble poser problème pour nombre d'hôpitaux.

J'ai choisi les jours de congé parce qu'en fait, je vais, quand j'ai demandé, j'avais demandé à mon directeur en soins infirmiers pour faire un 4/5ème. (...) mais il m'a dit non, il m'a refusé parce que je suis chef de service, en tant que chef de service, je ne peux pas prendre un temps partiel. Je ne suis pas accrochée à ma place, il me dit « tu peux partir, tu peux partir mais enfin tu reviens dans l'équipe, quoi, quelqu'un d'autre sera chef ». (...) Le chef, ici à la clinique de [lieu de l'hôpital], c'est à temps plein. (...) Je pense que la loi dit aussi que le chef de service, je pense, doit être euh officiellement à temps plein. (...) Faudrait révéifier ça, parce que je suis sûre et certaine que dans certaines cliniques y a des chefs de service à temps partiel. Je dis pas des gros temps partiels, hein, je dis un 4/5ème ou un ¾ temps ou, ça j'en suis sûre et certaine, mais je n'ai pas d'exemple, là. (Denise, 51 ans)

Beaucoup de mes collègues chefs de service ont mon âge et ils attendent, parce que c'est vrai que je pousse un peu la charrette pour ça, mais ils attendent qu'on me dise oui pour rentrer leur candidature, quoi. (...) Parce que, et tous, on est persuadés, mais tous, tous, tous que notre service tournera

toujours, je vais pas dire aussi bien sans nous, mais euh avec quelqu'un d'autre, pourquoi pas avoir un adjoint, quoi. (Denise, 51 ans)

C'est ma place de chef qui est, qui pose problème. Parce que y en a plein, je vois par exemple ici, euh, j'ai des collègues de plus de 50 ans qui ont pris une pause de, j'aurais pu avoir une pause carrière sociale, c'est-à-dire que je pourrais prendre un $\frac{3}{4}$ temps et avoir $\frac{1}{4}$ temps pause carrière sociale qui n'handicape pas du tout mon, ma pension plus tard, qui est considéré comme si j'étais restée à temps plein. Et la pause carrière sociale est davantage payée que la pause carrière normale que prend une jeune maman ou quelque chose comme ça. Mais ma place de chef de service me l'interdit de nouveau. En fait, en fait, ce que je veux dire, en tant que chef de service, la seule chose qui m'est accordée légalement, c'est l'aménagement de fin de carrière. (...) Je viens d'être en congé 15 jours, j'ai une de mes jeunes collègues en qui j'ai une confiance absolue qui m'a remplacée les 15 jours, j'ai retrouvé mon service comme je l'avais laissé. J'ai beau défendre cette opinion-là, c'est niet. (Denise, 51 ans)

Pour Jean, c'est l'inverse, son hôpital a accepté la diminution du temps de travail des chefs infirmiers.

Dans le temps ça a été des discussions aussi, [les temps partiels] pas pour les chefs infirmiers, donc je sais que la direction n'aimait pas, il faut que le chef infirmier va toujours travailler temps plein mais ça c'est fini ! Donc c'est bien dans l'esprit maintenant de la direction qu'un chef ne doit pas travailler temps plein. [Il peut travailler] à temps partiel, il peut. (Jean, 48 ans)

CHAPITRE 8 – HOMO SOCIOLOGICUS

Dans l'enquête NEXT, le concept d'*homo sociologicus* a été décomposé en 4 dimensions de satisfaction vis-à-vis de la reconnaissance, des relations avec les supérieurs, les collègues et de la violence au travail. Au niveau descriptif, les moyennes des indicateurs de l'*homo sociologicus* (voir Figure 16, p. 147) montrent d'emblée une certaine satisfaction générale : sauf pour l'indicateur de violence où la moyenne est très basse (16,4), les trois autres indicateurs présentent des moyennes autour de 38. On ne peut donc pas vraiment parler d'insatisfaction pour tout ce qui touche aux relations sociales professionnelles. L'indicateur de violence ou de harcèlement au travail est même celui dont la moyenne est la plus basse pour la totalité des indicateurs de malaise ; pourtant, il nous avait été soufflé par l'analyse en composantes principales elle-même.

De même, il est pratiquement impossible d'établir des profils types d'infirmiers-ères en insatisfaction sociale. Seules deux variables semblent significativement liées aux quatre indicateurs : l'expérience en années passées pour le même employeur et la mauvaise santé influencent l'insatisfaction quant à l'*homo sociologicus*. L'expérience est encore plus prégnante pour l'indicateur de reconnaissance : au plus l'individu a travaillé dans plusieurs établissements, au plus il est insatisfait. Par contre, au plus il a passé du temps dans le secteur des soins de santé (16-25 ans), au plus il se sent reconnu. Aussi, les infirmiers-ères qui souffrent le plus de violence au travail ont moins de possibilité pour faire garder leurs enfants et sont de sexe masculin.

Dans la régression linéaire des indicateurs de malaise sur l'intention de départ, seul l'indicateur de reconnaissance reste significatif. Les indicateurs de relations avec les supérieurs et les collègues, ainsi que l'indicateur de relations de violence perdent toute significativité. Au sein de l'*homo sociologicus*, la volonté de départ se joue donc davantage dans le manque de reconnaissance. Plus le manque de reconnaissance est grand, plus l'infirmier-ère pense à abandonner son métier. Ce résultat est un des plus inattendus de l'enquête quantitative, et au demeurant relativement vague.

En effet, le manque de reconnaissance peut provenir de plusieurs sources, allant du patient aux médecins, de la société à la direction médicale de l'hôpital, du-de la chef infirmier-ère aux collègues infirmiers-ères, du service financier aux politiques de santé publique, des autres métiers paramédicaux jusqu'à soi-même. Le manque de reconnaissance sociale des infirmiers-ères peut se répartir en plusieurs niveaux : institutionnel (les directions des institutions de soins), fonctionnel (les autres soignant-e-s, hiérarchiquement supérieur-e- ou non), culturel (les patient-e-s et leur entourage, les autres relations sociales) et enfin, personnel (l'infirmier-ère lui-elle-même).

D'ailleurs, ce manque de reconnaissance sociale est ancré depuis toujours dans le métier. Les premiers hôpitaux médiévaux, ou hospices, offrent toutes sortes de soins aux personnes de passage peu fortunées. Dans l'esprit de la charité chrétienne, le soin est donc un geste dirigé pour les plus démunis-e-s, tandis que les plus nantis peuvent déjà bénéficier de soins dits plus « médicaux », à domicile. Un rapport de pouvoir entre les classes est bien à l'œuvre entre deux formes de soins : à l'hospice ou à domicile. Aussi, à l'hospice, les tâches sont réparties selon les sexes : les travaux d'entretien de la maisonnée sont masculins et les soins aux personnes sont davantage féminins. Les premiers-ères *enfermiers-ères* sont alors des domestiques ou servant-e-s.

Par la suite, la récupération de ces hospices par l'Église mettra des femmes religieuses en charge de toutes les tâches ; le soin aux pauvres devient alors majoritairement féminin. Un double rapport de pouvoir existe donc, associant le soin au féminin et aux classes défavorisées. Le soin

devient l'apanage des femmes, mais il reste sous le joug du médecin masculin, dirigeant et contrôlant non seulement les religieuses, mais aussi les domestiques de l'hôpital. Avec la création du métier infirmier, ces relations de pouvoir s'impriment davantage : le soin « infirmier » reste prodigué par des femmes, mais sous le pouvoir des hommes médecins. Toujours positionné-e comme subalterne, l'infirmier-ère ne doit pas empiéter sur le pouvoir médical et leur formation doit rester minimale. Le métier naît en Belgique de l'initiative médicale, dans un rapport hiérarchique vertical, pour être au service du patient.

Un double rapport de pouvoir, entre sexes et entre classes, existant avant même la création du métier infirmier, persiste donc au fil de l'histoire. D'abord, le rapport de pouvoir entre sexes est aussi double : aider le médecin dans ses soins doit rester féminin, les hommes en sont donc exclus, mais les femmes infirmières restent soumises aux ordres du médecin homme. Ensuite, ce double rapport de pouvoir entre sexes est aussi couplé d'un rapport de pouvoir entre classes : le médecin gardant le pouvoir décisionnel au sein de l'hôpital et ne daignant pas le partager avec les infirmiers-ères.

Dans l'*homo sociologicus*, toutes les relations sociales des infirmiers-ères sont donc teintées de divers rapports de pouvoir, impliquant reconnaissance ou manque de reconnaissance. Ces diverses relations de pouvoir, récurrentes et persistantes, font partie intégrante du métier infirmier, définissant presque son identité. « C'est l'espoir d'être reconnu qui joue un rôle fondamental dans la possibilité de continuer à travailler en s'impliquant dans ce que l'on fait et sans tomber malade » (Molinier, 2011, p. 344). Une bonne partie de l'*homo sociologicus* est donc constitutive du métier infirmier. Pourtant, un nouveau manque de reconnaissance est également à l'œuvre dans des rapports générationnels, confrontant différents paradigmes professionnels.

Dans ce chapitre, les manques constitutifs de reconnaissance aux niveaux institutionnel et relationnel seront d'abord abordés, notamment à travers les concepts d'intermédiation culturelle et d'intersectionnalité⁷⁸. Dans un deuxième temps, il s'agira d'exposer ce qui est nouveau dans l'*homo sociologicus*, à savoir les rapports entre générations révélant des *ethos* de travail différents et un changement de paradigme. Et enfin, la dernière partie de ce chapitre étudiera les différentes compensations ou stratégies utilisées par les protagonistes pour pallier le manque de reconnaissance ou pour contrer le changement paradigmatique.

1. *Homo sociologicus* constitutif : manque de reconnaissance

Avant de ventiler le manque de reconnaissance selon différents niveaux, voyons ce que les infirmiers-ères interrogé-e-s dans les entretiens en disent de manière générale.

Et alors, il y a tout, mais ça c'est général, la considération qu'on a pour l'infirmière. Certaines infirmières, dans certaines unités comme les soins intensifs, ça a un petit peu une certaine aura, mais on n'est pas respectueux avec les infirmières, et les malades non plus. (...) Une certaine, moi j'ai dit, valorisation financière, valorisation psychologique, mais ça, comment est-ce qu'on va y arriver, hein ? (Pascale, 56 ans)

C'est un très beau métier, moi si je change je refais de nouveau en premier, c'est un très beau métier mais ils doivent pas profiter de nous. (...) Un très beau métier, mais c'est nous aussi qu'on doit être un

⁷⁸ Ces deux concepts n'étaient pas encore étudiés lors de la récolte des données qualitatives, donc ils ne figurent pas dans le guide d'entretien. C'est par la suite, dans l'analyse catégorielle, qu'il a semblé pertinent de les utiliser. Il en découle que les données récoltées semblent parfois lacunaires, surtout en ce qui concerne les rapports de pouvoir entre sexes et races. Il serait donc intéressant de récolter de futures données particulièrement sur ces rapports de pouvoir.

peu plus fier de notre métier, hein. Parce qu'il y a beaucoup d'infirmières derrière leur tasse de café, elles sont en train de dire, ça ne va pas, ça ne va pas, ça ne va pas. Tu dois te montrer fier de ton métier et tu dois te laisser respecter par tout le monde, même un médecin il doit te respecter. (Sabine, 52 ans)

Dans l'extrait ci-dessous, Pascale dit aux plus jeunes de se faire respecter tout en respectant les règles, or plus loin elle révèle le contraire : que c'est important de ne pas être considéré. Est-ce un lapsus révélateur de la normativité de la non-reconnaissance ?

*Moi je dis toujours à une infirmière quand elle commence, je dis « écoute, tu es une infirmière, tu fais ton travail, ton travail le mieux possible, le mieux possible pour que tu n'aies pas à recevoir des remarques. Mais si tu as une remarque et qu'elle est non justifiée, tu dois le dire, soit à la personne qui te l'a faite, soit référer à ta chef. **C'est important que tu sentes que ce que tu as fait ne soit pas considéré, en fait, par tout le monde.** » (Pascale, 56 ans)*

Comme déjà évoqué plus haut, l'origine du métier infirmier tient davantage d'une certaine servilité. Avec le temps, le-la servant-e devient le personnel auxiliaire. Puis, de garde-malade, on passe à infirmier-ère. Petit à petit, leurs tâches se sont spécifiées, leurs études se sont allongées et un métier est né. À l'heure actuelle, on ne sait plus très bien si l'on doit parler de métier ou de profession, tant le processus de spécialisation s'est accéléré. Avec le passage de la formation initiale à 4 années, le métier infirmier se professionnalise.

Le fait que les infirmiers-ères doivent notifier chacun de leurs actes montre qu'il existe une surveillance de tout ce qu'ils-elles font, mais aussi une volonté d'objectiver les actes infirmiers. Pourtant Pascale, par exemple, dit savoir ce qu'elle fait et ce qu'elle a à faire, qu'elle voit ou sent des choses qu'elle n'a pas envie d'objectiver dans un dossier. L'objectivation des actes peut aussi permettre une professionnalisation, donc une reconnaissance du métier, mais le fait de parler d'intuition ou de sensation peut alors desservir cet impact de professionnalisation.

Pas besoin de surveillance, moi, je connais, je sais ça par cœur, enfin, pas par cœur mais je vois les patients, je sens, mais je dois toujours marquer dans le dossier. (Pascale, 56 ans)

Associer le métier infirmier avec la vocation dessert également la professionnalisation, car renvoie systématiquement au ressenti dit « féminin » d'un non-expert, comme si on naissait avec le don du soin ou pas. Comme si on était appelé génétiquement (ou divinement) pour soigner les autres. Il est temps d'opposer l'image de la nonne, qui travaillait gratuitement dans le désintéressement et le dévouement, de manière « dirigée par Dieu et la foi », à celle de l'infirmier-ère moderne, qui est rémunéré-e (donc reconnu-e par la société) pour effectuer des tâches apprises longuement, en théorie et en pratique. Utiliser le terme « vocation » est donc synonyme de dégradation de l'activité infirmière.

[C'est un métier à vocation.] Ça je suis fâchée quand on dit ça, je n'aime pas. (...) Parce que pour moi, ce n'est pas, quand on parle de vocation, moi je trouve que c'est plus quand c'était l'époque des nonnes dans le temps, et qui faisaient ça vraiment gratis pro deo tous leurs soins. (...) Mais ici je dirais que c'est parce qu'on aime ce travail-là, mais ce n'est pas une vocation. (Patricia, 54 ans)

Pourtant, la vocation peut aussi être construite. Philippe Charrier s'est intéressé en France au métier de sage-femme pour les hommes (2008; 2013) et il observe chez ces hommes une forme de vocation *a posteriori*. Alors qu'on imagine bien l'aspect de l'appel religieux dans la vocation de prime abord, Charrier souligne « une fissure dans la logique de l'empathie. (...) La vocation (...) peut se construire indépendamment d'un état (celui de femme). (...) Ces hommes envisagent la vocation non pas comme une détermination, mais bien plus comme la construction d'une relation personnelle avec la profession ou le métier qu'ils exercent » (2008, p. 236). Il est intéressant ici de nuancer ce terme de « vocation » qui peut soit être déterminant pour « l'appelé-e », soit culpabilisant pour qui ne la ressent pas : trouver sa voie professionnelle n'est pas de l'ordre du divin ou du magique, mais bien du construit progressif, tout au long de son éducation, à domicile ou à l'école. Mais si la vocation arrive plus tard, après plusieurs

expériences professionnelles, son ancrage identitaire semble même plus juste, personnel et perdurant. « La vocation telle que la conçoivent les hommes sages-femmes n'est pas celle qui conduit la praticienne à s'identifier à la parturiente, mais bien au contraire à s'en distinguer. (...) Les hommes reposent (qu'ils le veuillent ou non), par leur seule présence, la question de l'identification de la profession au genre féminin. Lorsqu'ils parlent de vocation, (...) c'est une vocation construite, qui vient au fur et à mesure de la formation » (Charrier, 2008, p. 237).

Plus de mixité professionnelle peut donc amorcer une forme de distanciation : « la présence masculine peut servir d'appui aux revendications des femmes en matière de professionnalisation des activités de *care* » (Le Feuvre & Laufer, 2008, p. 212). Ne fut-ce que la présence masculine dans la profession de sages-femmes remet en cause la dénomination professionnelle : « le débat autour de cette dénomination (...) a cela d'original chez les sages-femmes, qu'il les pousse collectivement à la réflexion, pour savoir s'il convient de donner une version masculine à une profession ostensiblement féminine, (...) mais aussi si ce n'est pas le moment de se désigner (...) par une dénomination plus neutre du point de vue du genre » (Charrier, 2008, p. 238). Si le débat pour changer leur dénomination n'est pas concluant, une reconstruction étymologique est plutôt de mise : « sage-femme ne ferait pas référence à une "femme sage" mais à une personne (non déterminée par son sexe) exerçant une compétence (un savoir) sur la femme. Dans ces conditions, l'homme et la femme sont tout aussi légitimes l'une que l'autre » (Charrier, 2008, p. 240). Aussi, pour légitimer leur rôle de sage-femme auprès des parturientes, les hommes sages-femmes doivent construire une relation professionnelle, qui semble parfois « naturelle » de la part d'une femme sage-femme. « Ce n'est pas le rôle sexué qui est mobilisé par ces hommes, comme il peut l'être par les femmes sages-femmes (...), mais le statut professionnel à partir duquel ils œuvrent. Cela leur permet de mettre à distance l'obstacle de l'empathie "naturalisée", (...) comme si leur situation face à l'empathie les obligeait en quelque sorte à donner des gages de professionnalité dans leurs pratiques » (Charrier, 2013, p. 251).

L'utilisation du terme « vocation » révèle donc aussi la difficulté de se sentir reconnu-e comme infirmier-ère. La reconnaissance du métier ne semble pas aller de soi et demeure complexe. Nous allons tâcher d'en discuter ici d'abord sous l'angle institutionnel, et ensuite sous l'angle relationnel.

A. Manque de reconnaissance institutionnelle

Des signes de valorisation de la part de la direction de l'institution de soins, voire même d'un service particulier, sont attendus des infirmiers-ères.

Les derniers temps, tu sais ce qu'ils font aussi, c'est toujours dire, il y a beaucoup de jeunes qui rentrent dans notre métier et il y a beaucoup de choses pour les jeunes qui rentrent, hein, tu dois utiliser, accompagner, éduquer, il y a beaucoup de choses pour les jeunes. Mais ils oublient un grand morceau des gens qui travaillent déjà des années et bien ils sont là, ils sont là. « Tirez votre plan, tirez votre plan, avancez dans la vie, continuez », il n'y a personne qui va une fois demander « ça va avec vous ? » ! Ils font plein de choses pour avoir des jeunes, c'est normal, promotion, promotion, promotion, et qui fait une fois promotion pour tous ces gens de 45, 50 et 60 ans qui sont déjà ici des années, des années et des années ? Qu'ils disent une fois merci parce que vous êtes restée fidèle à votre hôpital. « Merci Madame ! » Non, moi je ne dois pas avoir un merci quand je suis pensionnée, je vais écrire ma carte moi-même, hein ! Moi je veux pas le dernier jour un merci. Un merci, on doit le dire tous les jours ! Pas tous les jours mais de temps en temps. Ou une fois venir en salle et dire : « écoutez, j'ai vu que c'est lourd, vous avez bien fait votre travail d'équipe, chapeau ! » Ça les gens ils veulent entendre. (Sabine, 52 ans)

Bon je me dis aussi qu'on n'est pas toujours valorisé, peut-être ici au niveau direction, au niveau entreprise, et là je me dis quelque part, c'est tout, quoi. Avant, c'est bête ça, un moment donné au nouvel an, ils offraient une tchiniserie [=une petite babiole] je ne sais pas, c'était un poste de télé,

c'était une lampe de poche, c'est fini, récession, etc. (...) Pourquoi ne pas faire un peu comme dans les cultures d'entreprises, un truc rassembleur, une grande fête, et je me dis quelque part, c'est ça aussi la motivation. C'est le fait de reconnaître. (...) Je parie qu'on organiserait, je ne sais pas, une grande fête, ou bal ou une activité en famille...et bien je dis là parfois, c'est là aussi la culture d'entreprise et je me dis que ça motiverait aussi. (...) Moi, je trouve, franchement, ça manque un peu, quoi. Et là, je me suis dit, j'ai maintenant plein de filles qui sont parties, je vais retrouver plein de nouveaux engagés, j'ai envie de dire « et bien tiens on va essayer de faire, on va encore un projet, on va vous proposer un truc en famille, une marche gourmande, une marche ADEPS, ou quoi, vivre avec le service et inviter la famille, quoi, le mari »...et je me dis quelque part ça peut recréer, nouer des liens. (Vinciane, 48 ans)

Mais parfois un moment donné quand on n'arrive pas à démêler, il faut aussi l'instance au-dessus, quoi. (...) Si le message passe bien, j'avais dit que je ferais appel à la médiatrice qui est quelqu'un ici dans l'institution. Non, non, je pense que si je vois je suis trop acculée, et que moi je n'en sors pas ou que moi j'ai besoin d'aide, de temps en temps j'ai besoin d'aide, de temps en temps, j'ai besoin de vider mon sac, hein ! (...) A ce moment-là, j'ai ma responsable aussi ou parfois une autre collègue... Ou la directrice adjointe, mais bon parfois, est-ce que c'est l'idéal, je ne sais pas, mais je pense que quand même oui, parce qu'elle est là quand même... (...) Quand on part en formation, et qu'on est quelques chefs de service, et bien on vide nos sacs, hein ! Mais sans méchanceté aucune mais on vide nos sacs, quoi, c'est tout ! (...) Sans prendre de susceptibilité, se décharger un peu ! (Vinciane, 48 ans)

Le manque de reconnaissance institutionnelle est palpable notamment dans le manque d'implication syndicale du corps infirmier ou par un manque de confiance dans les représentations syndicales. C'est un peu comme si, par essence, un-e infirmier-ère ne devait pas être syndiqué-e, comme si c'était contraire à la définition du métier. C'est difficile pour les interrogé-e-s de penser que des personnes sont en fait payées dans l'hôpital pour s'occuper de les défendre : soit les syndicats ne font pas leur travail, soit ils n'ont juste aucun crédit aux yeux des infirmiers-ères, qui n'imaginent pas pouvoir être défendu-e-s.

Cela fait écho au mouvement général de désyndicalisation, qui touche aussi les hôpitaux. En effet, en France par exemple, les salariés de l'hôpital, infirmiers-ères compris-e-s, ne semblent pas enclins à se syndicaliser, car les syndicats semblent rester en dehors des questions pratiques de l'organisation du travail (Sainsaulieu, 2008). Ils seraient dès lors remplacés par les cadres de santé, autrement dit les chefs de service en Belgique, qui joueraient alors le rôle de défenseur des droits des infirmiers-ères à l'hôpital. « La double solidarité des agents hospitaliers entre collègues et avec les patients constitue un frein à la grève plus puissant que les obligations de service » (Sainsaulieu, 2008, p. 88). C'est le patient et la paix de l'ordre social institué qui prime, avant les droits personnels des soignant-e-s. La nature informelle des interactions à l'hôpital échapperaient par nature aux syndicats, plus accrochés aux textes et à la formalisation. La seule lutte légitime demeure celle avec la maladie ; le soin reste difficilement compatible avec la grève.

Bon, je suis syndiquée, mais je ne vais jamais au syndicat, hein. Je me suis syndiquée parce que, par, pourquoi ? Parce qu'on me disait toujours « oui, mais alors on se plaint toujours que les gens ne sont pas affiliés, et gnagna », je me suis affiliée pour ce principe-là, mais je n'y vais jamais, je vais dire. (Agnès, 56 ans)

Oui, on a un syndicat, je ne suis pas syndiquée. (...) Faut dire que la clinique a connu pas mal de remous politiques et autres et je crois que les syndicats avaient plus de choses à côté, euh, dans des nominations et dans, je ne sais pas. (Denise, 51 ans)

Et alors c'est vrai qu'on n'est pas toujours bien représenté, parce que évidemment on ne marche pas beaucoup dans le système syndical parce qu'on ne veut jamais prendre le patient en otage, et tout ça, et alors, voilà, quoi. Mais on ne participe pas trop aux bagarres, le syndicat dans un hôpital c'est surtout pour tout le personnel qui gravite autour des infirmières et pas les infirmières, donc. (Nicole, 62 ans)

On retrouve aussi l'idée qu'il faut être infirmier-ère pour comprendre le métier et pour s'en occuper. Les autres non-infirmiers-ères ne sont pas légitimes, surtout s'ils-elles ont une position de pouvoir (comme direction ou cadres).

Moi, je ne parle pas avec le syndicat, je ne parle pas avec ces gens, je suis pas syndiquée. (...) Je suis contre tout ce qui est syndicat, s'il y a quelque chose qui doit venir, c'est vraiment (...) des infirmières. (...) Qu'une équipe s'occupe vraiment du métier, et d'être aussi du métier. Et pas des autres qui vont te dire, qui s'en moquent aussi. (Sabine, 52 ans)

Cette plainte vis-à-vis des syndicats est surtout marquée quand il s'agit des aménagements de fin de carrière qui ont été étendus à d'autres professions de l'hôpital (voir CHAPITRE 7 – *Homo œconomicus*).

Donc je ne trouve pas ça logique non plus, moi, que les ouvriers, les pompiers, électriciens, ici ou ceux qui travaillent dans la cuisine ont droit à la même chose que nous. Le but, c'était fait pour notre métier, après ils ont sauté dessus, ils se sont battus, maintenant ils ont reçu la même chose. Ça nous dévalorise un peu plus, surtout qu'ils ont souvent un syndicalisme plus fort que nous. (...) Ici, sur 10 gens il y a 6 ou 7 ouvriers, électriciens, pompiers qui sont dans le syndicat et pas d'infirmiers. Donc eux se battent. Ils ont raison. Mais ce n'est pas logique que eux ont reçu ça ! C'était fait, c'est « inventé » pour notre métier, ils ont sauté dessus. (Jean, 48 ans)

Ça le syndicat n'a pas bien compris, c'était un extra pour les infirmières. Et qui profite de ça ? Les autres ! (Sabine, 52 ans)

À l'heure actuelle, il n'existe pas encore d'ordre infirmier, contrairement en France, par exemple. L'on peut s'interroger sur la place que les syndicats prennent pour défendre et revendiquer les droits des infirmiers-ères. Seule l'UGIB⁷⁹ semble endosser ce rôle. Elle est composée de 36 associations de toutes les spécialités en soins infirmiers. Ses objectifs sont de :

- 1) Promouvoir et développer les soins infirmiers, les sciences relatives aux soins infirmiers et la qualité des soins infirmiers;
- 2) Rassembler les associations de praticiens des soins infirmiers dans le sens de la loi belge relative à l'exercice des soins de santé;
- 3) Représenter et défendre la profession et l'exercice des praticiens infirmiers, aussi bien dans leur intérêt professionnel que dans l'intérêt des patient-e-s qui leur sont confiés.⁸⁰

Les infirmiers-ères semblent alors plutôt faire confiance en l'une des associations composant l'UGIB, comme l'ACN⁸¹, par exemple, au lieu de leurs syndicats présents à l'hôpital. Ce foisonnement d'associations défendant les droits des infirmiers-ères témoignent non seulement d'un éclatement dans la reconnaissance générale et structurée, mais aussi d'un certain manque de reconnaissance institutionnelle au sein des hôpitaux.

B. Manque de reconnaissance relationnelle

Le manque de reconnaissance est visible par un manque d'implication institutionnelle syndicale, ou même par une recherche constante de professionnalisation. Mais qu'en est-il concrètement de ce manque de reconnaissance ? Comment se joue-t-il dans la profession au quotidien ? Nombreux sont les extraits qui traitent de manque de reconnaissance relationnelle.

Parce qu'il y a aussi la charge en soi, les patients qui sont mal, il y a des patients qui...et parfois on a dur aussi. (...) Il suffit qu'après la collègue ait critiqué parce que ci, parce que ça et puis bon, on part, il

⁷⁹ Union Générale des Infirmières de Belgique.

⁸⁰ <http://www.ugib.be/> (site consulté en juin 2018).

⁸¹ Association belge des praticiens de l'art infirmier.

y en a une qui parle mal du service, parfois je ne l'ai pas vu, parfois elle n'a pas envie de parler ou parfois il y a des choses qui se sont mal passées. (Vinciane, 48 ans)

Et d'exprimer ce qu'on est différemment, mais ça permettrait d'avoir moins de médisance, je vais dire, sur les collègues. (...) Oui, moi j'en ai marre, je ne veux plus ça [des critiques] (...) Oui, voilà, tout le temps, l'une sur l'autre. Mais je veux que ça reste plus franc quoi! (...) puis, les histoires qu'il y a eu entre elles, et des méchancetés quelque part, parce que ça ne va pas. Et alors dès qu'il y a parfois beaucoup beaucoup de travail dans le service et bien automatiquement il y a des râleries un petit peu. (Vinciane, 48 ans)

Pour mieux comprendre et structurer les dires des interrogé-e-s sur le manque de reconnaissance, deux concepts centraux sont utilisés : l'intermédiation culturelle et l'intersectionnalité.

1) Le modèle conceptuel d'intermédiaire culturelle

L'infirmier-ère se positionne continuellement entre différents acteurs (les médecins, les patient-e-s et leur entourage, l'institution de soins), et les soins infirmiers se situent entre différentes disciplines (les sciences biomédicales, les sciences humaines et les sciences de la communication). Selon Nadot, « prendre soin (...) c'est aussi occuper une position "d'intermédiaire culturelle" entre trois systèmes de valeurs qui ne sont pas en synergie » (2008b, p.365) : le système culturel institutionnel ou hospitalier, le système culturel de l'ordre médical et le système culturel des patient-e-s. L'infirmier-ère, que Nadot appelle aussi médiologue de santé, offre donc « des prestations de service à trois ensembles bénéficiaires (...) (les personnes soignées, le corps médical et l'institution de soins) » (2012, p.221). Les pratiques discursives de l'infirmier-ère se situent toujours dans « l'entre » : « entre la personne soignée et son environnement de vie ou son entourage. Entre la personne soignée et le corps médical. Entre la personne soignée et les représentants hiérarchiques de l'institution. Entre la personne soignée et d'autres interlocuteurs du système sociosanitaire. (...) Entre soi et l'autre, entre l'autre et les autres, entre le corps, le temps et l'espace, entre le sens donné aux contradictions du présent, entre la vie sociale, le monde naturel et le sacré, entre les savoirs et les croyances » (Nadot, 2012, p. 239).

J'ai dû vraiment apprendre à travailler dans le triangle parents, enfant et les infirmières, ça j'ai eu du mal au début à trouver la bonne place. (...) Il a vraiment fallu que je trouve la bonne place. (Carole, 49 ans)

Normalement, ce sont les infirmières d'étage qui ont les protocoles, les ordres post-opératoires qui font tout ce travail mais régulièrement elles ont besoin d'aide. Elles ont plein de questions, ou des gens qui sont...où l'analgésie est insuffisante et sinon ils doivent téléphoner à l'anesthésiste qui est occupé aussi en salle, et donc je fais l'intermédiaire et les patients sont beaucoup plus vite et facilement aidés. (Bénédicte, 48 ans)

[Comme il est responsable du matériel en soins intensifs, Paul se retrouve entre les fournisseurs et les infirmiers-ères qui dépendent de lui pour que les réparations soient faites.] Et donc les pannes et les trucs donc j'essaie de réparer ou bien je contacte le service biomédical ou je téléphone à des firmes pour venir réparer ou faire réviser et donc je dois faire plus sur un plus court moment ! (Paul, 49 ans)

Les chefs infirmiers ont aussi une position d'intermédiaire particulière, car ils se situent notamment entre les infirmiers-ères de leur équipe et le reste de la hiérarchie. Tous les chefs infirmiers interrogés se plaignent de ce rôle difficile.

Le boulot de fait, je vais dire, au point de vue des patients, est déjà de faire le lien entre les familles et les pédiatres, entre les familles et mon équipe, je suis un peu le, c'est-à-dire que parfois, c'est un peu un triangle, les informations me reviennent toujours. Soit que ce sont les infirmières qui me disent « dis, j'ai parlé avec cette maman-là, elle a tel et tel tracas, mais elle ne veut pas en parler au pédiatre », et bien moi je le fais quand c'est un problème social, donc j'appelle le service social ou j'en informe le

pédiatre ou voilà. (...) Je fais le lien oral. (...) Je suis aussi chargée quand un nouveau matériel acquis, ben, donc y a aussi des réunions de formation, soit d'appeler la firme pour qu'elle vienne expliquer. (Denise, 51 ans)

C'est difficile comme chef, parce que comme chef vous êtes le moteur entre sandwiches. Tu dois toujours rouler ou vous sentez que tu dois rouler. Si tu dis la vérité tu es vue. (Sabine, 52 ans)

C'est ce qui est demandé, qu'on soit là la journée. On veut bien nous aider à ne pas faire les week-ends, à faire les nuits, mais ça arrive parfois qu'on y soit obligé mais on me demande d'être là la journée parce que s'il y a des problèmes c'est sur la chef de service qu'on va se retourner. Donc voilà, que ce soit au niveau direction, à n'importe quel niveau. Mais c'est vrai aussi, on est un peu aussi le maillon, on est un petit peu, toujours un peu les intermédiaires entre la direction médicale, entre les médecins de l'étage, entre les infirmières, entre les familles, l'assistante sociale, la kiné, la... Voilà, malgré tout, on reste un maillon central, hein. (Vinciane, 48 ans)

Le rôle de Vinciane est de : 1) être infirmière, 2) faire le tour avec les médecins comme chef infirmière, 3) annoncer les mauvaises nouvelles avec les médecins, 4) contacter les assistants sociaux, et 5) être bureaucrate :

Ça dépend des périodes quoi, pour l'instant, [je travaille] plus comme infirmière, c'est sûr, quoi. Et alors, par exemple, les périodes hors congés ou...à ce moment-là j'arrive un peu plus à travailler comme infirmière en chef. Mais infirmière en chef, vous devez aussi bien aller faire le tour avec les médecins, etc., je n'ai jamais un coup de main si il faut, voilà quoi. Et je ne saurais pas rester tout le temps, tout le temps derrière mon bureau non plus quoi. (...) Il faut que je contacte les assistantes sociales, (...) peut-être aller avec le médecin annoncer une mauvaise nouvelle, et ça c'est aussi le rôle de l'infirmière en chef. (...) De toute façon, je ne pourrais pas être une infirmière bureaucrate. Non, parce que il y a des choses que je louperais. (Vinciane, 48 ans)

Une particularité des chefs infirmiers est qu'ils-elles doivent régulièrement travailler comme infirmière pour pallier le manque de personnel : cette ambivalence hiérarchique est compliquée à supporter.

Y a eu un petit peu des restrictions de personnel suite à des, à des congés de maternité qui ne savaient pas être remplacés (...), si bien que j'ai senti que mon boulot était plus important vraiment en me mettant plus dans l'équipe, donc j'ai commencé à 7h du matin, à ce moment-là. [Elle fait parfois des nuits ou des week-ends au pied levé] parce que c'est un peu la période de restriction qui est comme ça. (Denise, 51 ans)

Je travaille maintenant pendant les vacances pour remplacer des gens qui ont leur week-end. Trop peu de personnel. Comme bouche-trou ! (...) Je travaille pas plus que 4 week-ends par an. (Jean, 48 ans)

La grosse difficulté du métier (...) c'est qu'on (...) a deux casquettes en permanence et c'est là la lourdeur. Il y a des jours, mais on doit dépanner comme infirmière et puis on doit quand même faire la gestion de l'équipe et ça, ça fait beaucoup. (...) Il faudrait vraiment que les infirmiers chefs soient retirés partout du staff. (...) C'est 2 métiers très différents (...) De faire les deux en même temps de manière continue, où on est tiraillée entre les deux, on n'a jamais sa tête. Je dis de manière assez courante, je suis la plus mauvaise infirmière du service et finalement une mauvaise chef parce que je ne fais aucun à fond. (...) C'est ça qui donne la frustration, à un certain moment on se dit « ah non maintenant ça suffit je préfère devenir infirmière » et je sais ce que j'ai à faire de mes journées et puis je peux le boucler, que de jongler entre les deux. (Séverine, 49 ans)

Les infirmières sont donc tiraillées entre différentes personnes, entre différents styles de langage et de communication. Les chefs infirmiers le sont d'autant plus puisqu'ils exercent deux métiers à la fois. Cette double casquette subsiste particulièrement en cas de manque de personnel, qui est récurrent. En France, les chefs de service infirmier sont appelés « cadres infirmiers » ou « cadres de proximité » et font également partie des professions intermédiaires. En effet, selon Sophie Divay, ces personnes cadres doivent constamment articuler plusieurs niveaux de relations : « médecins, soignantes, patients, familles, personnels technique et administratif, travailleurs sociaux, membres de la direction, etc. Elles sont à la croisée d'une

multitude de professionnels qui participent au fonctionnement du service dont elles sont responsables » (2013, p. 137). Aussi, « avec les restrictions budgétaires dont les établissements de santé font l'objet, elles gèrent davantage le manque de personnel que le personnel en tant que tel » (Divay, 2013, p. 138). Ces cadres infirmiers doivent donc faire plus en moins de temps, continuer à gérer les relations et les conflits entre les différents agents et s'occuper des tâches administratives et gestionnaires. Ils jouent un rôle d'« interface », ou de « courroie de transmission », ou encore de « charnière », entre la direction et l'exécution de plans gestionnaires dans le but d'accroître l'efficacité des services (Divay, 2013).

Par rapport à la triangulation de Nadot, nous avons déjà traité du rapport institutionnel de l'infirmier-ère dans le point précédent. Quant aux relations avec le corps médical, elles seront analysées dans le point suivant, étudiant l'intersectionnalité. Enfin, les relations avec les patient-e-s et leur famille seront abordées dans le chapitre suivant (CHAPITRE 9 – *Homo faber*), étant donné que leur changement de mentalité occasionne une surcharge de travail infirmier.

2) Intersectionnalité

Les infirmiers-ères font bien office d'intermédiaire culturel et se retrouvent constamment confronté-e-s à diverses relations : avec les autres infirmiers-ères du même service ou d'autres services, avec les infirmiers-chefs, avec les autres fonctions paramédicales (aide-soignant-e-s, kinésithérapeutes, psychologues, etc.), avec les médecins, avec les autres fonctions dans l'hôpital (aide-ménagère, cuisiniers, secrétaires, etc.), avec les patient-e-s, et avec les différentes hiérarchies à l'hôpital (direction du nursing, direction médicale, direction des ressources humaines, etc.). De plus, l'infirmier-ère est souvent appelé-e à faire fonction de médiateur entre ces personnes.

L'*homo sociologicus* ou les relations interpersonnelles au travail sont donc au cœur du métier infirmier, et il est évident que ces relations ne sont pas toutes égalitaires. Des formes de domination (consciente ou inconsciente) existent, « du fait des effets de hiérarchie et de décalages dans les niveaux de diplômes. (...) On trouve des professions dominées parmi les ouvriers, les agents, les aides-soignantes. La domination se lit dans les rapports entre base et hiérarchie, elle génère le stress, le départ, le retrait, la déprime, la violence, l'indifférence. (...) Le complexe d'infériorité ou de supériorité n'est jamais loin dans l'hôpital » (Sainsaulieu, 2003, pp. 172-173). L'auteur parle même de « reliquats de lutte de classe ». On observe des clivages entre médecins et administration, concernant les moyens financiers mis en œuvre à l'hôpital, et une hiérarchie du savoir incarnée par les médecins sur les autres professions de soin. « C'est la cascade de mépris due au cumul de la situation hiérarchique, à l'origine sociologique, et au capital de connaissance, écrasants pour les petits. Les personnels guettent tous le moindre signe de manifestation de cette supériorité, la moindre inflexion autoritaire étant prise comme un abus de pouvoir ou l'instauration d'une distance méprisante par l'élite » (Sainsaulieu, 2003, p. 174). Les rapports de pouvoir se jouent donc à plusieurs niveaux pour les infirmiers-ères : soit subis, soit exercés, ils constituent leur quotidien.

Les incertitudes inhérentes au métier infirmier empêchent aussi toute anticipation au niveau des relations interpersonnelles. L'hôpital demeurant un univers hiérarchique, « avec la double ligne hiérarchique administrative et médicale », doublée d'une « hiérarchie implicite créée par le diplôme et, encore plus dissimulée, celle de la classe sociale, avec l'idée de « manuels » et « d'intellectuels », et aussi (...) de l'origine nationale et ethnique. Ce poids hiérarchique marque l'histoire et pèse au quotidien. (...) A cela s'ajoute une nouvelle culture historique de la contestation professionnelle (...) de toutes les catégories professionnelles de l'hôpital » (Sainsaulieu, 2003, p. 195).

Pour penser ces rapports de domination, le concept d'« intersectionnalité » devient, selon Elsa Dorlin, « l'expression par laquelle on désigne l'appréhension croisée ou imbriquée des rapports de pouvoir » (2011, p. 9). Le modèle de l'intersectionnalité est élaboré pour penser l'intersection des rapports de domination entre le sexe, la race et la classe, non pas de façon « mathématique » ou cumulative, car cela reviendrait à donner un poids plus ou moins important à l'un ou l'autre rapport de pouvoir, mais dans leur immixtion, dans leur « consubstantialité » (Kergoat, 2005; 2009; Dorlin, 2008). Pour Danièle Kergoat, « les rapports sociaux sont multiples et (...) c'est ensemble qu'ils tissent la trame de la société et impulsent sa dynamique : ils sont consubstantiels. Car les rapports sociaux sont indémêlables au sein de la matrice sociétale : parler de consubstantialité revient donc à affirmer que "séquencer" les rapports sociaux est une opération – certes nécessaire pour le sociologue – qui reste de l'ordre de la logique mais qui ne peut en aucun cas être appliquée sans précaution à l'analyse des pratiques sociales » (2005, p. 95). Ce terme est créé pour « montrer comment les dispositifs législatifs de lutte contre les discriminations réifient des catégories exclusives, telle que le "sexe" ou la "race" ou la "classe" » (Dorlin, 2011, p. 10). « La consubstantialité (...) c'est l'entrecroisement dynamique complexe de l'ensemble des rapports sociaux, chacun imprimant sa marque sur les autres ; ils se modulent les uns les autres, se construisent de façon réciproque. (...) Mais le fait qu'ils forment système n'exclut pas les contradictions entre eux : il n'y a pas de régulation circulaire ; c'est la métaphore de la spirale qu'il faudrait au contraire utiliser pour rendre compte du fait que la réalité ne se referme pas sur elle-même. Il ne s'agit donc pas, autour d'une question donnée, de faire le tour de tous les rapports sociaux, un à un, mais de voir les entrecroisements et les interpénétrations qui forment "nœud" au sein d'une individualité ou d'un groupe » (Kergoat, 2009, pp. 119-120).

En effet, le fait de ne se focaliser que sur un rapport de domination peut en gommer d'autres, ou du moins prône l'hégémonie de ce rapport de domination sur les autres. Il importe donc de ne pas simplement additionner les discriminations multiples ; « les expériences qu'une femme noire fait de la domination ne sont pas la somme des expériences d'une femme blanche et d'un homme noir » (Purtschert & Meyer, 2011, p. 130). En outre, les discriminations dont une femme noire fait l'expérience ne ressemblent pas aux discriminations d'une femme blanche. « Prendre en considération la seule différence des sexes, c'est manquer les façons toujours complexes par lesquelles les différences signifient les rapports de pouvoir » (Scott, 2012, p. 209). Il s'agira donc de penser les formes de domination au creux du métier infirmier comme entrelacées les unes avec les autres, formant un ensemble ou une tresse difficilement déliable, un « nœud », une « spirale ».

Pourtant, et afin de mieux comprendre cet enchevêtrement, les différents rapports sociaux de domination vont être décortiqués ici les uns à la suite des autres, pour une lecture plus aisée. Tout en gardant à l'esprit cet entrelacs, quatre formes de rapports de pouvoir en œuvre dans le métier infirmier seront déclinés ici : entre personnes de sexes différents, de fonctions hiérarchiques différentes, de cultures (ou backgrounds ou races) différentes, et enfin d'âges ou de générations différentes. Même si Kergoat ne l'utilise pas dans son élaboration du concept d'intersectionnalité, le rapport de pouvoir entre les différentes générations et/ou les différents âges doit être rajouté (Pfefferkorn, 2012; Bessin, 2013). Au-delà du racisme ou du sexisme, le concept « d'âgisme » intervient aussi dans des rapports sociaux de pouvoir imbriqués. « La manière collective d'aborder la régulation de l'avancée en âge, donnant un sens à l'âge et un rôle à chaque classe d'âge dans une conception fonctionnaliste, est remise en cause au profit de conceptions plus individualisantes » (Bessin, 2009, p. 18). L'âge chronologique n'est ni égalitaire, ni démocratique, il suffit de comparer les retraites entre hommes et femmes, par exemple : les inégalités de genre sont renforcées par le morcellement des carrières féminines, dû à leur assignation aux tâches domestiques et familiales. « Les individus et les institutions mobilisent

des catégories d'âge qui se modulent en fonction du genre, mais aussi d'autres rapports sociaux » (Bessin & Vuattoux, 2016, p. 102).

Il est donc bien évident que ces rapports de pouvoir ne doivent pas se voir comme isolés (et comparatifs) d'abord et cumulables ensuite. Nous tâcherons par la suite de montrer non seulement leur simultanéité (et non leur côté cumulatif et donc hiérarchique), mais aussi l'homogénéité qu'ils forment ensemble. Il va de soi aussi que ces rapports de pouvoir ne sont pas neufs : le sexe, la classe, la race ou l'âge constituent depuis longtemps un alibi pour justifier et performer des dominations subjectives. La partie nouvelle de ces rapports de pouvoir est révélée par les rapports de générations, dévoilant un choc de paradigmes.

Dans le métier infirmier, le rapport de pouvoir le plus visible ou décrié reste le rapport entre l'homme médecin et la femme infirmière. « Alors que leurs compétences professionnelles [des infirmiers-ères] se sont fortement accrues (...), leur statut au sein de l'hôpital reste marqué par la soumission à un modèle hiérarchique symbolisé par la figure, mâle, du médecin-gestionnaire qui les maintient dans le statut féminin, de "petites mains" » (Franssen, 1999, p. 167). Là, se joue d'emblée, et depuis la création du métier, un rapport de sexe couplé à un rapport de classe. Ces deux rapports sont tellement intrinsèquement reliés qu'ils forment presque ensemble un seul et même rapport. Tâchons néanmoins de les dissocier, afin de mieux les saisir.

A) RAPPORTS DE SEXE OU LE GENRE

Le féminisme s'est construit sur deux refus dans les années 1970 : « celui de l'image traditionnelle de la "féminité" et celui d'une assimilation au modèle masculin » (Ferrand, 2004, p. 79), il s'agissait d'abolir la dichotomie féminin/masculin pour construire autre chose. Au fil du temps ce mouvement s'est séparé en deux courants : celui des universalistes ou égalitaristes ou encore matérialistes, d'une part, et celui des essentialistes ou différentialistes, d'autre part. Le premier courant « insiste sur l'unité du genre humain et sur la liberté que devrait avoir chacun/e de se définir hors des stéréotypes. (...) Le social "construit" le féminin et le masculin dans une différence hiérarchisée qui s'exprime à travers la domination masculine. La seconde tendance (...) privilégie au contraire la spécificité des sexes et la revalorisation du féminin (...) contre la domination masculine » (Ferrand, 2004, p. 79). Les universalistes sont critiquées par leur unique focalisation sur l'attribution des rôles sexués et les essentialistes par leur enfermement normatif de la femme dans un autre rôle, lié principalement à son organe reproducteur. Pourtant, les avancées sociales dues au féminisme sont sans conteste : « le féminisme a lancé un défi à la façon dont la différence des sexes a été utilisée pour organiser les rapports de pouvoir. La spécificité historique du féminisme vient du fait qu'il opère depuis l'intérieur et contre les présupposés fondateurs dominants de son époque. Sa force critique tient à ce qu'il met au jour les contradictions de systèmes qui se prétendent cohérents (...) et qu'il met en cause la validité de catégories considérées comme les principes de base de l'organisation sociale » (Scott, 2012, p. 207). En somme, le féminisme a aidé et aide encore à remettre en question la production et reproduction de sujets notamment grâce à l'interdisciplinarité : « se contenter d'une identité quelle qu'elle soit (...) revient à renoncer au travail de la critique » (Scott, 2012, p. 214).

Pour analyser la construction de ces rôles sociaux de sexes, le concept de « genre » est utilisé comme une catégorie d'analyse (Butler, 2006; Dorlin, 2008; Méda, 2008; Scott, 1988; 2012) définie notamment par Joan Wallach Scott : « le genre est un élément constitutif de rapports sociaux fondés sur des différences perçues entre les sexes, et le genre est une façon première de signifier des rapports de pouvoir » (1988, p. 56). Les rôles liés au sexe ont été socialement construits et le genre est une « invitation à réfléchir sur un mode critique à la manière dont les significations des corps sexués sont produites en relation les unes avec les autres, à s'interroger sur la manière dont ces significations se déploient et se modifient. Il ne faudrait pas se

concentrer sur les rôles assignés aux hommes et aux femmes mais sur la construction de la différence sexuelle elle-même » (Scott, 2009, p. 9). Ce n'est pas simplement en décrivant ce que les femmes et les hommes font de différent, ni en comparant le nombre de femmes et d'hommes, que l'on mobilise le concept de genre, mais c'est justement quand les assignations des rôles sexués produisent un rapport de force d'un sexe sur l'autre. Et on assigne aux hommes la sphère professionnelle ou productive et aux femmes la sphère domestique ou reproductive. Cette division sexuelle du travail est aussi basée sur « une vision du monde qui implique la production de dichotomies hiérarchiques (culture/nature, raison/corps, abstrait/concret, rationnel/intuitif, objectif/subjectif, penser/ressentir...) » (Dorlin, 2008, p. 18), et il serait plus juste de ne pas penser le social selon ces oppositions qui finalement fondent la construction sociale sur une identité biologique. La notion de genre, telle que Scott l'entend, est moins un concept qu'une sorte de paire de lunettes visant à lire et remettre en cause les normes et représentations sexuées (Pfefferkorn, 2012; Scott, 2012), car il n'est pas si évident que ça de se « défaire du genre » tant la performativité des assignations normatives genrées fait partie intégrante de la construction identitaire (Butler, 2006). « Néanmoins, si le sujet est culturellement construit, il n'en perd pas pour autant sa capacité d'agir [*agency*] (...) qui reste inaltérée malgré son ancrage culturel » (Butler, 2006, p. 268).

Cette construction du rôle de la femme soignante autour de cette image « naturelle » serait à l'origine de la surreprésentation féminine auprès des infirmiers-ères, comme si les soins de santé étaient l'apanage des femmes (Bourdieu, 1998; Butler, 2006). Selon Carol Gilligan (2008), c'est le rôle du chercheur de comprendre cette *genrification* dans le métier infirmier. « Les stéréotypes impliquent une division de l'amour et du travail qui relègue les capacités d'expression aux femmes et situe les aptitudes instrumentales dans le domaine masculin » (Gilligan, 2008, p. 38). Analyser ces assignations de rôles sexués pourra permettre de mieux comprendre les relations de pouvoir résistant entre les hommes et les femmes dans le secteur des soins de santé. La littérature des *Nursing Studies* ou même des sciences sociales considère comme allant de soi que le métier infirmier se conjugue au féminin, en prônant par là l'essence de la femme corrélée au soin d'autrui. Qu'en est-il alors de la considération des hommes qui désirent exercer ce métier, dans cette idée différentialiste ? N'est-ce pas non seulement une forme d'injonction justifiée par le « naturel » vis-à-vis des femmes, mais aussi une forme de discrimination à l'égard des hommes (et des femmes qui ne veulent, ni ne peuvent enfanter) que de penser ce métier au féminin ? Ne faut-il considérer la présence masculine minoritaire que comme un « accident de parcours » sans intérêt pour les décideurs politiques (Le Feuvre & Laufer, 2008) ? Il semble manifestement que les sciences infirmières et les sciences sociales ne soient pas rangées dans le même courant féministe.

Plusieurs rapports de pouvoir entre les sexes (subis ou exercés) existent entre l'infirmier-ère avec ses collègues, avec les médecins, avec les patient-e-s, et avec les responsables de la direction hospitalière. Le genre est au cœur de chacune des relations sociales, et la tâche principale de l'infirmier-ère est de se trouver à l'intersection de différentes relations interpersonnelles. À chaque relation de genre s'ajoutent généralement d'autres rapports de pouvoir.

Il est donc intéressant, dans un premier temps, de décrire les tâches co-construites pour et par les femmes et les hommes. Mais ensuite, il s'agit de comprendre en quoi ces rôles non seulement renforcent une idée de domination d'un rôle sur l'autre, mais aussi figent ces rôles jusqu'à ce que les individus les croient naturels, innés, presque reçus comme don divin. C'est cette privation de choix individuel qui est questionnée ici. Cantonner un homme ou une femme à des tâches soi-disant naturelles alors qu'il ou elle désire profondément agir autrement est une atteinte à la liberté individuelle. Dénigrer un homme parce qu'il veut être « sage-femme » ou

une femme parce qu'elle veut devenir camionneuse ne peut pas être acceptable (Guichard-Claudic, Kergoat, & Vilbrod (dir), 2008). Les rôles désignés depuis des temps immémoriaux aux hommes et aux femmes doivent être remis en cause, justement pour une plus grande diversité et liberté de choix.

1. QUAND LA SÉMANTIQUE DÉVOILE

Dans les soins de santé, il en est de même : des rôles sexués ont été assignés au fur et à mesure de l'histoire, et sont tellement anciens qu'ils semblent aller de soi et ne sont plus questionnés. Dans le métier infirmier, les femmes se veulent naturellement faites pour le soin aux autres, les infirmiers sont naturellement des infirmières. D'ailleurs, le terme « infirmier » est toujours décliné au féminin. Le débat ici reste entier sur le terme le plus discriminant. Si l'on suit les règles orthographiques qui demandent d'accorder le pluriel au masculin, il faudrait les appeler des « infirmiers », même s'il n'existe que 10% à 20% d'hommes infirmiers en moyenne. Par contre, comme il y a peu d'hommes dans le métier, utiliser le masculin serait vu comme une discrimination (supplémentaire) vis-à-vis des femmes qui sont majoritaires. Comme si on leur volait en plus une forme de reconnaissance dans le terme utilisé. Utiliser le terme « infirmiers » serait donc un signe discriminant pour les femmes, mais le terme « infirmières » le serait aussi vis-à-vis des hommes, si peu nombreux soient-ils. Et pourtant, dans le vocable courant et médiatique, le terme est toujours accordé au féminin, par les femmes et par les hommes, ignorant par là le cinquième des infirmiers.⁸² Les extraits d'entretien montrant que le terme « infirmier » est utilisé au féminin sont tellement nombreux qu'il serait redondant de les mettre tous, seuls certains ont été sélectionnés.

Donc moi toutes les filles ont, enfin on a un garçon, hein. Mais je dis toujours les filles (rire). (Agnès, 56 ans)

Si jamais ils ont besoin d'aide d'une infirmière spécifique au niveau anesthésie j'ai 10 filles en salle. (...) Normalement, ce sont les infirmières d'étage qui ont les protocoles. (...) J'ai été dans plein de réunions quand même des réunions et des groupes de travail avec des infirmières d'autres cliniques. (...) Le travail, même en week-end, est plus relax, il y a moins d'infirmières mais bon. (Bénédicte, 48 ans)

Vous avez cette prime-là, chaque fille l'a. (...) Quand on doit former les filles, (...) elles sont actives, elles prennent une part active. (...) Le chirurgien à la longue il va apprécier les filles. (...) Je dis toujours à une infirmière quand elle commence... (...) Je crois que l'infirmière elle doit être sûre de ce qu'elle fait. (...) On a déjà des infirmières qui sont très dynamiques. (Pascale, 56 ans)

C'est un beau métier mais...il y a beaucoup à changer (...) et on ne vit plus dans les années 50 ! Le temps des Sœurs est fini ! Nous sommes des filles indépendantes, c'est fini ce temps. (Sabine, 52 ans)

Lors d'un atelier organisé après une conférence sur les modèles professionnels générationnels, une participante décrivait l'infirmière comme « le couteau suisse » de l'hôpital. Cette métaphore savoureuse explique bien que la femme infirmière reste « naturellement » corvéable à merci, pour toutes sortes de tâches liées à sa formation, mais surtout liées à sa nature de femme.

*C'est aussi une mentalité typique de l'infirmière : elle veut toujours compenser le manque de ce qu'il n'y a pas. Y a pas d'assistant au bloc opératoire ? Et bien, c'est elle qui va pallier, qui va faire les gardes, etc. C'est un peu le **couteau suisse**, l'infirmière. Qui est-ce qu'il faut appeler s'il y a une fuite ? L'infirmière. S'il y a un ovni, il faut appeler l'infirmière ? En vacances, je ne dis jamais que je suis*

⁸² C'est donc pour éviter au maximum toute discrimination que le terme « infirmiers-ères » est utilisé tout au long de ce récit.

infirmière, sinon c'est un malheur, tout le monde vient nous raconter ses petits bobos. S'il n'y a pas de brancardier, c'est l'infirmière. Y a pas un technicien ? L'infirmière doit toujours compenser les autres, mais qui compense l'infirmière ? Personne. On est aussi lié à la continuité des soins, mais on doit aussi poser nos limites et ne pas dépasser nos compétences. Mais il faut aussi faire plaisir à Monsieur le Docteur. Monsieur le Docteur a dit que, alors il faut faire plaisir à Monsieur le Docteur. C'est la mentalité depuis pas mal d'années, mais maintenant je dis non. J'ai déjà eu des techniciens qui me montraient comment il fallait s'agenouiller en-dessous du lit pour voir comment toutes les connections sont faites, le robinet. Puis j'en ai eu marre, est-ce que je lui demande, moi, de venir faire mes pansements ?

2. ASSIGNATION DU RÔLE DE L'HOMME INFIRMIER

Les hommes infirmiers aussi se voient attribuer des rôles, mais plus techniques ou de leadership. Jean, par exemple, ne voulait pas travailler en salle d'opération, parce qu'il se dit « non technique ». Pourtant, malgré son souhait de ne pas travailler dans les services techniques, il a été désigné presque d'office pour aller en salle d'opération. Il en est même devenu le chef de service. Aux soins intensifs, Paul, qui n'est pas chef de service, s'est vu affublé de toutes les tâches plutôt techniques. Pourtant, comme il est moins souvent présent, à cause de ses jours de dispenses de travail, il a demandé à un assistant (masculin) d'effectuer ses tâches en son absence.

La vérité c'est que j'ai dit « vous pouvez me donner tout sauf les salles d'op » ! (...) Elle m'a quand même mis là ! (...) Parce que je ne suis pas fort technique. (...) Je suis pas fort technique et j'avais peur pour [le manque de] l'aspect humain ! (Jean, 48 ans)

Et donc les pannes et les trucs donc j'essaie de réparer ou bien je contacte le service biomédical ou je téléphone à des firmes pour venir réparer ou faire réviser et donc je dois faire plus sur un plus court moment ! (...) Mais je l'ai maintenant officieusement, parce que maintenant je pars, à partir de demain, je suis en congé donc normalement ce sera lui pendant 3 semaines, s'il y a des problèmes, donc on va s'adresser à lui ! S'il est présent naturellement. Mais donc s'il est là donc, ce sera à lui, s'il y a des problèmes, d'en faire part, quoi. (...) Donc là je sens, c'est pour ça que j'ai demandé à Jean d'avoir une 2ème personne parce que après chaque congé, quand j'avais 2 jours de congé, et bien il y avait un tas de problèmes qui m'attendaient là, hein. (Paul, 49 ans)

Pour son temps libre, Paul ne va pas spécifiquement s'occuper du ménage, de l'intérieur de la maison ou des enfants. Il parle de tâches plutôt techniques, de réparation. De plus, il se dit là « pour sa femme », pour l'aider. Donc, il se considère comme aidant à la charge mentale qui incombe à sa femme.

Ce n'est pas définitif des choses pareilles, parce que il y a plein de choses qui peuvent arriver, soit s'il fait beau, par exemple, je vais tondre mon gazon, autrement s'il fait mauvais ce jour-là, je dois revoir mon programme ! Je vais faire du shopping ou je vais nettoyer ou je ne sais pas quoi ! [Je ne vais] pas à l'extérieur, parce que la maman et les enfants vont à l'école, ils sont à la maison donc pendant l'année scolaire, il n'y a pas tellement de choix ! (...) C'est plutôt du temps pour moi, pour ma femme, ça dépend, j'en profite pour faire du shopping éventuellement (...) Pour ma femme aussi. Je sais qu'il y a, par exemple, un marché le jeudi à X. Je suis juste à la maison ce jeudi-là, et elle aussi, et bien on va au marché, on va faire d'autres magasins. (...) Oui, il y a toujours à peindre, à réparer, à vérifier, à nettoyer... Ben oui, mais c'est ça, en plus ce jour, c'est en plus [que je ferais le week-end]. (...) Et je ferais moins pendant le week-end de libre parce que les enfants sont à la maison, à ce moment-là, je ne vais pas commencer nécessairement à forer et des trucs pareils, parce que c'est le week-end. C'est plutôt, par exemple, dans la semaine qu'ils sont à l'école, ma femme est à la maison, à ce moment, je vais peut-être un peu bricoler, mais ça dépend aussi des circonstances, parfois, il y a tout qui tombe en panne, par exemple, où il n'y a rien, entre guillemets. (...) Non, parce que ma femme aussi elle est toujours active donc je l'aide, ou moi je bricole, ça se peut que...oui, je lis le journal, je lis un bouquin, ou bien dans le jardin quand il fait beau, mais je prends mon fauteuil et je m'y mets, quoi ! (Paul, 49 ans)

Au XVIII^{ème} siècle, l'infirmier n'a pas le même statut que l'infirmière, mais il la seconde. Il donne les soins intimes aux hommes et effectue de lourds travaux mais « il n'est pas l'égal de l'infirmière. Il en est son subordonné laïc, son aide, son domestique. Il est l'équivalent masculin de la "petite servante ou sous-infirmière". Il doit être "obéissant surtout à l'infirmière". (...) Aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècle, l'infirmier est souvent l'employé non qualifié et laïc de l'infirmière religieuse légitime (...). C'est de cette manière que le qualificatif masculin "infirmier" s'introduit dans les pratiques de soins. La formation ultérieure de l'infirmier contemporain menant à l'obtention d'un diplôme professionnel ou académique au sein d'un milieu féminin, reste tardive et toujours minoritaire en nombre » (Nadot, 2012, pp. 154-155).

Les hommes infirmiers sont beaucoup moins nombreux, toutefois ils semblent occuper une place particulière, stigmatisés soit comme chefs, soit comme spécialistes « techniques » : on attend d'un homme qu'il dirige une équipe et si ce n'est pas le cas et qu'il ne le désire pas, c'est qu'il ne doit sans doute pas avoir de « nature masculine ». « Les privilèges de la masculinité – ou de la mâleté (*maleness*) – apparaissent d'autant plus nettement que l'appropriation masculine des ressources (économiques et symboliques) de ces espaces sociaux bénéficie d'une visibilité immédiate au regard des expériences féminines majoritaires. (...) Les hommes en position minoritaire connaissent des parcours ascensionnels plus fréquents et plus rapides que leurs consœurs. (...) Autrement dit, ces hommes ne semblent jamais rencontrer de "plafond de verre". (...) Du fait d'un maintien de la division sexuelle du travail domestique et familial dans la sphère privée, les hommes sont objectivement plus "disponibles" pour leur activité professionnelle que la plupart de leurs consœurs. (...) Le statut minoritaire au sein d'un métier féminin confie d'emblée aux hommes un certain nombre de "compensations", qui s'opèrent simultanément sur le plan matériel et sur le plan des représentations subjectives » (Le Feuvre & Laufer, 2008, pp. 209-210).

Selon Charrier (2008; 2013), il existe même une certaine hostilité de la part des femmes sages-femmes vis-à-vis des hommes sages-femmes car, selon elles, ils ont une carence ou une impuissance à travailler avec des femmes, et leur empathie est impossible vu qu'ils ne peuvent pas expérimenter eux-mêmes une grossesse. Les hommes sages-femmes en sont venus à justifier leur présence dans le milieu par le fait qu'ils parviennent à avoir un véritable accompagnement sans jugement car ils ne peuvent pas faire référence à leur propre expérience, donc ils ne peuvent pas penser à leur place. L'empathie « réservée aux femmes » est alors contournée, redéfinie et « conduit à privilégier des attitudes et des pratiques qui peuvent être acquises et apprises tout au long de la formation et des années d'exercice » (Charrier, 2013, p. 248). Les hommes sages-femmes prônent donc une meilleure objectivité de la situation, et un autre professionnalisme, et proposent à la parturiente une forme de contrat : l'homme sage-femme rend sa présence explicite pour construire une relation qui ne va pas de soi. Il explique donc tous ses gestes, pour éviter toute ambiguïté dans la relation : « de cette manière, il se positionne du côté d'une empathie qui relève de l'action et s'éloigne d'une empathie issue d'une disposition » (Charrier, 2013, p. 251).

Il serait opportun, dans une autre recherche éventuelle, non seulement de comparer les tâches infirmières entre hommes et femmes de même fonction, à l'heure actuelle mais aussi au cours de l'histoire, afin d'éclairer davantage les rapports de genre entre infirmiers et infirmières, mais aussi de comprendre les motivations des hommes à intégrer un métier majoritairement et historiquement féminin.

En dehors de la sphère professionnelle, les femmes interrogées se voient affublées de toute (ou partie de) la charge domestique (mentale et effective). Même si elles peuvent éventuellement « avoir de l'aide » de leur conjoint, c'est à elles que la charge mentale du ménage revient, et cela leur semble naturel. Donc, les jours de congé servent aussi à faire le ménage, ce n'est pas forcément du temps pour soi.

Malgré l'ordre pécuniaire, j'ai un mari impeccable. Malgré ça, il a toujours aidé dans le ménage, il a toujours été pour éduquer les enfants, etc. (Laure, 60 ans)

Mais bon, j'ai pas vraiment un jour fixe pour le faire non plus [le ménage], puis bon, comme j'ai un mari qui a du temps libre, il participe occasionnellement, donc tout dépend, parfois quand je travaille un après-midi, alors j'aime autant me lever plus tôt et faire le ménage le matin et ça je me dis, je suis tranquille deux, trois jours aussi, donc, euh, je ne me dis surtout pas que mon jour de congé, c'est pour faire du ménage, quoi, mais, ça peut arriver que je fasse quelque chose, mais sûrement pas passer toute la journée. (Brigitte, 46 ans)

[Et pendant ce jour-là de congé qu'est-ce que vous faisiez, vous l'occupiez à quoi, à vous reposer, à en profiter de quelle manière ?] Profiter, euh, c'était surtout pour rattraper tout ce que je n'ai pas eu le temps de faire à la maison ! (...) Faire le ménage et alors on peut espérer profiter de son week-end. C'est pour travailler à la maison, pour avoir un week-end convenable quoi ! Avoir un petit quelque chose quand même le week-end avec ses enfants et son mari parce qu'au sinon, ben... (Jacqueline, 53 ans)

Je peux dire les jours où je travaille je ne me m'occupe pas spécialement du ménage ! Et les jours de congé, je m'occupe vraiment du ménage. (Nadine, 47 ans)

Pour s'acquitter de leurs tâches, la plupart des infirmières se voient obligées d'effectuer l'équivalent de deux temps pleins de soins : au travail auprès des patient-e-s et à la maison auprès de la famille ou amis. C'est le travail à la maison qui est parfois plus insupportable et qui semble moins légitime. « Les prédispositions de genre (...) assignent les femmes à anticiper l'avancée en âge et à appréhender les normes d'âge en fonction de leurs engagements vis-à-vis de leurs proches, ascendants, descendants et conjoints, au détriment souvent d'autres engagements, professionnels notamment. Les présences intergénérationnelles, mais aussi intragénérationnelles, sont ainsi attendues des femmes, qui le paient en se mettant systématiquement en retrait pour leurs carrières professionnelles » (Bessin, 2014, p. 7).

Et puis, j'ai mes parents qui sont âgés. J'ai encore mes parents, ils ont 86 et 84. (...) Et bien quand on a une infirmière dans la famille, qui est-ce qu'on appelle ? Ils n'habitent pas loin, ils habitent à 10 minutes d'ici, j'ai un frère qui habite aussi le même village mais euh... (...) Ils savent encore conduire et tout, hein. Parfois, je dis, mon père... Mais c'est toujours moi quoi, je ne sais, je ne peux pas, je suis peut-être timide de nature et je ne peux pas dire « maintenant ça va aller ». (Laure, 60 ans)

À temps plein, on est obligé, quand on a fini sa journée ici, de recommencer sa journée à la maison ! Et physiquement, je ne sais pas si j'arriverais longtemps à faire ça, quoi ! (...) C'est vrai qu'à la maison je sens quand même que je ne sais plus tenir le même rythme de travail, je ne vais plus faire des activités intenses autant que, je vais dire, il y a 5 ans ou il y a 10 ans ! (...) Mais, quand je suis ici dans mon travail, j'aime tellement bien mon travail, que là je ne le ressens pas ! (Nadine, 47 ans)

Et puis au mois de juillet j'avais 4 nuits et j'ai eu des soucis chez moi à la maison, mon papa et, ma maman à la maladie d'Alzheimer, et mon papa devait se faire opérer et que je suis infirmière et que je suis l'aînée et que j'habite à 500 m de chez eux, je me suis dit, je ne tiendrai jamais le coup à faire ces nuits-là, c'est pas possible. (Sylvie, 50 ans)

Pour pallier la difficile conciliation entre travail à l'hôpital et travail à la maison, certaines vont diminuer leur temps de travail et choisir le temps partiel. Si le choix du temps partiel doit être fait au sein d'un couple, c'est la plupart du temps la femme qui en prend la charge.

J'ai pris un an de pause carrière après mon troisième enfant (...) [Elle avait commencé à temps plein pendant 4 ans] et puis après mes enfants, j'ai pris mi-temps et je suis restée à mi-temps. (Carole, 49 ans)

J'ai diminué mon temps de travail parce que j'ai eu deux enfants, donc j'ai travaillé à mi-temps pendant quelques années, et puis progressivement j'ai repris 75%, 80% et temps plein quand j'étais encore responsable faisant fonction, (...) mes enfants avaient bien 15 ans, donc j'ai vraiment profité, je me dis, des moments, c'est pour ça que j'avais pris mi-temps, hein ! (Vinciane, 48 ans)

Et donc je pense que les gens qui ont plusieurs enfants, euh...c'est quand même difficile dans notre profession de travailler temps plein. Si le mari travaille temps plein aussi ou est indépendant, euh, c'est difficile ! Donc c'est pour ça que beaucoup d'infirmières quand même, même plus jeunes...[demandent des temps partiels]. (Bénédicte, 48 ans)

D'autres infirmières, débordées par cette difficile conciliation, si elles en ont la possibilité financière, vont carrément arrêter de travailler.

Maintenant, c'est vrai qu'il y a beaucoup de choses qui ont changé parce que maman qui est déjà infirmière, mais, à l'époque, elle me dit en général, quand on avait son premier enfant, on arrêta complètement de travailler. (Nadine, 47 ans)

On en a une de nos collègues qui est partie... (...) Elle était dans notre unité. Avant, elle était dans une unité d'hospitalisation et puis elle est venue dans notre unité pendant 2 ans. Par respect, c'était une fille qui était un peu cyclothymique, qui avait déjà eu des soucis, mais c'était une excellente infirmière ! (...) Elle a arrêté parce qu'elle s'est rendu compte que ses enfants elle ne les voyait pas, elle a 2 petites filles, et elle se rendait compte que ses enfants n'étaient pas éduqués. Parce que c'était le genre de fille qui se donnait à fond, elle se donnait à fond dans son travail et tout et donc quand elle rentrait à la maison, il fallait tout nettoyer, s'occuper des enfants et tout et un jour, on sentait qu'elle était très nerveuse, hein, elle aurait dû ralentir, je lui ai dit « fais un mi-temps, fais un mi-temps ». (...) Elle avait 40 ans à l'époque. Elle avait 2 jeunes filles, deux enfants de 13 ans et de 8 ans, je crois, et la fille de 13 ans tout d'un coup elle a pété un câble, en disant « maman n'était pas là, qu'on est toujours chez les grands-parents, et papa travaille et maman est stressée » et tout ça. Donc la fille de 13 ans, elle a mal réussi à l'école et on lui a dit « est-ce que ce n'est pas parce que vous n'êtes pas présente ? » et tout de suite elle a donné sa démission. Elle n'a pas réfléchi, parce qu'on l'a mise en garde, en lui disant « tu travailles très bien, tu es dans une bonne unité, travaille mi-temps, prends un petit peu de congé pour te... ». Non non, elle a donné sa démission, elle est partie et je ne sais pas ce qu'elle fait maintenant. Non non, il y en a beaucoup, il y en a beaucoup qui sont à saturation. Quand vous parlez aux infirmières. (Pascale, 56 ans)

4. RARE PARTAGE DES TÂCHES

Dans les entretiens, rares sont les infirmières qui déclarent partager la charge familiale avec leur compagnon. Seule Denise en parle, car son mari, enseignant, avait un horaire compatible avec une vie de famille.

À l'époque, euh, lors de mes grossesses, et bien, j'ai eu droit à 14 semaines de congé de maternité, point final à la ligne, mais ayant, je vais dire, un mari enseignant, ça n'a pas perturbé, je vais dire, notre vie de famille, parce qu'il s'est tout de suite investi, je vais dire, dans la prise en charge de nos enfants, donc ce n'était pas trop lourd pour moi de continuer à travailler à temps plein. (...) Il [le mari d'une collègue] n'a pas les congés non plus que mon mari a eu et qui a pu prendre la relève et tout ça. (Denise, 51 ans)

Dans les discours des infirmiers-ères interrogé-e-s, il est donc clair que des rôles sont assignés en fonction du sexe. Qu'ils soient subis ou acceptés, ces rôles cantonnent les hommes dans un rôle plus technique et les femmes dans des rôles d'aide et de soin aux personnes. Le fait d'attribuer un rôle à un homme ou à une femme et de le considérer comme naturel limite la liberté d'action ou de changement de tout un chacun. Être cantonné-e à un rôle particulier en fonction de son sexe peut être considéré comme discriminant. Par exemples, reléguer le *care* aux femmes est discriminant pour les hommes et affecter la technique aux hommes est discriminant pour les

femmes. Des rapports de pouvoir de sexe sont donc à l'œuvre dans les deux sens, au sein du même métier.

Aussi, l'extrait suivant laisse sous-entendre que l'engagement des infirmières instrumentistes par certains chirurgiens ne se base pas uniquement sur les compétences professionnelles, mais sur l'attrait physique.

C'est un peu différent du secteur universitaire, où là on est toutes les mêmes, enfin pas toutes les mêmes, mais il y a des instrumentistes qui font partie du pool à gérer, qui sont déléguées dans cette salle, dans cette salle, dans cette salle... On ne demande pas au chirurgien, « tu aimes bien cette fille, elle a des beaux yeux », on lui flanque celle-là, plouf ! Tandis qu'ici...[c'est l'inverse] (Pascale, 56 ans)

Deux formes de rapports de genre sont donc à l'œuvre ici : d'abord, un rapport de domination subi par les femmes infirmières de la part des hommes médecins et/ou infirmiers, mais ensuite un rapport de domination exercé de la part des femmes infirmières sur les hommes infirmiers. Le premier rapport de pouvoir, connu, semble évident à décrier, tandis que le deuxième ressort manifestement de l'indicible. Est-il plus facile de dire les rapports de dominés que les rapports de dominants ? Nos données semblent quelque peu lacunaires à ce propos.

B) RAPPORTS DE RACES OU BACKGROUNDS

Un autre rapport de pouvoir réside dans ce que nous allons appeler des *backgrounds*. Nous n'utilisons pas le terme de « race » ici car le background englobe non seulement l'origine ethnique, mais aussi l'origine géographique du lieu de formation de l'infirmier-ère. En effet, pour pallier la pénurie de main-d'œuvre infirmière, des engagements d'immigrés venus d'Afrique ou des pays de l'Europe de l'Est sont effectués.

Traditionnellement, le terme « race » est plutôt utilisé pour signifier un rapport de pouvoir entre races, or les rapports de pouvoir entre infirmiers-ères d'origines diverses ne se résument pas à un rapport de races. En plus d'une nationalité, des infirmiers-ères issu-e-s de l'immigration viennent en Belgique avec un bagage théorique et pratique différent. Leur formation et leur expérience sont liées à une culture particulière. Même si les actes infirmiers peuvent traverser les frontières, la manière de gérer la tâche d'intermédiaire culturel, entre l'institution, les médecins et les patient-e-s, peut s'avérer différente selon les nationalités, les formations initiales et les expériences professionnelles.

Travailler avec un-e infirmier-ère africain-e formé-e en Belgique ou avec un-e européen-ne de l'est formé-e dans son pays ne relève pas encore de la même difficulté. Les préjugés vis-à-vis des infirmiers-ères étrangers-ères peuvent se centrer sur l'origine culturelle d'un-e collègue, mais aussi sur la manière dont il-elle a été formé-e « ailleurs ». On peut aussi imaginer que l'éventuel rapport de pouvoir exercé préfère rester inconscient. « L'expérience que font les femmes blanches de la racialisation, qui n'est pas nommée parce qu'elle est conforme à la norme, est toujours implicitement présente » (Purtschert & Meyer, 2011, p. 133).

Les rapports de pouvoir entre races sont les moins exprimés par les infirmiers-ères, probablement en raison de l'aspect dominant de l'infirmier-ère blanc-he d'Europe occidentale face aux infirmiers-ères immigré-e-s. Comme s'il n'y avait que l'inconfort de la domination qui avait le droit (ou le besoin) d'être exprimé. Seuls trois extraits traitent de collègues étrangers-ères, sans beaucoup de détails⁸³. Il y a une sorte d'*a priori* positif concernant les Anglais-es, une

⁸³ Rappelons ici que la question des rapports de pouvoir entre races n'a pas été directement posée aux infirmiers-ères interrogé-e-s. De plus, ces derniers-ères sont tous d'origine belge, formé-e-s en Belgique. Spontanément, les relations avec des collègues de différente nationalité ou culture n'ont pas été abordées. On émet donc l'hypothèse ici que le malaise infirmier ne réside pas dans cette variable.

petite pointe de jalousie quant aux Français-es qui gagneraient plus à être frontaliers-ères, et une préconception plutôt négative sur une Roumaine qui devrait prendre plus de temps pour se former au service. Pour cette dernière, l'explication ne réside pas forcément dans sa nationalité, mais peut tout à fait dépendre d'une particularité plus individuelle.

On va avoir des Anglais qui vont venir travailler. Pourquoi ? Parce que ces gens-là ils ont la possibilité de travailler, ils sont bien formés et eux ça leur rapporte. (Pascale, 56 ans)

Y a déjà beaucoup d'inégalités dans le service parce que y a déjà des Françaises ici, hein, qui sont taxées différemment, hein, donc alors là, y a déjà euh... Elles gagnent relativement plus que nous autres en tant que Belges puisqu'elles ne sont pas taxées en Belgique. (Brigitte, 46 ans)

Ici maintenant on peut dire que c'est une nouvelle équipe puisqu'il y a énormément de nouvelles qui ne sont pas toujours formées pour les faire [les nuits]. (...) Mais il faut 6 mois, il faut, allez...celui qui est fort habitué ça va, mais ou bien une ancienneté, et bien maintenant j'en ai un nouveau, bien je me dis qu'après 3 mois je vais le laisser faire des nuits. Mais il y en a qu'il faut 6 mois. On a une Roumaine, qui vient de commencer, il va falloir au moins 6 mois pour dire que je la laisse seule en nuit. (Vinciane, 48 ans)

Les éléments d'enquête ne sont donc pas probants ou flagrants quant aux rapports de pouvoir entre les races ou backgrounds. Aussi, dans le tableau suivant (Tableau 40), les données statistiques du PlanCAD nous révèlent que seulement 3% des infirmiers-ères actifs-ves ne sont pas de nationalité belge. On ne peut donc pas parler d'immigration massive dans le corps infirmier en 2009. Cette question pourrait mériter d'être investiguée davantage dans le cadre d'une autre recherche plus actuelle.

Tableau 40 – Répartition des infirmiers-ères selon la nationalité, 2009

	Infirmiers-ères actifs-ves		Infirmiers-ères non-actifs-ves	
	N	%	N	%
Belgique	122 768	97,12	32 386	93,38
Europe occidentale	2 046	1,62	1 787	5,15
Europe orientale	273	0,22	55	0,16
Europe du Nord	894	0,71	245	0,71
Europe du Sud	16	0,01	27	0,08
Europe (hors UE)	21	0,02	4	0,01
Afrique	82	0,06	25	0,07
Amérique	286	0,23	99	0,29
Asie	17	0,01	48	0,14
Océanie	1	0	5	0,01
Total	126 404	100	34 681	100

Source : Stade Infirmier 2004-2009 – 2014 – SPF Santé publique

C) RAPPORTS DE CLASSES OU DE FONCTIONS

Le concept d'intersectionnalité traite aussi des rapports de pouvoir entre les classes. Ici, même si les fonctions professionnelles peuvent être intrinsèquement liées aux classes sociales occupées, nous n'allons pas utiliser non plus le terme de « classes ». En effet, ce ne sont pas les rapports de classes au sein de l'hôpital qui nous intéressent dans le malaise infirmier, mais bien les rapports hiérarchiques existant entre les différentes fonctions de l'institution de soins et la fonction infirmière.

1. AVEC LES MÉDECINS

La relation de pouvoir la plus décrite et décriée, de la part des infirmiers-ères, est celle avec les médecins. Précisons ici que tous les médecins évoqués par les interrogé-e-s sont des hommes. Sainsaulieu évoque un « conflit d'intérêt entre une profession établie mais fragilisée, les médecins, et une profession montante, hiérarchiquement, mais moins forte dans l'ordre du savoir, les cadres infirmiers » (2003, p. 178). Il est intéressant de souligner que, selon lui, il ne s'agit pas de rapport de domination pure, mais plutôt de conflit d'intérêt, au vu de la place grandissante des cadres infirmiers dans les hôpitaux. Ce nouveau corps soignant n'est pas toujours bien vu par les médecins : « la Direction des Soins Infirmiers est perçue comme une envoyée de la direction dans le camp des soignants » (Sainsaulieu, 2003, p. 183).

Aussi, quand il s'agit de se plaindre d'un médecin, c'est principalement parce qu'il est chirurgien. Presque par définition, une chirurgie se déroule dans un climat de stress récurrent. Les relations avec les chirurgiens en sont donc plus difficiles et peuvent devenir houleuses. Il semble donc que la relation la plus tendue entre médecins et infirmiers-ères reste celle où le stress et l'urgence sont les plus intenses. Là, le stress les rend exigeants, autoritaires, irrespectueux. Le service du bloc opératoire a donc mauvaise presse au niveau reconnaissance, car la relation stressante avec le chirurgien en est au cœur.

Médecins stressés, exigeants, autoritaires

On a quand même encore de ces médecins, « anciens modèles », très exigeants qui...qui voulaient tout et tout suite, hein ! (...) Je pense qu'il y en a beaucoup qui ne réalisent pas qu'un chirurgien il doit pouvoir gérer un stress, allez charcuter quelqu'un, ça ne doit quand même pas toujours être...et on ne sait pas toujours sur quoi on arrive, il y a des interventions que tout va très bien et qu'on a déjà fait 100 fois mais alors il n'y en a qui ne gèrent pas bien leur stress, dans les médecins. Je pense que c'est surtout ça. Ils doivent crier, c'est la faute de tout le monde et alors...c'est vrai que c'est pas facile à toujours être la cible et le souffre-douleur ! J'ai connu une époque où on ne pouvait rien dire, on n'avait qu'à se taire ! (...) Maintenant, je pense qu'ils ont quand même un peu...[geste d'apaisement ou de calme]. (Nicole, 62 ans)

Et la tension est très importante dans le bloc opératoire. Parce que dans le bloc opératoire, quand tout va bien, tout va bien, mais dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas, le chirurgien va trouver un auditoire à son stress et l'auditoire premier c'est l'infirmière. Donc l'infirmière elle doit faire face au stress du chirurgien, à son stress, et donc elle doit gérer ça et c'est pas évident quand on est jeune et qu'on accepte mal et qu'on a d'autres soucis... (Pascale, 56 ans)

Un chirurgien, qui a été désagréable à un moment donné, n'est pas désagréable tout le temps. Qu'on doit tolérer certainement un relâchement, que c'est du stress parce que beaucoup d'infirmières qui travaillent au bloc (...) le prennent pour elles et ne se rendent pas compte que ce n'est que ça. Elles disent « mais des fois, il pète un câble et pourquoi est-ce qu'il pète un câble ? », elles ne réalisent pas. (...) Quand il y a quelque chose qui ne se passe pas bien, il y a un stress, on sent tout de suite le chirurgien stressé, et bien on a intérêt à se tenir à carreau et écouter ce qu'il dit. (Pascale, 56 ans)

Médecins omnipotents

Ce sont les chirurgiens qui décident des personnes qui les assistent et comment elles doivent être traitées, sans penser à leur bien-être professionnel.

On était de garde seule, parfois si c'était très important on pouvait appeler quelqu'un d'autre mais on ne pouvait pas appeler de notre propre initiative, c'était le médecin qui décidait, enfin c'était très compliqué. (Pascale, 56 ans)

Quand on travaille au bloc opératoire, on a des affinités, et encore une fois un travail en équipe, et donc ils ont de moins en moins d'assistants donc ils ont besoin d'avoir des petites mains qui instrumentent et tout ça. Et donc, ils se sont dit « je vais engager des infirmières. Des infirmières avec qui on s'entend. Avec qui le courant passe. » Et donc ils ont engagé des infirmières. (Pascale, 56 ans)

Maintenant ils voudraient (...) que les circulantes⁸⁴ fassent de l'instrumentation. (...) Elles sont engagées par le chef de service, elles font circulantes et quand elles sont repérées par un chirurgien, le chirurgien dit : « tu deviendrais pas instrumentiste ? », et paf, elle change. (...) L'infirmière elle travaille 8h et que le bloc travaille de 8 à 16h. Mais ça ne va pas continuer comme ça, les chirurgiens mettent la pression pour qu'on augmente. (...) Si on ne met pas des barrières, les chirurgiens, ils ne voient que leurs patients, leur timing et tout ça ! Quand on leur demande « tiens, tu en as pour combien de temps ? », « j'en ai pour 20 minutes », mais il faut endormir les patients, conditionner la salle, réveiller le patient, reconditionner la salle, donc il faut compter 1h, mais lui dans son planning il a compté quelqu'un toutes les 20 minutes, donc forcément, un moment donné, on fait quoi ? (...) Alors qu'ici ils ne sont pas payés, je vais dire, à la pièce ! Ils ont un salaire souvent « fixe ». Donc quelque part, ils ne devraient pas être comme ça. (Pascale, 56 ans)

Médecins ingrats, voire irrespectueux

Si les médecins se pensent omnipotents, c'est la porte ouverte à la dévalorisation de l'autre. Le sentiment de toute puissance peut légitimer en quelque sorte le manque de reconnaissance, voire le manque de respect.

Les chirurgiens sont tout puissants quelque part, ils se croient tout puissants, mais maintenant, moi je leur dis : « vous êtes la cause majeure de ce qui arrive, vous n'avez pas respecté le personnel », et je dis « sans infirmière vous ne sauriez rien faire ! ». Ils ne comprennent pas ! Compréhendent pas. Ils ont des infirmières qu'ils ont engagées eux-mêmes, qu'ils paient eux-mêmes, donc ce sont des instrumentistes qui sont... C'est le même procédé, il y en a qui savent qu'elles sont indispensables (...). Ces filles, c'est rare qu'ils leur font une remarque, je dirais, elles font partie de l'unité, mais vis-à-vis des infirmières tournantes, circulantes, il y a de nouveau cette attitude. (Pascale, 56 ans)

Quand vous parlez de ça aux médecins [de primes et de reconnaissance financière], ils ont l'air de dire « oui mais c'est pas ça le nerf de la guerre ! » (Pascale, 56 ans)

Mais les médecins ont toujours un peu tendance à dévaloriser l'infirmière. (...) Il n'y a pas de revendications possibles parce que ici on le voit, elles revendiquent, elles sont terriblement revendicatrices que quand vous discutez avec les chirurgiens, les chirurgiens disent « elles revendiquent mais elles travaillent mal ». Alors, on peut très bien revendiquer mais si on ne travaille pas bien, on ne va jamais prendre en considération. (Pascale, 56 ans)

Comme les chirurgiens ont tout pouvoir dans la salle d'opération, le devoir de l'infirmier-ère est donc de s'adapter aux habitudes professionnelles de chacun d'entre eux.

Les chirurgiens ont chacun leurs manies, il y a rien de pire qu'un chirurgien qui dit « comme d'habitude » ! Et c'est ce qu'ils vont dire. « Qu'est-ce que vous prenez comme fil ? », « Comme d'habitude ! ». Eux, ils ne font que ça, ils se demandent vraiment pourquoi on ne sait pas que c'est un 3-0 SH qu'il faut, vraiment une demi-tarée. Mais la fille n'a peut-être plus été [travailler] pendant 4 semaines ! (Pascale, 56 ans)

En plus, tous les chirurgiens, tous les anesthésistes viennent d'écoles différentes donc c'est toutes des choses qu'il faut se mettre en tête. Il y a 50 chirurgiens, une bonne cinquantaine de chirurgiens, une bonne dizaine d'anesthésistes et chacun a ses petits dadas et euh...pour la personne qui commence, ce n'est pas évident à se mettre tout ça en tête. (Patricia, 54 ans)

Bons médecins

Quand le stress ou l'urgence diminue, les médecins peuvent s'avérer plutôt sympathiques, disponibles, voire bons.

⁸⁴ L'infirmier-ère circulant-e s'occupe de l'extérieur de la salle, de l'environnement de la salle. Un-e circulant-e aide l'anesthésiste, fait tout ce qui est en rapport avec le bloc opératoire et la préparation de la salle. L'infirmier-ère instrumentiste assiste le chirurgien pour la durée de l'intervention, stérilise et passe les instruments, suit toute l'intervention et fait les pansements.

Il y en a qui disent que c'est parce que les chirurgiens ne sont pas sympas, elles ne sont pas respectées, elles ne se sentent pas respectées. (...) Moi j'étais même étonnée, parce que je trouvais que justement les chirurgiens et les anesthésistes étaient sympas. Alors que quand on les voit en milieu universitaire, et ce qu'on entend, ils ne sont pas du tout sympathiques là-bas. Tandis qu'ici, moi je trouve que ça va, si on a envie d'une explication, ils la donnent sans problèmes, pas de soucis. (Patricia, 54 ans)

Je suis contente dans le service ici parce que j'ai de bons médecins, des médecins qui sont vraiment, je sens, qui sont derrière nous et qui font très bien leur travail. (...) Une chance que j'ai des bons médecins et je suis pas du type de pleurer quand j'ai mal, j'avance, j'avance, j'avance et que là les médecins, bon, maintenant, ils disent : « c'est plus bien de travailler comme ça [avec autant de douleur] ». (Patricia, 54 ans)

On a des bons pneumologues qui viennent, on est bien pris en charge au niveau des médecins. (...) Parce qu'il n'y a pas beaucoup de médecins, on sait à qui on doit s'adresser quand on a un problème. Par exemple, quand on fait la nuit ou l'après-midi, on fait le [un numéro d'appel] (...) on a tout de suite un médecin qui vous répond. (Sylvie, 50 ans)

Le fait que les médecins s'investissent dans des projets institutionnels est aussi reconnu.

Le médecin chirurgien du service s'en va et c'était quelqu'un qui s'investissait pour tous les projets, etc. Donc là j'ai un peu du mal à encaisser. Donc, je vais avoir plus de mal. (...) J'ai connu beaucoup, beaucoup de choses positives, en qualité, en n'importe quoi, projet multidisciplinaire, etc., avec le responsable médical ici de l'unité et j'ai peur qu'en un an il y ait beaucoup de choses qui ne soient plus, parce que ce sont des plus jeunes médecins qui n'ont pas cette envergure et que...voilà. Donc là ça change un peu la donne. (...) Tout ce qu'on avait un petit peu mis ensemble sur pied, j'espère que ça va, il y a des choses qui tournent un peu. (Vinciane, 48 ans)

Rapports intra-classes ou entre spécialisations médicales

Travailler en gériatrie ou en chirurgie, en pédiatrie ou en soins intensifs, ne requiert pas les mêmes compétences ou le même rythme de travail. Chaque spécialité médicale possède un protocole bien défini, non transposable d'un service à l'autre, voire même d'un hôpital à un autre. Malgré les avancées médicales, les particularités de chaque service par rapport à un autre demeure similaires dans le temps. Une certaine hiérarchie même s'est imposée au fil du temps entre les spécialités, en fonction de l'importance vitale d'un organe (le cœur plutôt que les intestins), d'un soin particulier (une opération plutôt que l'administration d'un médicament), voire même du type de patient (un enfant plutôt qu'une personne âgée).

Au sein-même de la fonction médicale règne donc une forme d'hiérarchie entre spécialités. Une concurrence pour être considéré comme le service le plus important semble de mise. On peut parler ici de rapports de pouvoir « intra-classes » ou « intra-fonctions ».

C'est plutôt neurologique : on a des anévrismes, on peut avoir des valves, on peut avoir des mesures de pressions intracrâniennes puis alors il y a toutes les tumeurs aussi malheureusement. Tumeurs cérébrales ou bien alors dans la rachi, en neurochirurgie, on fait la rachi aussi, c'est pour ça que c'est un peu la guéguerre ici à [l'hôpital] entre les orthopédistes et la neurochirurgie parce qu'il y en a un qui dit que c'est les os et l'autre il dit que c'est les nerfs, alors... Ils disent « c'est MA spécialité », « mais non c'est plus la mienne ! », mais bon. (Patricia, 54 ans)

En cardiologie, par exemple, la différence est marquée où les instrumentistes regardent les autres de haut. Soit c'est lié aux personnes, soit c'est lié à la spécialisation en particulier. Au sein des chirurgiens, opérer le cœur (organe vital) est probablement considéré comme plus noble, plus à risque et plus respectable qu'un autre organe.

Il n'y a qu'une spécialité où on fait quand même beaucoup plus de différences entre les circulantes et les instrumentistes. C'est qu'on met les instrumentistes un peu sur un piédestal, mais ça on connaît le personnage, donc c'est pas bien grave quoi. (...) Dans une spécialité particulière et à cause du personnage. (...) Principalement à cause du médecin. Mais c'est vrai qu'en règle générale, cette spécialité-là a quand même, ce sont quand même des instrumentistes qui se prennent pour

« supérieures » à ce qu'elles sont, on va dire. (...) Je crois que c'est lié à la spécialité, je ne sais pas pourquoi ! (...) La cardiaque ! (Patricia, 54 ans)

2. AVEC LA DIRECTION DE NURSING

Les réactions face au chef de nursing sont très partagées. D'une part, il-elle est autoritaire, infantilisant-e voire même devenu ignare car trop éloigné-e du terrain.

On a un chef de nursing qui nous dit « c'est comme ça, c'est comme ci, et puis point à la ligne, c'est tout ! » (...) On n'a rien à dire ! (Mireille, 51 ans)

Un jour, (...) j'avais 5 nouvelles infirmières dans le même service, 5 nouvelles sur un truc de 13, c'est beaucoup. (...) Le grand directeur me demandait « et vous ça va ? », « écoutez ça va toujours, mais s'il y en a 5 dans le bain qui ne savent pas nager, c'est difficile ». Je ne pense pas que j'ai dit des choses qui sont mal. Le lendemain, mon chef nursing est venu chez moi pour me dire que je dois me taire. Que je suis une personne négative. Et ça ce sont des raisons pour quoi moi je veux partir de temps en temps. (...) Le directeur de nursing était fâché parce que moi j'ai été plus haut (...) Après il est venu chez moi « qu'est-ce que vous avez fait, ma fille, vous avez pleuré en haut ? », j'ai dit « oui, j'ai été pleurer en haut », (...) j'ai dit qu'est-ce que je constate et comme il n'y a personne qui m'écoute, j'ai été plus haut. (...) Le grand directeur a été chez le directeur nursing, le directeur nursing a dit « il n'y a pas de soucis là, c'est elle qui fait des soucis ». (Sabine, 52 ans)

La notion de légitimité du terrain est très prégnante : dès qu'un-e infirmier-ère se distance un peu du travail de terrain, il-elle perd toute crédibilité aux yeux des infirmiers-ères encore en place. Dans le même sens, une personne qui n'est pas infirmier-ère n'a pas le droit de se mêler de ce qui touche au métier.

Et alors au-dessus de la chef de service, il y a un coordinateur, mais ces gens-là ne sont pas dans le métier. C'est pas qu'ils sont pas infirmières ici, Madame X elle est infirmière, mais ils n'ont pas la notion d'un bloc opératoire. Et puis chaque bloc opératoire est différent. (Pascale, 56 ans)

La direction, et bien la direction devient tellement... On vit aussi chacun dans son domaine, on se côtoie peu, ça, ça fait peut-être une difficulté d'être entendu. (...) Elle ne peut que « s'en moquer » parce qu'elle n'appréhende plus du tout. Notre direction de nursing, elles ont quitté les soins il y a tellement longtemps qu'ils ne savent plus ce que c'est. Ils passent dans le service, mais ils ne peuvent pas se rendre compte en passant dans le service tout ce que ça peut être comme charge de travail, comme implication donc ça fait accroître la charge psychologique. L'impression (...) d'être pas entendue. (...) C'est le sentiment d'isolement, et que personne ne voit la réalité du terrain et que tout le monde est dans ses chiffres et dans ses statistiques et pas du tout dans le terrain. [Avec ceux qui ont été sur le terrain avant] il y a tellement de différence, il y a tellement longtemps et puis on oublie vite. (...) Quand je vois déjà notre propre expérience, quand j'essaie de discuter avec tout le monde, ils me disent « mais souviens-toi quand on était jeune infirmière, c'était différent, difficile ». Loin, c'est très loin, oui oui ! (...) On oublie. Enfin je pense que eux sont pris par leur réalité qui est tout à fait autre, il peut être statistique, il peut être chiffre, mais ils sont impliqués ailleurs donc ils en rient. (...) On ne sait pas rester au courant de tout, c'est pas possible. (Séverine, 49 ans)

Pour sonder le travail et la productivité d'un hôpital, la direction a engagé une médiatrice qui vient dans les services calculer et mesurer les tâches accomplies, ce qui met une certaine pression sur le dos du personnel. Comme ils-elles se sentent surveillé-e-s et que certains fonctionnements risquent d'être remis en question, ils-elles lui enlèvent toute légitimité, parce qu'elle n'est pas du milieu (para-)médical.

Apparemment, il y a des statistiques qui ont été faites, on est un des rares hôpitaux à travailler aussi tard. Normalement vers 16h, 17h, voire 18h, les interventions se terminent, on compte plus ou moins encore 2h pour le patient en salle de réveil et à 8h la journée est finie. (...) Ici ce n'est pas le cas. (...) Donc c'est pour ça maintenant ils ont fait venir quelqu'un, une personne qu'ils ont engagée, pour voir un petit peu où le bât blessait. (...) Et ça aussi ça a créé une mauvaise ambiance parce qu'on est talonné par quelqu'un tout le temps qui a un chrono en main ou des choses comme ça, ça ne crée pas une bonne ambiance. (...) Elle n'est pas du tout dans le domaine médical, la personne en question, donc

elle ne sait pas du tout ce que c'est. (...) Elle est biologiste, je pense. Donc ça n'a vraiment aucun rapport. Et alors elle a fait une formation (...) hospitalière, un truc hospitalier, et alors voilà. Mais c'est ça, quelqu'un qui n'est pas du tout dans le métier, qui sait pas du tout ce que c'est que...et c'est tout ça qui nous fait peur aussi parce ces rapports, allez bon, cette fille elle doit travailler, on lui a demandé de faire des trucs, mais bon, ces rapports cela passe à la direction, mais qui sait si elle a bien compris tout ? Mais en attendant, c'est passé à la direction et la direction croit tout comme sur ce qui est écrit sur papier. (...) Ou bien dire « tiens voilà j'ai fait un rapport, vous ne voulez pas le lire pour voir si, par hasard, je n'ai pas fait d'erreurs ou pas mal compris ? ». Même pas à nous, au Docteur X, par exemple, le chef des anesthésistes et tout, ça ne doit pas être nécessairement les infirmiers, X il serait très capable de faire ça. Et bien ici non ça passe à la direction donc tout ça fait un malaise. (Patricia, 54 ans)

D'autre part, le-la chef de nursing est à l'écoute et comprend bien leur travail. À nouveau, il semble y avoir un lien direct entre la compréhension du travail infirmier et l'expérience ou la connexion « au terrain ». Comme s'il fallait absolument soit être ou avoir été infirmier-ère, soit faire preuve d'une grande empathie, pour comprendre le métier.

Il y a la directrice de nursing qui est très bien. Quand il y a quelqu'un qui est malade, quand on galère un peu, quand on a beaucoup de travail, elle s'arrange pour trouver quelqu'un. Ça franchement on n'a pas à se plaindre. (...) Mais vraiment on a de la chance avec elle. Vraiment. Quand on est en difficulté. (Sylvie, 50 ans)

Madame X qui est la directrice adjointe au nursing, qui est vraiment à l'écoute. Il y a 2 adjoints, il y a le directeur adjoint et le directeur du nursing qui est plus la partie administrative. Tandis que Madame X est quelqu'un de terrain, donc elle voit, elle voit les difficultés, et je n'ai pas peur d'aller lui dire « écoutez, il faudrait, il me faut un renfort ». Et je sais très bien que c'est la personne qui va s'arranger pour que j'aie quelqu'un. Parce que bon ben, elle nous fait confiance, on est responsable, elle sait, voilà. (...) [Si elle a besoin de parler, elle peut facilement aller voir la directrice adjointe:] elle le propose, elle dit toujours « si vous en avez besoin... ». (...) C'est une personne en qui on peut faire confiance, qui a son expérience, qui est une personne de terrain et que j'apprécie beaucoup, ça c'est certain. J'irais pas m'épancher comme ça chez le Directeur de nursing, parce que j'ai pas envie quoi, parce que c'est quelqu'un qui n'est pas à l'écoute quoi, je ne sais pas, qui ne va pas, à la limite, vous aider à aider à dénouer les problèmes tandis que Madame X oui. (...) Elle a une bonne écoute et une bonne approche des gens, et alors parfois je lui dis « qu'est-ce que tu ferais ? » Alors bon, elle me dit « allez 10 minutes » et puis on reparle, mais elle est à l'écoute, quoi. (Vinciane, 48 ans)

3. AVEC LE-LA CHEF INFIRMIER-ÈRE

Ici aussi, les relations avec le-la chef infirmier-ère sont divisées entre autoritarisme et écoute. D'un côté, les chefs de services peuvent être inflexibles, infantilisants et plutôt gestionnaires.

Avec la chef de service, c'était « si vous ne faites plus de gardes, vous quittez le service ». Je trouvais ça malheureux parce que je n'avais pas 35 ans de service, j'avais 55 ans, devoir aller travailler dans un autre service... (...) C'est d'abord la chef de service qui donnait son accord qui réfère à la hiérarchie. (...) Elle ne bougeait jamais pour un membre du personnel. (Laure, 60 ans)

On a eu une autre chef de service qui est partie aussi, elle est restée 1 an ½, nous étions comme à l'école gardienne et quand on avait fait quelque chose bien, on avait une gommette ! Donc ça n'a pas été. (Laure, 60 ans)

Notre ancienne chef avec qui j'ai eu des conflits, c'est une fille qui a été nommée. Les médecins (...) ont choisi celle qui était la plus à même de les écouter « eux ». (...) Elle était une fille très bien, c'est une fille qui avait un cœur d'or mais elle était incapable, en temps de conflits entre médecins et infirmières, de prendre parti pour ses infirmières, c'était toujours le médecin qui avait raison. Mais c'est terriblement... Pour nous c'était, c'est ingérable, hein ! Et de temps en temps, elle sentait que l'infirmière avait raison, alors elle venait « écoute bien, tu sais, Pascale, tu as raison, je suis tout à fait d'accord avec toi », mais devant le chirurgien, elle te lâchait. (Pascale, 56 ans)

D'un autre côté, les chefs de service peuvent être plus humains, empathiques et penser davantage au bien-être de l'équipe.

Moi j'ai rien à lui reprocher, hein [à la chef]. (...) Elle sait bien, si j'ai des soucis, je sais la trouver, donc, que ça soit des soucis d'ordre personnel, familial ou dans le boulot, elle était chaque fois très présente, et tout à fait ouverte à la discussion et ça j'ai jamais de soucis. (Carole, 49 ans)

Ici il [le chef infirmier] est bon. C'est quelqu'un de très humain. (Michèle, 46 ans)

On a une chef de service qui est vraiment très très bien, quoi. (...) Pour ça on a vraiment une chef, vraiment formidable, parce qu'elle a su créer un lien dans cette équipe, parce qu'on était, enfin, les 4 du bloc, on se connaissait bien mais alors, il y en avait qui sont venues de différents services de l'hôpital et on ne se connaissait pas et rapidement on a fait bloc et on s'estentraidé et ça a relancé, on fait des sorties ensemble... (...) Je pense que c'est la chef qui est très ouverte qui dit tous ses problèmes, qui... auxquels on participe, oui, elle fait participer tout le monde, oui oui. (...) On est au courant de tout ce qui se passe, elle va dans le comité de gestion de l'hôpital, elle annonce ce qui se passe, chose qu'avant on ne connaissait pas, (...) ici on est au courant de tout, de toutes ses aventures avec les directions, avec ci, avec ça. Et alors c'est quelqu'un qui règle directement les problèmes, quoi. Elle n'attend jamais. (Nicole, 62 ans)

4. AVEC LES AIDES-SOIGNANT-E-S

La relation avec les aides-soignant-e-s peut aussi poser problème. En effet, si les deux camps ne se connaissent pas suffisamment professionnellement, des craintes de dévalorisation peuvent vite arriver au quotidien. « Ce binôme est lourdement chargé de risques identitaires, l'aide-soignante et l'infirmière ne voulant pas être rabaisées dans leur tâche à cause des tâches non nobles – toilettes, bassin, etc. (...) C'est que l'interaction elle-même, plus que la tâche, pose problème » (Sainsaulieu, 2003, p. 163).

Pourtant, très peu de détails sont donnés dans les entretiens quant aux relations avec les aides-soignant-e-s. Seul un court extrait peut laisser présager un éventuel rapport condescendant de la part des infirmiers-ères, mais c'est peut-être juste une différence existante entre les compétences acquises lors de la formation initiale ou de l'expérience. Il n'y a pas vraiment lieu d'affirmer empiriquement une relation de pouvoir verticale entre infirmiers-ères et aides-soignant-e-s. Peut-être est-ce plus évident de parler de rapports de pouvoir subis qu'exercés.

[Laisser une infirmière seule en nuit,] mais, il y a seule et seule, parfois il y a une volante, maintenant il y a l'avantage, le mieux c'est qu'il y a quelqu'un, soit aide-soignante, soit infirmière. L'idéal, c'est l'infirmière, puisque bon elle fait les mêmes tâches, etc. Ou alors aide-soignante, c'est vrai qu'elle ne fait pas toujours tout, elle ne voit pas toujours la même chose qu'une infirmière. Donc ça c'est vraiment un problème au niveau des nuits. (Vinciane, 48 ans)

5. ENTRE INFIRMIERS-ÈRES

La bonne ambiance dans une équipe n'est pas toujours d'actualité, il faut l'entretenir régulièrement, mais ce n'est pas gagné d'avance. Quand les membres d'une équipe n'arrivent pas à s'entendre, ça peut provoquer des départs anticipés.

Il y a toujours des périodes un peu plus difficiles que d'autres ! Ben oui, ce sont peut-être des soucis professionnels parce que ça ne va pas bien dans l'équipe ou son travail est trop lourd. (Paul, 49 ans)

Ici, ben, jusque il y a quelques mois, disons c'était assez stable, et puis il y a eu un peu toute une bascule, bon, il y a des personnes qui partent, donc maintenant, parce qu'il y avait des mécontentes, parce qu'il y a peut-être des mécontentes avec moi, parce qu'il y avait des mécontentes entre le personnel, parce qu'il y avait des démotivations, justement l'âge étant là, peut-être aussi. L'envie de voir autre chose. Donc voilà. (...) Mais, il y a une qui est plus âgée, donc je pense elle doit avoir 45 elle aussi. Oui, une plus jeune qui part donc comme infirmière indépendante. Et une autre qui part au Luxembourg comme infirmière. (Vinciane, 48 ans)

L'engagement des infirmiers-ères ne se fait pas de la même manière au bloc opératoire : les circulantes dépendent de l'hôpital, tandis que les instrumentistes dépendent d'un pool de médecins. Cet engagement différencié crée un climat hiérarchique entre infirmiers-ères au bloc. Avoir été choisi-e par un chirurgien pour faire partie des instrumentistes semble plus valorisant que de rester circulante et de ne pas être « choisi-e ». Donc, on peut imaginer une sorte de compétition entre infirmiers-ères pour être dans les bonnes grâces des chirurgiens, afin d'être choisi-e plus tard.

[Les circulantes] dépendent de l'unité, elles dépendent de la clinique. [Et les instrumentistes] souvent, elles sont engagées par la clinique mais elles sont payées par le pool des chirurgiens, ou anesthésistes (...). Souvent, ce qui se passe, c'est qu'elles sont engagées par le chef de service, elles font circulantes et quand elles sont repérées par un chirurgien, le chirurgien dit « tu deviendrais pas instrumentiste ? », et paf, elle change... (...) Et alors les instrumentistes sont en porte-à-faux, elles ne sont pas gérées à la base, elles font quand même partie d'une équipe soudée, et donc elles ont fait vite le travers de critiquer la circulante, elles ont vite oublié qu'un jour elles ont été circulantes. (...) C'est plutôt les médecins qui sont leurs chefs de service. (Pascale, 56 ans)

On a une infirmière instrumentiste, mais c'est une fille, elle est fantastique, elle continue à comprendre que nous on doit faire ça... Toutes les instrumentistes ne sont pas des pestes qui prennent parti pour leur chirurgien et qui ne laissent... ce n'est pas toujours comme ça. (Pascale, 56 ans)

En tant que circulante, ce qu'on appelle par une circulante c'est vraiment le seul élément non serré, on va dire, avec l'anesthésiste dans la salle. Donc, c'est-à-dire qu'ils sont tous habillés et serrés autour d'une table, et s'ils ont besoin de gants, de matériel, de fils et des choses comme ça, c'est nous [les circulantes] qui donnons tout ça. Sans nous ils ne savent rien faire. (...) Et l'instrumentiste, elle, elle passe les instruments au chirurgien. Elle, elle est plus proche mais donc elle est aussi gantée, avec sa blouse et tout le machin. Et nous on est habillé comme ça [sans uniforme]. (Patricia, 54 ans)

D) RAPPORTS D'ÂGES

Un dernier rapport de force de l'intersectionnalité réside dans les relations entre les âges. Marc Bessin propose « de distinguer l'âge chronologique, traditionnellement considéré comme une variable universelle, neutre et démocratique, des positions relationnelles sur le parcours de vie répondant à des attentes et des anticipations, fortement sexuées. On s'intéresse alors aux rapports sociaux d'âges comme rapport de pouvoir. En ce sens, l'âge devient une catégorie imbriquée au genre : concrètement, il résulte du système de genre qu'une femme et un homme n'ont pas du tout les mêmes perspectives au même âge. (...) Le parcours de vie des femmes est formaté par des anticipations de prises en charge, qui se focalisent à l'arrivée des enfants ou des difficultés des ascendants. Mais, fondamentalement, tout le long de leur existence est structuré par ces registres de la responsabilité et de la temporalisation » (2013, pp. 113-114). Bessin prend donc en compte les calendriers de vie genrés, c'est-à-dire que les temporalités sont inégales entre les hommes et les femmes. Ses enquêtes, sur le travail social et les pratiques judiciaires notamment, remettent alors en cause le modèle ternaire de l'âge (jeunesse, âge adulte, vieillesse), qui semble fixe car chronologique, mais pourtant véritablement construit à partir du masculin. « Le temps reste souvent (...) appréhendé de manière neutre du point de vue du genre. Autrement dit, c'est un temps masculin neutre, pensé le plus souvent par des hommes » (Bessin, 2014, p. 3). Pourtant, cette dimension chronologique du temps n'est pas neutre et ne peut pas rendre compte de toute une partie des activités de soin dédiées aux femmes. Il faut donc prendre en considération le temps dans sa conception kairologique, dont *kairos* renvoie au « bon moment » qui « relève du rapport à l'autre, de l'anticipation et de la responsabilité, tout en étant conditionné par la disponibilité » (Bessin, 2014, p. 4). Le temps ne peut donc pas être programmé à l'avance, mais il est produit sur bases de rapports sociaux de sexe ; le temps est genré.

Cette imbrication des âges et du genre n’a pas été directement observée dans les entretiens, car le nombre d’hommes infirmiers interrogés était trop faible (2). Pourtant, au sein du groupe des femmes, non seulement des rapports générationnels face aux modèles sexués se distinguent, mais aussi le rapport de pouvoir entre les âges s’avère incontournable ici, tant les différences entre les âges et/ou les générations reviennent constamment dans les entretiens. Étant donné leur spécificité temporelle ou contemporaine, les rapports de pouvoir entre générations seront étudiés dans le point suivant, traitant de l’analyse des nouveaux facteurs de malaise infirmier. Cette partie est particulière car elle possède une dimension à la fois constitutive et nouvelle. En effet, les rapports d’âges existent depuis la nuit des temps. Socrate, au V^{ème} siècle avant J.-C., disait déjà : « Nos jeunes aiment le luxe, ont de mauvaises manières, se moquent de l’autorité et n’ont aucun respect pour l’âge. À notre époque, les enfants sont des tyrans ». La concurrence entre les âges est prégnante dans toutes les professions et reste immuable dans le temps. Par contre, ces rapports d’âges doivent être discernés des rapports de générations, qui, eux, s’inscrivent dans une époque particulière. Même si l’on peut débattre du côté constitutif des rapports générationnels, il sera important de décrire en quoi les générations éprouvent actuellement des problèmes relationnels inédits. C’est notamment sur ce dernier point que l’on pourra traiter de « qualitatif mettant à l’épreuve le quantitatif » au niveau méthodologique, car les informations sur les rapports de générations ne figuraient dans aucune hypothèse de départ. Pourtant, elles étaient tellement incontournables qu’elles seront traitées plus amplement dans le point suivant (2. *Homo sociologicus* nouveau : rapport de générations, p. 245).

Selon les données les plus récentes du PlanCAD (voir Tableau 41), par groupes d’âge, on ne retrouve pas de différences entre hommes et femmes : les pourcentages par groupe d’âge sont quasiment identiques pour les infirmières et pour les infirmiers. Par contre, les deux sexes confondus, si on compare les groupes d’âge entre eux, on peut remarquer une légère prépondérance de la tranche d’âge des 40-50 ans avec 33%, viennent ensuite les 30-40 ans avec 27%, puis les 50 ans et plus avec 25%, et enfin les plus jeunes, jusque 30 ans, avec 14%. Même si c’est après 50 ans que les infirmiers-ères deviennent moins actifs-ves, c’est la tranche d’âge qui précède, à savoir les 45-49 ans, qui sont les plus nombreux au travail avec presque 18% du total des personnes actives.

Tableau 41 – Pourcentages des infirmiers-ères actifs-ves par groupe d’âges, 2009

%	Jusque 24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65 ans et plus	Total
Femmes	4,05	9,97	13,39	13,76	15,48	17,96	14,53	8,51	2,07	0,28	100
Hommes	3,30	10,39	14,65	14,12	14,53	17,51	15,89	7,46	1,95	0,21	100
F & H	3,95	10,03	13,56	13,81	15,35	17,89	14,72	8,36	2,05	0,27	100
F & H	13,98		27,37		33,25		25,41				100

Source : Stade Infirmier 2004-2009 – 2014 – SPF Santé publique

Selon Bourdieu, « les divisions entre les âges sont arbitraires. (...) La frontière entre jeunesse et vieillesse est dans toutes les sociétés un enjeu de lutte. (...) Dans la division logique entre les jeunes et les vieux, il est question de pouvoir, de *division* (au sens de partage) des pouvoirs. Les classifications par âge (mais aussi par sexe ou, bien sûr, par classe...) reviennent toujours à imposer des limites et à produire un *ordre* dans lequel chacun doit se tenir à sa place. (...) L’âge est une donnée biologique socialement manipulée et manipulable. (...) Les luttes entre générations atteignent une plus grande intensité au moment où les trajectoires des plus jeunes et des plus vieux se télescopent, où les « jeunes » aspirent « trop tôt » à la succession. (...) »

Lorsque le « sens des limites » se perd, on voit apparaître des conflits à propos des limites d'âge, des limites entre les âges, qui ont pour enjeu la transmission du pouvoir et de privilèges entre générations » (Bourdieu, 1992, pp. 143-144,149).

Dans les entretiens réalisés, les éléments favorisant l'un ou l'autre âge fusent. Même si ces éléments n'existaient pas encore proprement dit pendant l'Antiquité, ils semblent néanmoins récurrents dans le temps et ne sont pas directement associés à une époque particulière. Il s'agit donc bien ici d'effets d'âge.

Parfois, ces histoires de générations, c'est simplement lié au fait que les plus anciennes ne fonctionnent pas de la même façon que les plus jeunes et c'est difficile d'accepter les différences. Je vois ça très fort, par exemple, avec nos adolescents, qui nous exaspèrent parce que leur façon de penser est juste insupportable, ou avec nos mères. Mais c'est la même chose au boulot finalement : on a l'impression que ce qu'on fait correspond à ce que tout le monde devrait faire et alors ça énerve un peu. De tout temps, ça va exister. On sera toujours décalé par rapport aux âges différents. (MAG 20)

1. DIFFÉRENCES DE POLITIQUES SOCIALES

Les infirmières interrogées se plaignent de ne pas avoir bénéficié des mêmes privilèges que leurs jeunes collègues (par rapport aux congés de maternité, par exemple). Être une jeune infirmière il y a 30 ans ou à l'heure actuelle représente presque deux métiers différents. Il est vrai qu'en quelques décennies, les politiques sociales ont fait évoluer les conditions de travail. Ces évolutions sont souvent ressenties comme injustes, ou carrément inutiles, de la part des infirmières plus anciennes, qui ont vécu leur grossesse avec leurs collègues, comme avec une famille.

[Quand les jeunes infirmières sont enceintes, elles sont en congé plus d'un an :] Quinze mois ! Mais ça c'est encore aussi une chose qui a été faite, une législation qui a été faite. La protection de la femme enceinte. (...) Les infirmières elles travaillaient jusqu'à leur terme au bloc opératoire, hein. Moi je me souviens d'une fille, elle était comme ça [geste de grossesse avancée], mais elle surmontait, hein, on trouvait ça tout à fait normal, on n'aurait jamais imaginé... (...) Il y a toujours des dangers. Vous prenez une voiture, il y a un danger. (...) Mais une femme enceinte, elle peut continuer à travailler dans une unité, elle peut faire du secrétariat, il y a mille choses à faire qui ne sont pas d'être dans une salle. (Pascale, 56 ans)

Maintenant, il y a quand même la protection de la femme enceinte, elles sont mises hors du quartier opératoire, elles ne font plus de gardes, et puis c'est congé d'allaitement, et puis les congés... Quand elles sont enceintes, on ne les voit pas pendant plus d'un an. (...) Non, moi je crois que si elles l'ont, c'est vrai, c'est très bien pour elles, au contraire, pour nous on n'avait pas assez mais cette histoire de pension à 58 ans moi je trouve qu'il faut maintenir ça. (Patricia, 54 ans)

Elles ont aussi, je vais le dire franchement quand même, beaucoup plus de facilités maintenant, elles vivent l'écartement de grossesse dès qu'elles sont enceintes, euh, chose que nous autres on n'a jamais vécu, on a gardé notre gros ventre jusque 10 jours avant d'accoucher, elles, je vais dire, dès qu'elles savent qu'elles sont enceintes, elles partent. Donc, je vais dire, ça casse un peu la famille de l'équipe dans le sens où on ne vit plus leur, moi ma grossesse, alors toutes les filles de l'équipe l'ont vécu avec moi, enfin, la même chose, on a vécu des grossesses de collègues et ça crée, je vais dire, un... Maintenant elles partent et puis (...) elles reviennent un an après parce qu'elles ont leur congé d'écartement et puis elles ont leur congé d'allaitement, qu'on n'avait pas d'ailleurs, et finalement elles partent, puis, après ça, se greffent (...) des congés parentaux et (...) c'est toutes des facilités qu'elles ont connues qu'elles ont droit, qu'elles prennent, et que nous, les anciennes, ben je vais dire maintenant on a le congé (...) d'aménagement de fins de carrière, et bien, je vais dire, est le bienvenu parce que nous on a rien eu de tout ça, rien, rien, rien, rien, rien. Moi, je vais dire pour mes trois enfants, j'ai eu 9 mois de congé en additionnant les trois et elles, elles ont un an pour un ! (...) Si j'étais jeune maintenant je les prendrais tous ces congés-là, je les prendrais. (Denise, 51 ans)

Le sentiment d'injustice est encore plus profond quand les plus âgé-e-s doivent pallier le manque de personnel quand les jeunes sont en congé de maternité, par exemple.

Donc, c'est nous autres, les vieilles [rires] qui n'avons rien eu qui doivent reboucher les trous parce que moi mes horaires ils étaient faits jusque fin août. (...) Alors je leur fais les deux mois [d'horaires], oui, mais moi, j'ai pas prévu qu'elle soit enceinte ! Normalement elle a son horaire jusque fin août. Donc il a fallu reboucher. (...) Ça c'est lourd. Et ça c'est lourd, je le dis franchement parce que, euh, on n'a rien eu parce que la loi était comme ça, et maintenant on n'a encore rien et on rebouche encore les trous des autres ! (Denise, 51 ans)

Dans une équipe ce sont déjà les jeunes mères, c'est déjà le fait que pour un oui ou pour un non, l'enfant est malade, vous ne les voyez pas arriver ! Vous avez une surcharge de travail. Après ça, on ne peut pas non plus demander un changement d'horaire, parce que tout est tellement réglé pour les crèches et tout ça, donc je pense que dans les grosses équipes ça finit par créer aussi des conflits. (...) « C'est toujours les mêmes », « c'est toujours sur les mêmes qu'on retombe pour reprendre des gardes » et tout ça...et euh... (...) Et ça crée quand même des ambiances, des tensions et qui font qu'elles n'ont plus envie de venir travailler. On vient travailler avec les pieds de plomb. Il y a plein de petits problèmes, qui, ça paraît anodin, mais... (Nicole, 62 ans)

A contrario, les aménagements de fin de carrière dont bénéficient les infirmiers-ères de plus de 45 ans sont parfois considérés comme inutiles ou injustes par les plus jeunes.

De la part des plus jeunes, c'est ce que j'ai vécu moi-même quand on n'arrive pas encore à l'âge, on se dit « est-ce maintenant vraiment nécessaire ? ». (...) Il y a quand même un jugement et un jugement de dire « elle profite, hein ». C'est l'air de dire « c'est des cadeaux ! » Parce qu'on se rend pas encore compte à ce moment-là que ça devient, avec l'âge, ça devient de plus en plus difficile et qu'on a quand même eu des années difficiles. (Bénédicte, 48 ans)

Je ne sais pas quelle est la dynamique qui fait que certaines personnes font des remarques ou pas mais oui, en tout cas, on est taquiné, plus que régulièrement avec ces dispenses de travail que certains appellent (...) « le jour de vieillesse », oui, c'est quelque chose comme ça ! (...) Je m'en moque. Je sais qu'on a toujours, euh... Ça fait partie aussi du jeu, que ce soit ça, ou que ce soient les cheveux gris ou n'importe quoi ça fait partie de la vie tout court. (...) Il faut pouvoir accepter son âge, puis il faut pouvoir rire un peu de soi, et puis il faut aussi accepter que les gens vous taquent, si on n'a plus d'humour alors ça devient grave ! (Séverine, 49 ans)

De facto, des boutades, voire parfois des moqueries, peuvent arriver.

Oui, à un moment c'était même un peu rigolo, quoi. « Ah, t'as déjà tes 45 ans ! T'es déjà vieille. » [rires] (Agnès, 56 ans)

Des trucs gentils [ton ironique]. Comme « voilà les mamys sont en congé », on disait « un jour de vieille toche », c'était carrément très péjoratif. (...) Ce sont des taquineries de gens qui travaillent. (Jacqueline, 53 ans)

Parce que même ici en service ils disent « vous avez beaucoup de congés hein ! » (...) Je dis « oui j'ai l'âge de prendre beaucoup de congés ! » (...) C'est une blague oui, mais ils te disent quand même que vous avez beaucoup de congés. (...) Parce que, je sais pas, quand je dis « écoutez, je ne viens pas j'ai un VAP », « De nouveau ? Mais vous n'êtes presque pas ici, hein ! » Je dis « écoutez, pendant que je suis ici, il n'y a personne qui me dit « Sabine vous êtes ici » ». Quand je suis pas ici, le lendemain tout le monde me demandait « Sabine vous étiez de nouveau en congé ? » (Sabine, 52 ans)

2. DIFFÉRENCES D'ANCIENNETÉ, DONC DE SALAIRES

Les salaires des jeunes et des plus âgé-e-s ne sont pas les mêmes, en fonction de l'ancienneté.

Les gens plus jeunes font attention au salaire, ils calculent. Ben oui, je comprends parce qu'ils gagnent moins et qu'à ce moment-là c'est un ¼ temps. Moi, je sais que j'ai fait, quand j'étais plus jeune, deux temps plein journée et nuit combinées, tout ça avec, quand il faut il faut...mais il faut plus...c'est inimaginable maintenant. (...) J'ai fait ça un mois, mais donc il y a moyen de le faire. (...) Et donc quand on est jeune je pense que le salaire est quand même important. (...) A tout âge mais on a quand même,

vu que avec l'ancienneté on gagne quand même plus...ça fait quand même une grande différence. (Bénédicte, 48 ans)

3. DIFFÉRENCES DE RÉCUPÉRATION ET ENDURANCE PHYSIQUE

L'énergie dépensée au travail par un-e infirmier-ère de 20 ans n'est forcément pas la même qu'à 50 ans.

Il y a peut-être de la jalousie de certaines plus âgées de voir qu'elles ont été jeunes et qu'elles ne le sont plus, qu'elles ont moins d'énergie. Quand je vois, à 53 ans, l'énergie des gamines, c'était moi il y a 30 ans. Ce n'est pas de la jalousie, mais c'est du regret peut-être de ne plus avoir ce punch, pas la santé car on l'a toujours mentalement. Il y a des conflits, des différences. (MAG 18)

Pour multiplier les primes, les plus jeunes vont aussi chercher à travailler davantage les nuits, les week-ends et faire des gardes, ce qui arrange les plus âgé-e-s, cherchant, eux-elles, à gagner du temps de récupération physique.

Les souhaits des plus jeunes ne sont pas ceux des gens plus âgés, qui, là, ont besoin d'un jour de temps en temps pour récupérer physiquement et là, au plus qu'on est jeune, on veut travailler beaucoup, énormément et puis récupérer en plusieurs jours pour un peu partir et financièrement on veut un petit peu aussi. (...) Et c'est quand au plus qu'on est jeune au plus que c'est pas grave. (Bénédicte, 48 ans)

[Le fait de ne plus faire de nuits], j'en ai parlé avec elles [les plus jeunes] et elles acceptent. Elles ont dit « oui on comprend très bien, quand on arrivera à ton âge, on aura peut-être plus envie d'en faire aussi ». Voilà, parce que j'ai une autre collègue, quand je suis arrivée ici, j'ai une collègue qui va avoir 50 ans l'année prochaine, qui elle ça ne la dérange pas de faire les nuits, la seule chose qui la dérange c'est les week-ends. (Sylvie, 50 ans)

Pourtant, le besoin de récupération physique plus important avec l'âge (en faisant moins de nuits, par exemple) semble parfois difficilement accepté ou compris par les plus jeunes.

Je pense que ça ferait plus grincer les dents des jeunes qui sont à temps plein et qui font des nuits d'entendre que, par exemple, les plus âgées ne font plus de nuits. Ça à mon avis, je pense que ça ferait plus grincer les dents. C'est vrai qu'elles réfléchiraient en disant qu'elles auront leur tour un jour aussi, c'est sûr mais le jour où la... Si un jour cette mesure devait apparaître et qu'elle devait tomber, pouf comme ça dans le service, peut-être ça ferait plus grincer les dents. (...) Je pense que ça, ça serait plus difficile à accepter mais c'est vrai que en réfléchissant un peu elles accepteraient, enfin surtout ici, on a quand même une bonne équipe, on n'a pas à se plaindre, on s'entraide bien, on se comprend quand même bien donc je pense que au total ça serait bien accepté mais les répercussions pour les autres qui devraient, du coup, faire un peu plus de nuits feraient peut-être plus « grincer des dents » que de simplement savoir qu'on a un jour de congé en plus. (Nadine, 47 ans)

Les plus âgé-e-s ont l'impression d'avoir été plus résistant-e-s dans leur jeunesse que les jeunes d'aujourd'hui, d'où le sentiment d'injustice derechef renforcé.

Je crois on était plus résistante au travail que la génération actuelle parce que à l'époque on était résistante, mais c'est la récupération qu'on n'a plus. (...) Deux fois, j'ai pas su me lever, moi, je travaillais jusqu'au moment où je ne savais pas quitter mon lit parce que pour finir, j'avais mal au dos, j'avais une sciatique, (...) mais enfin, j'arrivais, c'est mes collègues qui défaisaient mes chaussures, hein. Je ne venais pas travailler si je ne savais pas quitter mon lit, mais sinon je venais travailler ! (...) Je venais en souffrant. (...) [Maintenant] les gens ne font plus... Comme on dit vulgairement, on fait un pet de travers on ne vient pas ! (...) Je m'occupe des élèves stagiaires des blocs opératoires, il y en a qui sont motivées, d'autres elles connaissent un peu le tabouret. (...) Ça ne me dérangeait pas moi quand j'étais jeune, quand j'avais leur âge, de sortir jusqu'à 3h30 du matin et à 6h30 du matin je me levais et j'allais travailler. (Laure, 60 ans)

J'ai encore des collègues qui travaillent là. (...) Elles disent que les jeunes ne sont pas travailleuses, nous on a des jeunes (...), je dirais 9 sur 10, c'est des bosseurs, les filles en veulent, hein. (Pascale, 56 ans)

[Si on enlève des nuits aux plus âgé-e-s, les plus jeunes doivent en faire plus, mais :] c'est pas évident. Et même les jeunes qui commencent ils n'ont pas toujours envie non plus, quoi. (Vinciane, 48 ans)

4. DIFFÉRENCES COGNITIVES : ÉCOLE VERSUS EXPÉRIENCE

L'éternel débat entre les connaissances « fraîches » des professionnel-le-s tout droit sorti-e-s de l'école et les connaissances accumulées par l'expérience des années sur le terrain est également de mise entre les infirmiers-ères. On peut donc parler ici de différences cognitives qui doivent être discutées pour être acceptées de part et d'autre.

L'équipe, plus on est jeune, plus on croit qu'on sait tout, hein. (...) On ne sait rien y faire, je crois qu'on a été comme ça, on est sorti de l'école, on a aussi cru que les anciennes avaient oublié tout et ne savaient rien. Parce que l'expérience c'est quand même...et puis on reste dans le coup, puisqu'il y a les stagiaires qui viennent toute l'année, donc toutes les nouveautés, (...) si vous suivez un petit peu les stagiaires, vous suivez toutes les nouveautés. (Michèle, 46 ans)

Je me demande dans quelle mesure les gens ont envie d'être coachés. Parce que je trouve qu'elles ont...qu'elles sont vite, enfin, pas une majorité, hein, y a quand même des gens très bien qui sortent des écoles. Je trouve qu'elles sont vite en pays conquis, quoi. Y en a qui nous en remontent, hein, ça c'est clair. Et si y a des fois qu'on fait des petites remarques qui n'ont rien d'agressif, on voit bien que c'est très mal perçu, quoi, elles se vexent très vite. Et quand on dit « non, écoute, prends-le pour ce que c'est, ne te vexe pas ». Hein, c'est pour ne plus refaire ça ou le faire autrement ou...mais on voit bien à la mine que... (...) Mais elles peuvent nous en apprendre aussi par contre, hein, moi je vois elles sortent de l'école pour nous rafraîchir plein de choses, euh, moi je suis contente de travailler avec des plus jeunes au niveau théorie et qui sont complètement au top et qui nous y apprennent plein, je suis pas gênée d'aller poser des questions et de me faire expliquer. (Carole, 49 ans)

Il faut aussi réapprendre la solidarité, c'est peut-être quelque chose qu'ils ne connaissent pas, et expliquer pourquoi. (...) Si je permets à une personne de ne faire que des matins pendant un certain temps, parce que c'est difficile de s'organiser avec son mari, par exemple, en échange, je voudrais bien que, quand quelqu'un est malade, tu puisses dépanner, faire appel à quelqu'un dans ta famille pour m'aider. C'est une question de prêter pour un rendu, ça peut s'apprendre. Si les besoins sont différents, si la façon d'aborder les choses est différente, ça ne sert à rien de critiquer et de dire que c'était mieux avant, car ils risquent de partir. Il faut qu'on vive ensemble et qu'on avance ensemble. (MAG 17)

Dans ces différences cognitives, l'ère de l'informatique a évidemment créé une sorte de fossé entre les âges informatisés et les autres. Ces connaissances informatiques, de plus en plus nécessaires à l'hôpital et au soin, sont en général bien accueillies. Les plus âgé-e-s peuvent apprendre des plus jeunes.

Apprendre à vivre avec les générations de l'informatique, c'est aux chefs et adjoints à en parler aux gens plus âgés qui n'acceptent peut-être pas. Je me mets dans les gens plus âgés, je n'y connais que dalle en informatique, mais je laisse les jeunes m'apprendre, j'ai besoin d'eux, je sais qu'ils savent mieux s'en servir que moi, donc je demande qu'ils m'apprennent et ils prennent grand plaisir à montrer qu'ils sont au courant, qu'ils peuvent nous apporter quelque chose. (MAG 18)

Au niveau de la formation : on n'est pas né avec des ordinateurs, mais on a toute une jeunesse qui est née là-dedans et qui a facile, alors que nous avons dû nous adapter à ce genre de façons d'aborder le travail. Idem pour les programmes informatiques. Ils ont donc à nous apprendre aussi à aborder le travail différemment. On a autant à leur apprendre par rapport à notre ancienneté, expérience, mais on a à apprendre d'eux aussi. (MAG 17)

C'est ça le côté important d'une équipe aussi, avec des différences de générations, c'est qu'on a des générations qui tempèrent, on a une génération qui est plus excitée, c'est justement ce mélange de générations qui tient, même s'il y a des conflits. (MAG 20)

Pourtant, ces différences ne sont pas toujours bien acceptées ou comprises : soit le manque d'expérience est décrié par les plus âgé-e-s, soit c'est le manque de connaissances nouvelles qui sont dépeintes par les plus jeunes.

Ils [les plus âgé-e-s] ne se rendent plus compte à quel point il y a beaucoup de choses à savoir, ils demandent d'être formés très vite alors qu'ils [les plus jeunes] n'ont pas, il leur faut les 6 mois. On ne peut pas compter sur un nouveau avant 6 mois or ici, ils disent « mais enfin c'est pas possible ». C'est

tellement ancré dans leur routine, qu'ils le font sans même réfléchir, ils ne se rendent plus compte de leur... Ils ne se souviennent pas. (...) Et leurs débuts, c'est plus du tout les débuts de quelqu'un de maintenant. Le contexte est tout à fait différent. (...) Ils comparent avec leur pratique professionnelle du moment. Donc c'est très pénible pour les nouveaux qui parfois pleurent et disent « oh, on se fait ramasser, oui, c'est pas juste ». Il faut tempérer tout le monde. (Séverine, 49 ans)

Ils doivent se dire « ah bien oui, toi tu commences quand même, tu fais partie des plus anciennes. Donc tu as une appréhension par rapport à l'apprentissage ou par rapport aux nouveautés ». On est censé avoir un comportement autre parce qu'on vieillit... D'une part, les jambes sont un peu plus...il faut commencer à te soigner, quoi ! Et il y a les 2, il y a aussi une part de jalousie : « et bien t'as un DT, toi ! » (Séverine, 49 ans)

Ces différences peuvent aussi être utilisées pour ne pas devoir s'adapter à un changement de service, par exemple.

Moi, je trouve que ce sont les jeunes qui doivent aller en maternité, hein ! (...) Mais non moi je ne suis pas habituée, les jeunes qui sortent de l'école, si ! Parce qu'elles ont quand même été en stage en maternité et bon... (...) Quand j'y vais je suis comme un stagiaire, hein, forcément ! (...) Mais je dis, même à la maternité, celles qui ont mon âge...il y a trop de changements ! (...) C'est parce que, on est ancré dans son service, on reste dans son service ! Et il y a les techniques qui ont changé. (Mireille, 51 ans)

E) RAPPORTS INTERSECTIONNELS

Même si nous avons détricoté chaque rapport de pouvoir l'un après l'autre, tous ces rapports sont imbriqués les uns dans les autres. Il est rare qu'un rapport de pouvoir existe seul, sans un autre. L'enchevêtrement entre le genre et le rapport de fonctions est à maintes fois révélée dans la relation médecin/infirmière, mais à cela se rajoute le filtre de l'âge.

Une infirmière interrogée s'est épanchée sur ses inquiétudes quant à deux jeunes médecins venus remplacer un médecin partant à la retraite. Ici, il y a sans doute un mélange de tristesse de voir partir une belle collaboration, une peur de changement par manque de bonne transmission, et un *a priori* certain quant à l'air condescendant de la jeunesse vis-à-vis d'une « vieille » infirmière.

Je ne suis pas médecin, je suis infirmière, donc je pense qu'on est collaborateur, on n'est plus maintenant considéré comme en-dessous mais c'est plus la même approche, quoi. (...) Ils [les jeunes médecins] ne gèrent pas du tout de la même façon. La façon palliative, la façon d'annoter quelque chose, le temps de prendre, le temps de s'asseoir. Ne pas prendre les gens pour des niquedouilles, qu'est-ce que je sais tout quoi moi ! Tout un peu plus, la chaleur humaine. (...) Mais oui, maintenant, je me dis, il faut laisser un petit peu le temps. Il faut peut-être que la personne soit partie pour que les jeunes fassent leurs preuves aussi. (...) Mais je sens que je n'aurai pas le même regard, la même aide d'autres médecins, quoi. (...) Ça m'a un petit peu démoralisée quelque part et la semaine dernière, c'est la première fois que je me levais en me disant, j'avais les pieds de plomb et (...) ça ne m'était jamais arrivée en 27 ans de carrière, quoi. (...) On vient de faire 15 jours avec ce médecin-là [celui qui va partir], où c'est vrai, on fait le tour, on va dire bonjour aux patients, on prend le temps... (...) [Avec les jeunes médecins] il y a une autre approche, quoi. Non, mais je me dis, il y a du positif, je ne suis pas là pour faire leur procès bien entendu, parce que eux il faut qu'ils acquièrent tout ça, mais (...) ils sont plus jeunes, je ne sais pas moi, un, une trentaine, trente-deux. (...) C'est ce que j'ai clairement dit aux médecins, il y a des choses qui doivent continuer, je ne changerai pas, quoi, même si je dois me battre. Parce que je veux pas qu'on reparte à zéro avec des choses qui n'existaient pas avant. C'est trop moche, parce que je trouve qu'on essaie quand même de faire de la qualité... (...) Ça j'y tiens, franchement, sinon j'arrête, sinon je m'en vais ! (Vinciane, 48 ans)

Il existe aussi une différence de mentalité entre les femmes d'âges différents, principalement dans la manière de gérer la relation aux médecins : alors que les plus âgées ont plutôt une expérience de soumission « fonctionnelle », les plus jeunes vont plutôt se défendre et exprimer

leur mécontentement. Pourtant la réaction des plus jeunes a tendance à imprégner ou influencer la mentalité des plus âgées.

C'est l'évolution de la mentalité des femmes, Nicole et moi on est encore, je dirais un peu une génération « fais ça tout de suite », on est soumise. Un chirurgien nous dit « fais ceci, gna, gna, gna », on le fait, on le fait, on n'est pas...mais on n'accepte plus d'être « mal traitée », tandis que la jeune génération, elle ne se laisse pas faire, elles ne sont pas contentes, elles le disent, et tout, nous on n'était pas contente, on allait chialer dans notre coin, et la chef de service nous disait « et bien écoute, c'est comme ça, c'est comme ça ». Et voilà, maintenant les jeunes ne veulent plus ça. (Pascale, 56 ans)

Cet extrait renvoie notamment au « rapport de sororité » bouleversé par la lutte féministe : on assisterait à des modèles de genre par génération. « Les questions générationnelles (...) relèvent également d'une contextualisation des modes de socialisation et d'engagement. (...) Une nouvelle génération arrive majoritairement au féminisme par la "théorie", alors que leurs mères ont rencontré le féminisme par et dans la "pratique" » (Bessin & Dorlin, 2005, p. 13). Le féminisme n'est ni vécu ni revendiqué de la même manière entre les générations de femmes infirmières au travail. Vu que l'on sort de l'effet d'âge ici, le sujet sera plus débattu dans le point suivant concernant les rapports de générations.

2. *Homo sociologicus* nouveau : rapport de générations

Au sein des rapports d'âge peuvent s'insérer des rapports de générations, propres à une époque donnée. Les rapports entre les générations peuvent évidemment devenir des alibis pour asseoir ou accentuer un rapport d'âge. Or il s'est avéré que les différences entre générations, tant décriées par les personnes interrogées, traduisaient plutôt un résultat inattendu, celui d'un changement de paradigme. En effet, si les rapports d'âge sont atemporels, et même si les rapports de générations sont souvent instrumentalisés pour cristalliser ces rapports d'âge, des différences de modèles professionnels générationnels nous ont révélé un changement de paradigme du travail. Comme tout changement de paradigme, ce sont d'abord les plus jeunes générations qui en sont imprégnées, mais le nouveau modèle se répand inévitablement au sein des plus anciennes aussi. C'est au cœur de cette découverte que nous avons pu vérifier l'existence de facteurs constitutifs et nouveaux du malaise infirmier. Nous appelons ce facteur nouveau « rapport de générations », pour rester dans la continuité de l'intersectionnalité, mais nous aurions tout à fait pu l'appeler « dissonance paradigmatique », par exemple.

Cette révélation n'est pas apparue par hasard, mais à force de travail consciencieux et systématique. En effet, au fur et à mesure de l'analyse des discours des infirmières, deux grandes valeurs semblaient émerger de manière récurrente au sein des vécus professionnels de chaque interrogé-e : la valeur du travail et la valeur de la famille.

A. Valeur du travail

Deux grandes tensions se dégagent par rapport aux discours portant sur le travail : d'une part, son importance est primordiale, d'autre part, sa place est décentrée.

1) Travail central

Le travail placé au centre des préoccupations peut résulter d'un besoin financier fort.

Disons que, grosso modo, ça n'a pas changé, disons que mon salaire a été un petit peu augmenté [grâce à la prime de fin de carrière] mais bon à part ça, j'ai quand même eu pendant ces années-là 2 enfants en école supérieure donc, rien à faire, on a besoin d'argent. Bon maintenant, les études sont payées mais c'est vrai que, on compte quand même ses sous. (Jacqueline, 53 ans)

Quand la loi est sortie pour ces aménagements de fin de carrière, j'avais toujours difficile. (...) Au niveau financier, oui, et ça c'était avant que je termine les gardes, je crois. (...) Donc ayant des problèmes financiers, j'ai choisi la prime, (...) et cette prime compense mon manque de garde, quoi. (...) Et ça me fait à peu près ma prime de garde. Mais ce que je perds ce sont mes heures supplémentaires que je faisais en garde. (...) Les gardes me faisaient quand même gagner quelque chose, mais enfin (...) j'ai gagné en bien-être [de ne plus faire de gardes]. Ah oui, j'ai gagné en bien-être. (Laure, 60 ans)

Au niveau financier, parce que j'avais divorcé, ma fille faisait des études supérieures et je venais de m'acheter une maison donc et en étant seule, donc, financièrement c'était un petit peu juste. (...) [Diminuer son temps de travail] c'est très bien mais pour l'instant je ne peux pas quoi. (...) Financièrement, je ne pourrais pas, non. (...) On travaille ici parce qu'on en a besoin pour vivre. (Michèle, 46 ans)

Si je voulais augmenter mon temps de travail [qui est de 75%], [ce serait] pour une raison financière, par exemple. (...) C'est quelque chose qu'on ne voit plus maintenant ou beaucoup moins [d'arrêter complètement de travailler après le premier enfant], parce que financièrement les gens ne peuvent plus se permettre de vivre avec un seul salaire. Même, je vais dire, pour le mari, d'abord la stabilité du couple, deuxièmement, pour le mari, la stabilité d'emploi n'est plus ce qu'elle était dans les années 50, 60. (Nadine, 47 ans)

Quand le travail est au centre, ça peut être aussi par conscience professionnelle ou par goût de son travail. Vinciane utilise même une métaphore animalière pour se décrire : une « bête du travail ».

*Je serai toujours quand même une **bête du boulot**, quoi ! Une **bête du travail** ! (...) Parce que j'aime ça, c'est plus fort que moi, parce que j'aime ce que je fais, mais quelque part je me dis aussi on n'a qu'une vie et je ne tiens pas à être usée à 65 ans, en me disant « je ne sais plus rien faire, je ne sais pas profiter de la vie », ou je vais faire un infarctus comme il y en a plein qui font, ou comme, je ne sais pas moi...donc il faut aussi que je me ménage aussi certains moments, ça c'est sûr, quoi, alors maintenant je me dis, essayer déjà de récupérer un peu plus mes heures, etc., ou essayer d'être plus, de faire un 7-15, mais bon. (Vinciane, 48 ans)*

Moi, quand j'en parle, je suis une des rares à ne pas avoir pris les jours [de dispense de travail], dans les au-delà de 55. Dans mes réunions de chefs de service, elles sont toujours étonnées de voir que je ne les ai pas pris. Et c'est pour ça que je suis en train de me dire « ben, au fond, tiens... » (...) mais je me dis que quand ça viendra, ça viendra, voilà. Mais c'est vrai qu'avec toutes mes autres collègues qui ont mon âge, elles me disent : « Comment ? T'as pas sauté dessus ? C'est chouette d'avoir trois jours comme ça de temps en temps », et voilà. Ben, ça repose, hein, ça repose l'esprit ou je sais pas quoi, moi [rires] de prendre 3 jours sans travail, mais j'en ai pas vraiment, j'en ai pas encore réellement eu le besoin. (Agnès, 56 ans)

Et alors parfois, bon ben, on peut faire un couper ou quelque chose comme ça, quoi, mais bon, c'est assez rare de faire... [- Un couper ?] Ben, je dis un couper, parce que, par exemple, euh, bon, j'ai déjà par exemple travaillé le matin puis y a personne pour venir l'après-midi, ou une fille qui serait malade par exemple l'après-midi qui téléphone « oh maintenant, je sais pas venir cet après-midi », on va dire « écoute, c'est pas grave », elle va demander « y a pas quelqu'un qui sait venir déconnecter le soir, ou quelque chose comme ça ? », et puis c'est comme ça qu'on s'arrange, par exemple je partirais à 13h et je reviendrais à 17h45... Ou par exemple, je dis « ben, non, c'est pas grave, j'achève la, j'achève la journée jusque 3h moins 20 et je reviens à 17h45, quoi. » (Brigitte, 46 ans)

Pourtant, le travail peut prendre parfois trop de place. Quelque chose dysfonctionne et pousse à réfléchir la place du travail autrement.

Je ne suis pas contente parce que (...) j'ai l'impression qu'on ne fait que travailler ! (...) Et je ne sais pas donner le confort aux infirmières que moi je veux. Le confort des patients et le confort de eux et je sais que dans l'avenir il y a beaucoup d'infirmières qui vont partir parce que ici elles doivent trop travailler. (Sabine, 52 ans)

2) Travail décentré ou dilué

Quand le travail prend trop de place, si c'est financièrement faisable, il est alors mieux de le détrôner et gagner du temps pour autre chose.

Si je vais travailler dans des conditions normales, je vais rester. Mais j'ai l'impression, les derniers temps, qu'on ne vit plus à côté de notre travail et ça j'ai peur. Le jour que je constate que ma vie privée fonctionne pas, parce que j'ai des charges de travail trop lourdes, j'arrête directement. Et je ne vais pas parler de ça, j'arrête directement. Le jour que je constate que les enfants ou mon mari ou moi-même que ça ne va plus et bien j'arrête. (Sabine, 52 ans)

C'est vrai qu'au niveau salaire c'est différent [de revenir travailler en Belgique après avoir travaillé au Grand-Duché de Luxembourg] mais avoir un bon salaire et ne pas être bien dans sa peau ça ne sert à rien, c'est être malheureuse et avoir des angoisses. (...) Le temps est plus important que l'argent. (...) J'ai su ce que c'était d'avoir plus d'argent et de se sentir mal. (Michèle, 46 ans)

Je pensais déjà à ma santé, je dis on n'est pas des robots, j'ai eu des nuits où on travaillait parfois toute la nuit (...). Il y en a qui viseront peut-être plus l'argent, et d'autres qui viseront leur confort, leur bien-être (...) et plutôt les jours de congés. (...) Et puis moi je trouve que la vie est déjà si courte, et combien de personnes est-ce qu'on ne voit pas qui sont pensionnées, qui en profitent peut-être pendant un mois ou deux et puis qui décèdent. Alors autant profiter de la vie un petit peu plus tôt. (...) Disons que dans mon entourage, je n'en connais pas beaucoup qui ont bien profité de leur pension. À cause de leur santé, maladie et puis voilà. (Patricia, 54 ans)

Si c'est du temps gagné par les aménagements de fin de carrière, sans toucher à la paie, c'est encore plus agréable.

[Le jour de DT] c'est quand même ça un jour qu'on est plus « à la maison ! » (...) C'est quand même un jour qu'on a fait en moins pour le boulot, c'est quand même un jour qui a moins de stress, ou moins de fatigue, ou moins d'énerverment ou quoi d'autre. (Paul, 49 ans)

La recherche d'équilibre passe donc par une diminution de la place qu'on accorde au travail, via, entre autres, une diminution du temps de travail. Pour certaines personnes, c'est même nécessaire de diminuer son temps de travail, même si elles y perdent au niveau salarial.

Mais si un moment donné, je sens que euh le goût du travail n'est plus là, là, j'envisagerai euh, alors là, quelque chose. (...) Tant pis, je, je réduirai davantage, je ferai un ¾ temps ou une chose comme ça et, et euh, tant pis je reviendrais dans l'équipe, mais je ne veux pas, euh, venir ici envers et contre tout en disant « euh, je veux garder mon temps plein pour les avantages de week-end que ça m'offre. » (...) Je veux même bien laisser les jours où je ne serai pas là ma prime de chef de service à l'autre, quoi, (...) parce que c'est vrai que pendant mes congés payés, par exemple, ben, j'ai eu ma prime de chef de service mais [la remplaçante] a eu la sienne. (...) Je suis toute prête à la laisser, ça c'est, pendant les jours où je ne suis pas là, quoi, ça vraiment, je le dis, c'est pas une, c'est juste pour garder le goût et un peu les avantages. (Denise, 51 ans)

[Diminuer son temps de travail] déjà pour pouvoir vivre un petit peu à fond, ne pas donner...travailler, mais vous donnez tout ici et puis quand vous rentrez chez vous nous n'avez plus aucune force, aucune énergie donc, euh. (...) Avec un mi-temps, ben au moins vous êtes en forme, vous venez avec plaisir, vous faites votre boulot correctement parce que vous êtes contente d'être là et quand vous êtes à la maison, vous avez le temps de vivre aussi et de faire des activités. Ne pas avoir l'impression de vivre que pour travailler, quoi. (Michèle, 46 ans)

Il y a aussi clairement un effet d'âge dans les infirmiers-ères désirant diminuer leur temps de travail, car ne plus avoir les enfants à charge est l'argument le plus utilisé.

On a eu quand même les études des enfants, hein, (...) c'était un peu des frais supplémentaires mais j'avais toujours le boulot, enfin le travail, puis, enfin, ça allait, mais par exemple, maintenant, ben, la maison est payée, les enfants viennent d'avoir fini, donc je ne veux pas non, enfin, je dis, j'ai 50 ans, je peux, enfin, j'ai accès à plein de choses à faire, enfin, j'ai, et c'est vrai que le temps plein, enfin, finalement, ben, si on sait toujours quoi faire de nos sous, mais je veux pas être matérialiste à fond les manettes donc je, je me dis, bah, pfff, je me satisferais largement d'un 4/5^{ème} pour simplement du temps, simplement du temps. (Denise, 51 ans)

Je me le suis permis [de diminuer son temps de travail à 75%] parce qu'en fait, c'est le moment où y a un saut de barème (...) donc je me suis dit à ce moment-là que bon, disons que nos enfants étaient plus grands, j'avais besoin de travailler, enfin, je pouvais me le permettre. (Jacqueline, 53 ans)

Le travail est important pour toutes les personnes interrogées, que ça soit par besoin financier ou par goût du métier. Pourtant, certaines le mettent sur un promontoire et d'autres arrivent à gérer d'autres préoccupations au même titre que leur travail.

B. Valeur de la famille

La même logique se retrouve dans la place que la famille occupe. Ici, un effet d'âge est certainement à l'œuvre. En effet, même si la famille demeure très importante pour toutes et tous, elle sera moins obnubilante si la charge familiale est diminuée ou partagée. Par contre, si la charge familiale incombe totalement ou presque à la personne, l'objectif permanent sera de gagner du temps pour la famille. Différentes façons existent pour ce faire. D'abord, certaines personnes arrêtent de travailler complètement, pendant quelques années, jusqu'à ce que les enfants soient en âge d'aller à l'école. Ensuite, le temps partiel est massivement choisi comme moyen de gagner du temps avec ses enfants. Enfin, il est aussi possible de grappiller du temps grâce à des récupérations, aux jours de dispense de fin de carrière ou en aménageant son horaire. On voit donc bien, en fonction des choix, que l'investissement familial sera total (au détriment du travail), partiel (en accord avec le travail), ou aménagé (au service du travail).

Il faut signaler ici que la dimension genre que nous avons déjà traitée plus haut est très présente dans cette partie consacrée à la famille. En effet, les hommes interrogés envisagent plutôt de gagner du temps pour leur couple, comme si la charge des enfants incombait forcément plus à leur épouse ou compagne. Les femmes interrogées pensent, par contre, toutes, d'abord à leurs enfants, puis éventuellement à l'équilibre dans leur couple. Ici encore, la distribution des rôles sexués est flagrante. Il va sembler plus « naturel » pour la femme de diminuer, voire d'arrêter, son temps de travail pour s'occuper de sa famille. Les temps partiels sont donc intrinsèquement liés aux attributions des rôles des hommes et des femmes.⁸⁵

1) Investissement familial total

Quand on est seul-e à devoir s'occuper de sa famille, si le ou la conjoint-e peut supporter le ménage financièrement, la seule solution semble d'arrêter de travailler. Après quelques années, quand les enfants ont grandi et que la charge familiale est partagée (avec l'école ou le conjoint), alors il est de bon ton de recommencer à travailler, surtout au niveau financier.

Puis bon, mon aîné avait un an, j'ai pris une pause-carrière de 5 ans, 5 ans avec les deux autres naissances après. Et puis alors j'ai repris, quoi. (Brigitte, 46 ans)

[Entre ses 26 ans et 33 ans, elle a complètement arrêté de travailler pour élever ses 3 premiers enfants sur 4. Avant et après, elle travaillait à 100%.] Alors, là, j'ai élevé mes enfants, j'ai 4 enfants, là j'en ai élevé 3 et puis j'ai recommencé à travailler. (...) J'ai arrêté 7 ans, oui. (...) Le fait que mon mari, étant indépendant, on s'est retrouvé avec moins de travail et donc j'ai décidé de reprendre. (...) A ce moment-là, il y avait quand même 3 enfants, le plus jeune avait 4 ans ! (...) Donc à ce moment-là, ça s'est fait que mon mari avait moins de travail et c'est lui qui a pris en charge plutôt les enfants, on n'a jamais fait garder nos enfants, que un tout petit peu l'aîné par ma maman, sinon à partir de la naissance du second, je m'étais arrêtée. (Nicole, 62 ans)

⁸⁵ Même si seulement deux hommes ont été interrogés, il est étonnant de remarquer qu'ils n'ont pas, ni l'un ni l'autre, parler de leurs enfants ou de la charge familiale. A *contrario*, quasi toutes les femmes interrogées ont abordé la gestion familiale spontanément, comme faisant partie de leur travail.

Une autre manière de s'investir totalement dans sa famille est aussi de décider de travailler le plus tard possible, pour assurer le soutien financier aux études supérieures des enfants.

Mais je suis encore un peu décalée par rapport à elles [ses collègues] parce que ben, elles ont déjà toutes des filles en âge de mariage ou des enfants en âge de mariage ou, et puis moi j'en ai encore une de treize ans et demi derrière donc je suis un petit peu décalée par rapport à elles. Pour moi, c'est clair que je vais pouvoir de toute façon, je sais pas ce qu'elle ferait de ses études ni de sa vie, si jamais elle décide d'aller à l'université, c'est clair que je travaillerai plus tard que 55 ans. (...) Si elle termine ses études tôt, qu'elle fait un apprentissage et qu'elle travaille tôt, la décision sera différente aussi. (Carole, 49 ans)

2) Aménagement familial par le temps partiel

La charge familiale incombe plus spontanément aux femmes infirmières interrogées. Ce sont elles qui vont penser à organiser leur travail en fonction de l'éducation des enfants (ou des petits-enfants), ou de la prise en charge de parents vieillissant, ou encore d'un conjoint requérant des soins. Afin de faciliter cette organisation, le temps partiel tombe à pic, surtout dans un métier en pénurie de main-d'œuvre où il est si facile de négocier son pourcentage de travail. Mais ce choix du temps partiel est-il vraiment un choix ou une accommodation au manque de politiques familiales actuelles ?

Suite à la démocratisation quantitative de l'enseignement dans les années 1960, l'accès à l'éducation s'est considérablement accru, notamment pour les femmes. À l'heure actuelle, elles sont plus nombreuses à faire des études longues et supérieures que les hommes. Pourtant, elles se cantonnent aux branches littéraires, sociales et de production de biens symboliques. Il existe bel et bien une différence de choix dans les études et ce dès le plus jeune âge. Les études amenant à une profession, il est évident de noter une prépondérance des femmes dans les métiers dits « sociaux », contrairement aux métiers de pouvoir ou « physiques ».

Bien avant cette démocratisation de l'enseignement, les femmes faisaient partie de la sphère économique mais comme « immigrées de l'intérieur » (Vogel-Polsky & Beauchesne, 2001). En effet, elles n'étaient engagées que lorsqu'un besoin urgent de main d'œuvre se faisait sentir. Avec leur arrivée en masse dans le système éducatif et donc productif, on aurait pu imaginer leur intégration sur le marché du travail équivalente à celle des hommes. Pourtant, on observe aujourd'hui qu'elles se trouvent en situation de précarité : les femmes n'occupent que des emplois particuliers (massivement d'exécution) dans des secteurs d'activité spécifiques, elles restent majoritaires au chômage, leurs salaires demeurent inférieurs aux hommes et elles se confinent dans un sous-emploi qui prend la forme du travail à temps partiel (Paugam, 2000; Vogel-Polsky & Beauchesne, 2001).

Les entreprises utilisent le temps partiel principalement pour assurer leur flexibilité de l'emploi ainsi que pour les secteurs d'activité du tertiaire où l'on retrouve du travail saisonnier (comme dans l'Horeca, la grande distribution ou encore le nettoyage). Les femmes ne sont donc pas engagées pour des fonctions stratégiques ou à haute responsabilité ou encore dans des activités de production des industries. Les temps partiels ne sont pas faits pour « s'accommoder des désirs de travail des femmes », mais bien pour répondre à des règles de productivité maximale. Le souci avec le temps partiel, concernant les travailleuses, réside dans leur absence. Elles deviennent les « oubliées » de l'entreprise, elles n'ont pas toujours les mêmes droits, ni les mêmes accès aux promotions ou formations au sein de l'entreprise. Elles reprennent, pendant leur temps « libéré », des activités assumées par des tiers (gardes d'enfants, par exemple). Quand elles travaillent à 4/5^{ème} temps, elles doivent traiter autant de dossiers qu'avant. Et enfin, on observe que ces temps partiels correspondent souvent aux premiers emplois des jeunes femmes (Vogel-Polsky & Beauchesne, 2001). L'enjeu des femmes n'est pas de choisir entre une

vie professionnelle ou familiale mais bien de trouver un moyen pour combiner les deux. Le temps partiel, présenté comme instrument de partage du travail, sépare les travailleurs-euses en catégories et met en évidence des différences entre employé-e-s. En bref, on assiste à une mise en place d'un sous-emploi féminin structurel et de moindre qualité. En outre, les entreprises ne cherchent pas à concilier les vies familiale et professionnelle mais leur intérêt réside dans l'ajustement de leur volume de travail (Paugam, 2000).

Les femmes peuvent alors choisir un métier en pénurie, où leur envie de diminuer leur temps de travail, afin d'assurer une conciliation, sera plus facilement acceptée. C'est probablement le cas pour les femmes infirmières où, d'emblée, le choix de carrière peut être fait dans une visée de combinaison avec une vie de famille désirée. La motivation professionnelle dans ce cas est réduite à un adjuvant de l'aspiration familiale personnelle (ou sociétale). Comme si la norme pour une femme était d'abord de fonder une famille. Étant donné le peu de politiques familiales favorisant une conciliation vie privée-vie professionnelle pour les hommes et pour les femmes, il vaut mieux donc qu'un des parents mise davantage sur la construction de la famille que sur une carrière professionnelle. Et traditionnellement ce rôle incombe à la femme. Il devient alors évident pour elle d'accepter son sort et de choisir le plus vite possible une activité qui permettra de tenir ce rôle primordial.

Bourdieu nous rappelle que « le même principe de division s'applique encore, au sein de chaque discipline, assignant aux hommes le plus noble, le plus synthétique, le plus théorique, et aux femmes, le plus analytique, le plus pratique, le moins prestigieux » (1998, p. 125). « Les changements-mêmes de la condition féminine obéissent toujours à la logique du modèle traditionnel de la division entre le masculin et le féminin. Les hommes continuent à dominer l'espace public et le champ du pouvoir (notamment économique, sur la production) tandis que les femmes restent vouées (de manière prédominante) à l'espace privé (domestique, lieu de la reproduction), où se perpétue la logique de l'économie des biens symboliques, ou à ces sortes d'extensions de cet espace que sont les services sociaux (hospitaliers notamment) et éducatifs ou encore aux univers de production symbolique (champs littéraire, artistique ou journalistique, etc.) » (Bourdieu, 1998, p. 129).

Choisir d'exercer un métier de service aux autres, de devenir infirmière et de pouvoir diminuer son temps de travail pour s'occuper de sa propre famille, recèle toujours cette division sexuée du travail, contrainte par les (ou plutôt le manque de) politiques familiales aujourd'hui. Concilier le travail et la famille devient alors presque une forme de jeu habile pour continuer à travailler, tout en s'occupant soi-même de sa famille.

Nombreuses sont les femmes interrogées qui ont diminué leur temps de travail pour élever leurs enfants. Certaines augmentent leur pourcentage de travail, quand les enfants sont en âge d'aller à l'école maternelle, primaire, ou supérieure, jusqu'à travailler à nouveau à temps plein.

J'ai travaillé à 80 pendant un an puis je suis passée à temps plein jusqu'à ce que j'aie eu les enfants, où là je suis passée à 75 et puis une année à 50 et puis je suis remontée à temps plein. (Séverine, 49 ans)

J'ai commencé temps plein et puis j'ai arrêté pendant quelques années, j'ai fait ¾ temps pendant quelques années parce que j'avais eu un bébé. Et puis j'ai recommencé à temps plein (...) parce que ma fille est partie pour Bruxelles, s'est mise en ménage et parce que j'étais un peu frustrée dans mon travail parce que je trouvais que je n'avais pas un bon suivi de mes patients. Donc j'ai repris à temps plein. (Sylvie, 50 ans)

Donc moi j'ai commencé, j'ai travaillé un an à temps plein sur [nom de ville], et puis j'ai diminué mon temps de travail parce que j'ai eu deux enfants. Donc j'ai travaillé à mi-temps pendant quelques années, et puis progressivement j'ai repris 75%, 80% et temps plein. (...) Et alors là maintenant à temps plein, je ne saurais même plus dire depuis combien de temps. Mais mes enfants avaient bien 15 ans,

donc j'ai vraiment profité, je me dis des moments, c'est pour ça que j'avais pris mi-temps, hein ! (Vinciane, 48 ans)

D'autres maintiennent leur temps partiel car elles y ont pris goût. La diminution du temps de travail de la femme est donc organisée, par elle seule, ou par le couple lui-même, en pensant l'avenir de la famille.

J'ai fait 2 ans de temps plein et puis j'ai eu ma première fille, j'ai fait un mi-temps, mais de nuit, jusque, il y a peut-être 6 ans que je suis à ¾ temps. (Mireille, 51 ans)

J'ai commencé temps plein ! Après la naissance de la première, j'ai repris le temps plein. Après la naissance de la 2^{ème}, j'ai d'abord pris un mi-temps pause-carrière pendant 2 ans et puis une fois...enfin j'ai eu mon congé de maternité et tout ça. Et donc quand elle a eu 6 mois, j'ai demandé un mi-temps en pause-carrière en recommençant à travailler et j'ai fait ça pendant 2 ans jusqu'à ce qu'elle aille à l'école. Et alors quand elle a eu 2 ans ½, j'ai demandé à ce moment-là un ¾ temps. (Nadine, 47 ans)

J'ai fait quatre ans à temps plein. (...) Et puis après mes enfants, j'ai pris mi-temps et je suis restée à mi-temps. (...) J'y ai pensé, sérieusement, [à augmenter mon temps de travail] et puis...pour l'instant, avec la troisième, j'ai quand même pas mal de difficultés, c'est une ado en pleine rébellion, donc je crois que c'est quand même pas mal que je sois à mi-temps. (...) Puis moi je ne me sens pas encore d'attaque pour refaire un petit peu de ¾ temps, il me semblait que ça m'aurait plu, mais je ne sais pas si c'est une bonne solution au niveau familial. (Carole, 49 ans)

Quand on dit charge familiale, on pense automatiquement aux enfants à charge. Il ne faut pas oublier que la famille à charge comprend également les conjoints et les parents qui vieillissent, et dont il faut prendre soin. Aussi, plus la carrière avance, plus on est susceptible de devenir grands-parents. À nouveau, s'occuper des parents ou des petits-enfants, c'est une charge attribuée aux femmes, d'autant plus si elles sont infirmières.

Ma maman qui demande aussi de plus en plus, donc je pense que je vais envisager de diminuer, éventuellement pour m'occuper des petits-enfants. (Nicole, 62 ans)

Et bien pour des raisons vraiment personnelles, parce que mon compagnon commençait à arrêter de travailler, il est beaucoup plus âgé que moi, et donc je n'avais pas l'obligation financière de travailler temps plein. J'avais pas d'obligations financières, donc je pouvais me permettre de travailler à mi-temps et j'étais plus disponible pour lui. (...) Je vais continuer à travailler à mi-temps parce que mon mari devient de plus en plus vieux et donc je dois être de plus en plus présente. (...) Ma famille, ma maman, j'ai pas d'enfants mais j'ai des petits-enfants...des navettes...j'ai l'impression d'être tout le temps à la bourre, tout le temps. (...) Le lundi après-midi je m'occupe de ma petite-fille, je vais la chercher à l'école, je fais les devoirs avec elle, ben, je marque que je ne travaille pas le lundi après-midi. (...) C'est une idée [d'augmenter son temps de travail], mais c'est une idée que je ne vais pas mettre en pratique parce que mon mari n'est pas en bonne santé donc je vais pas le quitter pour aller travailler et savoir que je ne le verrai peut-être plus parce qu'il n'est vraiment pas en bonne santé ! Donc je me dis, que tout ce que j'ai eu à vivre avec lui, j'ai à vivre avec lui, ma pension, je fais très attention je fais tout ce que je peux de mon côté pour pas... J'ai une maison qui est payée donc... Je vivrai. Je sais vivre de choses, mais je ne pense pas que je vais le faire, je pense c'est vraiment pas, j'attends de voir...mais peut-être que je la demanderai à ce moment-là. (Pascale, 56 ans)

Les miennes [ses filles] ont été à la crèche, et c'est vrai que ça coûte très très cher. Et quand on voit pour les jeunes maintenant ce n'est vraiment pas facile, donc si je peux les aider quelque part, ce sera sans hésiter. (...) Et si elles n'ont pas d'enfants, je ne sais pas... (Patricia, 54 ans)

3) Organisation familiale par le travail de nuit

En plus d'arrêter de travailler ou de diminuer son temps de travail, il existe aussi des aménagements plus officieux. Le travail de nuits uniquement peut parfois être négocié en fonction de l'organisation familiale.

De nuit, je ne fais que des nuits. (...) Au départ, parce que j'avais des enfants plus jeunes, donc j'avais plus facile, comme c'était un week-end sur 2. Donc j'ai fait la semaine, et le week-end mon mari était là pour s'en occuper ! Et puis je suis entrée dans ce système-là. (Mireille, 51 ans)

Au début, quand j'étais mariée, j'ai travaillé plein-temps. Au 1^{er} enfant, j'ai travaillé plein-temps. Au 2^{ème} enfant, j'ai travaillé la nuit, c'était plus facile pour l'enfant et pour la maison. Et en même temps, quand j'ai travaillé la nuit, j'ai travaillé comme indépendante, avec mon mari, à côté des nuits ici. (...) [Pourtant] la nuit c'est pas si facile qu'on pense et, pour ta vie sociale et privée à la maison, c'est bien, mais pour vous, c'est pas bien, parce que la vie sociale, vous devez toujours faire tout toute seule. (...) Après quand vous rentrez à la maison, vous devez encore être toute seule. Vous n'avez presque pas de vie sociale, euh, vous ne voyez rien, vous êtes toujours endormie parce que, c'est pas une vie, tu ne dors pas parce que vous avez les enfants, et c'est pas logique. Et je suis de nouveau allée pour la journée, j'ai travaillé plein-temps avec 3 enfants toujours. (Sabine, 52 ans)

Parce que mon compagnon fait ces nuits-là et donc je fais les mêmes nuits que lui, donc d'office ça tombe...oui, toutes les nuits tombent toujours au même moment. (...) Je pense que si le mari est tous les week-ends à la maison, les enfants sont tous les week-ends à la maison et que vous, vous travaillez, ça peut être lourd mais à partir du moment où votre conjoint fait aussi des horaires irréguliers... (...) Le fait d'avoir aussi prendre d'office mes nuits comme lui et le week-end que lui a congé je le demande aussi. Comme ça, ça fait déjà le week-end qu'il est en congé, on est ensemble, on fait les nuits ensemble, on a nos repos de nuits ensemble, donc...en fin de compte, et puis même, je trouve que c'est gai aussi d'avoir des fois des jours de congé la semaine. (Michèle, 46 ans)

Les récupérations d'heures supplémentaires, ou les jours de dispense de travail offerts aux plus de 45 ans, peuvent aussi permettre aux infirmiers-ères de gagner du temps à passer en famille.

J'essaye de cumuler ma période de vacances. C'est souvent aussi le jour où j'ai mon petit-fils que je garde. Et puis c'est le dépannage, du coup, ma fille ne paie pas la gardienne, donc... C'est bête à dire mais tout le monde le fait. On essaye de s'en sortir. On est solidaire, voilà. (Jacqueline, 53 ans)

Mais disons que...si mon petit-fils a atteint ses 2 années et qu'elle le met à l'école, ben, le mercredi après-midi, j'aimerais bien l'avoir parce que c'est toujours la belle-mère de ma fille qui l'a le mercredi après-midi parce qu'elle est institutrice. Je pourrais partager un mercredi sur deux ou quoi. Mais le mercredi, ah non c'est pour les infirmières qui ont des enfants à l'école, etc. donc, il faudrait peut-être un peu développer les droits des grands-mères aussi. (Laure, 60 ans)

[Pendant le jour où elle ne travaille pas :] ou bien en profiter, c'est vrai, pour aller voir mes parents que de faire ça après le boulot. (...) Et on profite un peu plus de ses enfants, on a une autre vie quand même, quelque part on a un petit jour, une petite roue de secours, je vais dire. (Patricia, 54 ans)

Le temps gagné pour la famille par les hommes interrogés est plutôt consacré au couple, notamment car les enfants sont déjà grands.

Mais elles ont 23 ans mes 2 filles. Elles sont parties donc... Elles n'habitent plus à la maison depuis 2 ans donc. (...) Toutes nos vacances c'est plutôt pour nous. (Jean, 48 ans)

[Le temps de la DT,] c'est plutôt du temps pour moi, pour ma femme, ça dépend, j'en profite pour faire du shopping éventuellement. (...) Non, pour elle ! Pour ma femme aussi. Je sais, qu'il y a, par exemple, un marché le jeudi (...). Je suis juste à la maison ce jeudi-là, et elle aussi, et bien on va au marché, on va faire d'autres magasins. (...) Pas pour moi individuel, c'est pour le couple, pour la famille en fait, oui, oui. (Paul, 49 ans)

C. Modèles professionnels générationnels

Les valeurs du travail et de la famille ne se déclinent pas de façon identique pour chaque infirmier-ère : même si elles restent prégnantes pour toutes et tous, l'équation de la hiérarchie de chacune diffère selon les parcours personnels et professionnels. Nous avons vu que le travail peut être primordial ou qu'il vaut mieux trouver un équilibre pour gagner du temps. Ce temps, il est consacré à la famille, aux enfants, petits-enfants, parents, conjoints. Pour gagner du temps,

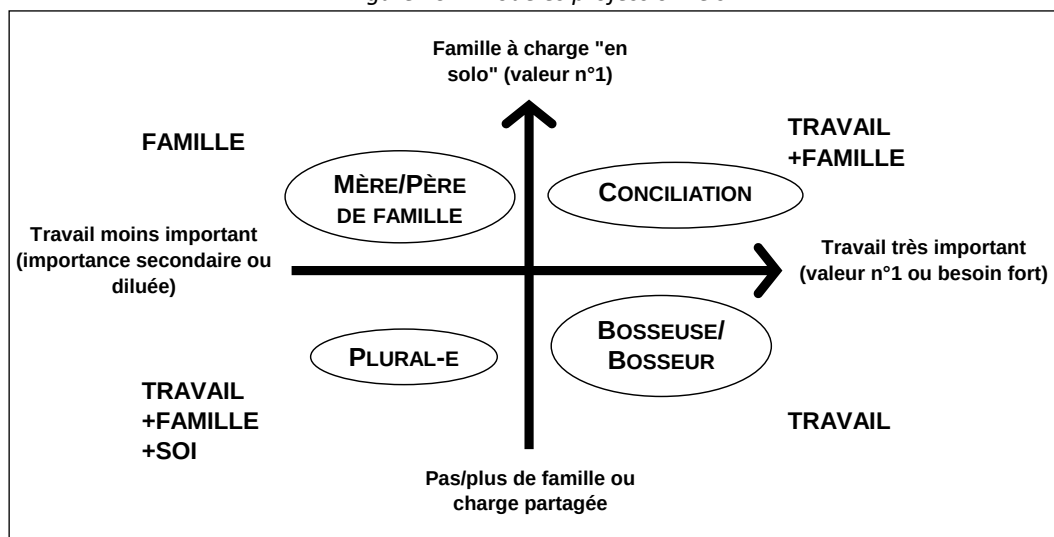
soit on arrête de travailler quelques années, soit on diminue son temps de travail pour concilier les deux. L'investissement dans la famille est soit total, soit partiel, soit grappillé.

Si on considère chaque valeur comme un axe, et si l'on croise ces deux axes, quatre styles de pratiques professionnelles peuvent être identifiés, à l'instar du tableau des intégrations professionnelles de Paugam (voir Figure 5, p. 63).

Dans la figure suivante (Figure 25), sur l'axe de la valeur du travail (horizontal), l'importance que l'infirmier-ère y accorde va de secondaire ou diluée à extrêmement forte. Les personnes qui se retrouvent à l'extrémité de la flèche considèrent donc le travail comme étant la valeur primordiale dans leur vie. Cela peut provenir d'un amour pour son travail et d'un épanouissement professionnel, dans quel cas, il est davantage possible de parler de choix. D'un autre côté, cette importance peut aussi résulter d'un besoin fort de travail, notamment pour des raisons financières.

Sur l'axe de la valeur de la famille (vertical), la logique reste la même : plus on avance dans le sens de la flèche, plus la valeur de la famille prend la première place dans les considérations de l'individu. Si la famille semble moins importante au début de la flèche, cela peut résulter d'un besoin moins fort de s'en préoccuper, soit parce qu'il n'y pas encore d'enfants, soit parce qu'ils ne sont plus à charge, soit parce que la charge incombe davantage à quelqu'un d'autre. Par contre, à l'autre extrémité de la flèche, on retrouvera des individus dont les choix sont orientés d'abord vers la famille, soit par choix, soit par besoin fort, c'est-à-dire par nécessité de s'occuper davantage de sa famille, si la charge familiale leur incombe entièrement ou en partie.

Figure 25 – Modèles professionnels



Dans chacune des quatre cases de cette figure, quatre modèles professionnels se distinguent :

- 1) dans la case inférieure droite, la valeur du travail prime par rapport à la famille,
⇒ On pourrait l'appeler le modèle de la Bosseuse ou du Bosseur, terme même utilisé par une infirmière interrogée (voir Pascale, p. 243) ;
- 2) dans la case supérieure gauche, la valeur de la famille prime par rapport au travail,
⇒ On pourrait l'appeler le modèle de la Mère ou du Père de famille ;
- 3) dans la case supérieure droite, ce sont les deux valeurs de la famille et du travail qui sont les plus importantes pour l'infirmier-ère ou qui résultent d'un besoin fort,

⇒ On pourrait l'appeler le modèle de la Conciliation vie privée/vie professionnelle ;

- 4) dans la case inférieure gauche, les deux valeurs de la famille et du travail sont secondaires ou diluées avec d'autres valeurs, qui prennent autant d'importance que les deux premières,

⇒ On pourrait l'appeler le modèle de la Plurale ou du Plural.

Chacune de ces cases correspond à un modèle type de travail. Si, à un moment donné, un individu se retrouve à un endroit précis dans le schéma, ce n'est pas pourtant qu'il y restera. Ces modèles sont bien sûr mouvants en fonction du parcours personnel et professionnel de chacun et chacune. D'ailleurs, la plupart des personnes interrogées ont été figées au moment de l'entretien, mais leur histoire prouve qu'elles ont voyagé à travers les modèles et qu'elles se déplaceront encore. Ces modèles ne sont donc pas statiques et définis une fois pour toutes, ils évoluent au fil des circonstances de la vie de l'individu. Aussi, on n'est pas situé soit dans une case ou soit dans une autre : personne n'appartient à un des modèles à 100%, des nuances existent pour chaque individu. Il faut donc voir ces modèles comme des tendances centrales.

Jusque là, on pourrait donc juste imaginer que ce sont des modèles professionnels résultant davantage d'un effet d'âge. Au début de sa carrière, on serait plutôt un-e Bosseur-euse. Avec la mise en ménage, puis l'arrivée éventuelle d'enfants, on deviendrait alors soit Parent, soit Conciliateur-trice. Puis, quand les enfants sont grands, soit on deviendrait à nouveau Bosseur-euse, soit on continuerait à s'occuper de sa famille. Qu'en est-il alors du quatrième modèle des Pluraux ? C'est ici que le rapport de générations rentre en jeu et que l'effet d'âge se double d'un changement de paradigme du travail. En effet, au-delà des rapports d'âge, la figure ci-dessus nous raconte une autre histoire : celle des modèles professionnels évoluant au fil de notre évolution sociétale.

Les modèles des Bosseurs-euses et des Parents sont plutôt détenus par les infirmiers-ères interrogées de plus de 50 ans, issu-e-s de la génération née avant les années 1960. Le modèle des Conciliateurs-trices revient aux individus âgés entre 40 et 50 ans, de la génération née autour des années 1960 et 1980. Le dernier modèle des Pluraux correspond aux personnes de moins de 40 ans, de la génération née plus ou moins après les années 1980. Ces derniers-ères n'ont pas été interrogées dans l'enquête, pourtant nombreux sont les discours récoltés à leur sujet. Tâchons d'analyser plus avant chacun de ces modèles.

1) Modèle 1 : Bosseur-Bosseuse

Dans le modèle du Bosseur ou de la Bosseuse, la valeur du travail est la plus importante. La valeur de la famille est importante mais pourrait plutôt passer au second plan. C'est le modèle relativement typique d'un-e infirmier-ère d'une cinquantaine d'années, sans enfant ou dont les enfants sont suffisamment grands pour se débrouiller seuls. C'est un modèle unisémiq, car, au moment de l'entretien, c'est la valeur du travail seule qui est mise en avant. On retrouve aussi les hommes de l'échantillon ici : soit ils ont des enfants plus âgés, soit ils ont une épouse qui s'occupe davantage de la charge familiale.

Dans ce qui a déjà été dit plus haut, nous retrouvons ici les individus dont le travail est central, par besoin financier fort ou par goût du travail. Ils apprécient néanmoins de recevoir du temps pour leur famille (investissement familial organisé ou partiel), mais ils ne vont pas spécialement le chercher.

Je dis toujours, je fais ça depuis que je suis sortie de l'école donc j'ai toujours voulu faire ça... Ça, c'est une question de motivation. Même pendant mes études j'aimais bien l'orthopédie, j'aimais bien le service de bloc opératoire étant donné du fait que je n'avais pas ma maman pendant mes études, j'ai

dû payer une partie de mes études donc je travaillais déjà au bloc opératoire avant d'avoir fini mon diplôme parce que j'avais besoin d'argent et c'est comme ça que j'ai continué. (Jacqueline, 53 ans)

Moi je travaille jusqu'à 65 ans ! Je vous dirais que j'ai tellement eu d'ennuis financiers, je pourrais peut-être consacrer du temps, j'ai un petit-enfant qui habite très loin, que je viens de les voir pendant 3 semaines d'affilée, ils sont partis pour 10 mois, le billet d'avion coûte 1000€, donc je vais une fois par an et eux viennent une fois par an. Heureusement que j'ai un petit-fils par ici, mais c'est tellement dur financièrement que ma fille est allée choisir une crèche qui la fait payer un forfait par mois, qu'elle met son enfant ou pas, elle paiera toujours le même prix. Moi qui ai toujours dur, je vais aller prendre congé, je vais aller enlever mon petit-fils de la crèche pour le garder chez moi et elle paiera toujours le même prix. Je serais peut-être beaucoup plus motivée à prendre des jours de congé en pause-carrière si au moins elle y gagnait au point de vue financier aussi, quoi. (Laure, 60 ans)

Ça dépend [de faire un temps partiel, si les DT n'existaient pas], évidemment, de ce qu'on gagne évidemment. Il faut tout regarder. Surtout avec la pension maintenant, on n'a presque rien comme pension maintenant donc tout dépend de ma pension. Ça dépend des finances, oui c'est ça ! (Jean, 48 ans)

Avant on était content d'avoir un emploi et on ne demandait rien de plus, on faisait son travail avec amour, on ne choisissait peut-être pas toujours le bon service, on prenait là où il y avait de la place, quand on postulait dans un hôpital. (MAG18)

2) Modèle 2 : Père-Mère de famille

Le deuxième modèle est celui de la Mère ou du Père de famille. Le travail est important mais sert la famille, qui passe complètement au premier plan. Bien souvent, ces personnes sont à temps partiel pour avoir plus de temps à consacrer à leur famille ; elles ont fait le choix de diminuer le travail au profit de la famille, soit parce qu'elles doivent s'en occuper seules, soit parce que, même si elles sont accompagnées, les charges mentale et familiale leur incombent. Aussi, le besoin financier peut être moindre et il est possible de se concentrer principalement sur la famille. Il s'agit aussi d'un modèle unisémiq ue où l'on retrouve plutôt des individus d'une cinquantaine d'années. Le travail ici est donc plutôt décentré et l'investissement familial est total.

Pour l'instant, avec la troisième, j'ai quand même pas mal de difficultés, c'est une ado en pleine rébellion, donc je crois que c'est quand même pas mal que je sois à mi-temps. (Carole, 50 ans)

Je crois que ce mi-temps me convient, autant je suis contente de venir travailler, mais je travaillerais à temps plein ce serait lourd ! (...) J'aime toujours mon travail, je suis contente de continuer, il y a du stress, mais ça me convient pour le moment. (...) Je vais continuer à travailler à mi-temps parce que mon mari devient de plus en plus vieux et donc je dois être de plus en plus présente. (Pascale, 56 ans)

3) Modèle 3 : Conciliateur-Conciliatrice

Le troisième modèle est celui de l'individu qui tâche de concilier famille et travail. Il n'y a pas de choix à proprement parler entre les deux valeurs, sauf celui de vouloir à tout prix cumuler les deux, à nouveau soit par choix personnel, soit par nécessité. C'est donc un modèle plutôt duosémique, où deux valeurs priment, et l'on y retrouve principalement des infirmiers-ères d'une quarantaine d'années. Les Conciliateurs-trices peuvent aussi choisir le temps partiel (75% ou plus), tout en ne diminuant pas la place octroyée par le travail. Ici, le travail est central et l'investissement familial est total ou partiel.

J'ai trois enfants, et c'est vrai que le dernier venait d'entrer à l'école et je trouvais que c'était un beau temps de travail, qui me laissait un petit peu de liberté malgré tout. (...) Les enfants sont un peu plus âgés (...) donc, je me dis, moi dans ma tête, 80% ça me convient bien. (Brigitte, 46 ans)

J'ai toujours travaillé temps plein partout (...) et c'est à ce moment que j'ai demandé une réduction de temps de travail de 32 h/semaine pour arriver à gérer la situation à la maison avec les 2 enfants, (...) je n'aurais jamais travaillé 32 h/semaine, j'aurais toujours travaillé temps plein. (Bénédicte, 48 ans)

J'ai eu cette petite période où j'ai travaillé à mi-temps et je me suis rendu compte que mi-temps c'était peut-être bien au niveau familial mais c'était pas tellement bien au niveau du travail, tandis que quand on travaille $\frac{3}{4}$ temps, on peut travailler des journées complètes mais moins sur le mois. (...) Ça me permet d'avoir quand même un horaire plus relax à la maison et au niveau du travail, c'est mieux parce que, en venant à ce rythme-là, on reste bien au courant du travail. (...) À $\frac{3}{4}$ temps, on reste vraiment au courant de la vie du service et de la façon de travailler. (Nadine, 47 ans)

La conciliation s'organise également en amont : pour avoir une vie de famille, on va choisir peut-être un métier en conséquence, mais il va surtout être question d'aménager son horaire de travail avec les besoins familiaux, grâce notamment aussi à son entourage personnel. Certaines infirmières travaillent de nuit, car elles sont payées plus et elles sont présentes pour leurs enfants. L'horaire du matin ou du soir est peu compatible avec la vie de famille, surtout s'il n'y a pas de soutien par quelqu'un d'autre (conjoint, famille) pour s'occuper des enfants.

Faire la nuit à mi-temps, ça doit faire un équivalent au point de vue salaire d'un $\frac{3}{4}$ de jour, parce que le jour ça voulait dire, et ça veut toujours dire, ou bien travailler très tôt le matin et si vous commencez à 7h ou 7h30, vous pouvez déjà chercher à avoir des crèches qui s'ouvrent ou des garderies pour les enfants qui s'ouvrent, ou alors être embarquée jusqu'à 9h du soir, mais là de nouveau vous ne devez pas... Ça demande des collaborations dans les familles, enfin, dans un couple, tellement importantes. Moi je pense à l'heure qu'il est, c'est les mentalités qui changent, il y a beaucoup de femmes qui se retrouvent seules que ça devient, je pense aussi, assez difficile de gérer tout ça. (Nicole, 62 ans)

Un parallélisme évident peut être fait avec certains résultats de l'enquête quantitative ici : nous avons vu que le fait de pouvoir faire garder ses enfants par autrui jouait dans l'organisation familiale à un point tel que le travail pouvait en perdre son sens. Ce dernier extrait confirme bien l'importance des aides (privées ou politiques) aux familles.

4) Modèle 4 : Plural-e

Le quatrième modèle est celui de la pluralité. Les deux valeurs du travail et de la famille sont importantes, mais viennent se diluer dans un panier de plusieurs autres valeurs nécessaires : la famille et le travail, certes, mais aussi le temps social et le temps pour soi. C'est donc un modèle plutôt polysémique, où plusieurs valeurs régissent l'individu de manière égale. Comme le temps est divisé en plusieurs sphères, le temps consacré au travail ou à la famille peut sembler moindre, même s'il est tout aussi important. Ce modèle concerne *a priori* les individus plus jeunes, des trentenaires.

Mais aussi c'est la différence des générations, on pense, nous on a connu une époque où on faisait ce métier et qu'on savait qu'on allait avoir difficile et qu'on allait devoir s'y consacrer pas mal, et que maintenant les jeunes générations elles ont envie de faire autre chose en dehors de leur métier. (Nicole, 62 ans)

Toutefois, certaines personnes interrogées, pourtant issues d'une autre génération, entrevoient tout doucement ce modèle pour elles-mêmes. Comme déjà dit précédemment, on peut y voir ici un effet d'âge car ce sont les personnes qui n'ont pas ou plus d'enfants à charge qui envisagent plutôt ce modèle. Il semble évident que, quand le temps est dégagé, il soit alors utilisé pour soi-même. Or, nous l'avons vu, le temps dégagé peut aussi être investi de plus de responsabilités professionnelles (augmenter son temps de travail) ou familiales (s'occuper de ses petits-enfants ou de ses parents). On observe donc ici un changement dans les (pré)occupations des individus : c'est important de bien travailler et de bien se consacrer à sa famille, mais il est tout aussi important de prendre soin de soi et de faire des activités pour soi. L'effet d'âge est donc dépassé

par un effet de générations ou un changement de paradigme flagrant, d'abord porté par les plus jeunes générations, pour ensuite s'immiscer petit à petit auprès des autres générations.

A) PLURALITÉ PORTÉE PAR LES PLUS JEUNES

La pluralité ne semble pourtant pas encore endossée par certaines personnes plus âgées : dans le temps libéré, grâce notamment aux dispenses de travail, il s'agit encore pour certain-e-s de s'occuper de son foyer, du ménage ou des autres. On reste encore dans du *care* en dehors du travail.

[Quand elle sera pensionnée...] Ben, je dirais d'abord...tout chez moi, je me repose et puis je me mets à mettre ma maison en ordre. Je mets tout en ordre et puis, peut-être quand ce sera en ordre, tout en me consacrant à mes petits-enfants, je commencerais, peut-être, je ne sais pas si je ferais du bénévolat ! Je ne sais pas ! Mais m'inscrire à un club ? Je veux bien aller mais...maintenant je parle beaucoup. (Laure, 60 ans)

[Pendant la semaine par mois qu'elle arrive à dégager grâce à sa DT et ses jours de relâche,] c'est une semaine où on est chez soi. On a un peu le rôle de mère...de femme à domicile, ça fait du bien je trouve cette semaine-là. (Michèle, 46 ans)

[Pendant ses 2 jours de DT,] en fait je prends un mercredi sur 2 pour m'occuper de mes petits-enfants. (...) J'ai demandé le mercredi comme ça je sais m'en occuper, quoi ! Aller les chercher à l'école, et puis à midi, et puis, parce que comme on habite à côté du centre sportif, ils ont des activités sportives l'après-midi. (Nicole, 62 ans)

B) PLURALITÉ FANTASMÉE

Pour la plupart des infirmiers-ères interrogé-e-s, il reste donc quand même difficile de penser en dehors des deux piliers « travail » et « famille » ; et quand c'est le cas, bien souvent, ça reste de l'ordre du fantasme ou de l'inconnu. Dès lors, concernant un éventuel temps libéré (par des congés ou des dispenses de travail), les projets sont souvent flous.

[Si elle prenait la DT au prochain saut d'âge,] oh, ben, de toute manière, je crois que c'est du temps pour mon conjoint et du temps pour moi aussi quand même, hein. (...) Les activités, je les fais pas nécessairement en journée ou quoi. Je fais un peu de sport, c'est en fin de journée ou quoi, mais euh, surtout pour aller voir quelqu'un ou quoi, c'est plutôt un peu ça. Je vais dire « j'ai cette journée-là, je peux prévoir, tiens, d'aller une fois voir unetelle ou quoi » ou alors par exemple d'aller carrément dans un magasin que je ne connais pas, un peu plus loin ou quelque chose qui me prendrait plus de temps, qui me ferait, allez au Ikea par exemple, euh, fouiner partout [rires]. (Brigitte, 46 ans)

C'est vrai que ça, ça me tracasse un petit peu, c'est que j'habite une commune flamande et que je ne suis pas parfaitement bilingue, et que je me dis si jamais, je ne sais pas moi, suivre des cours d'informatique, c'est vrai qu'en informatique ce n'est pas tellement ma tasse de thé, ou des cours d'art floral, où je ne sais pas quoi, des choses comme ça, évidemment tout est en néerlandais, hein, de mon côté, donc il faudrait que j'aile déjà un petit peu plus loin. (Patricia, 54 ans)

Les projets peuvent aussi être irréalistes et fantasmés, car surchargés d'activités.

Ah, et bien, moi, j'ai plein de projets. Ah oui. Donc, je pense que je serais bien occupée et c'est ça maintenant dans, aussi dans ma réflexion, je me dis « mais bon Dieu, j'ai jamais eu le temps de faire ci ou faire ça, je ferais bien... », ça n'est même pas en rapport avec la lourdeur du travail, c'est plutôt de ne pas avoir assez de temps pour faire ce que j'ai à faire à la maison, par exemple. Rénover ma maison, parce que je suis très bricoleuse, profiter de mes hobbies qui sont la poterie, la céramique et des trucs comme ça. Et puis aller voir un peu plus mes enfants qui sont à gauche à droite dans la Belgique, qui sont éloignés, donc, ça je, ça c'est vrai que je manque un peu de temps. Je trouve que en devenant vieille (...) je dis c'est vrai que ça serait chouette d'avoir un peu plus de temps personnellement, individuellement. Et qu'avec une carrière d'infirmière temps plein, on n'a pas beaucoup de temps, quoi. (Agnès, 56 ans)

Après j'ai beaucoup des idées pour après. (...) Hôtellerie, chambres d'hôtes, j'ai beaucoup des idées pour après. Vivre ! Le temps de vivre ! Faire des confitures, [rires], et oui, du vin, travailler dans le jardin, j'ai beaucoup des idées, je veux vivre ! (Sabine, 52 ans)

Point de vue privé, encore plus, j'aurai encore plus de temps libre. Donc qu'est-ce que je vais faire moi ? Peut-être rouler en vélo, je ne sais pas moi, toutes les semaines, peut-être. (...) Je dis à 50 ans, j'ai 2 jours par mois, mais je dis à ma femme, et bien je vais acheter un vélo de course et je vais rouler en vélo ! (...) L'année prochaine, oui ! J'ai dit : « j'aurai encore un jour en plus et bien moi j'ai beaucoup envie de rouler en vélo ! » (Paul, 49 ans)

Il est évident, pour ces personnes, que l'idée de penser à soi est encore à l'état embryonnaire et n'est pas concrètement envisagée. L'important, c'est l'idée de pouvoir faire quelque chose, mais ce n'est pas spécialement le faire. L'image d'avoir la liberté et la possibilité de le faire suffit, l'accessibilité ou la faisabilité n'est pas vraiment recherchée.

Souvent on me dit : « tu oublies de penser à toi ! », je dis « oui mais, ça viendra bien ! » (...) Déjà le fait de pouvoir y penser [à des projets si elle avait plus de temps libre] ça me fait déjà du bien mais pour l'instant je ne sais pas, c'est encore trop loin, parce que j'ai appris à vivre au jour le jour, parce que la situation était tellement difficile. (Bénédicte, 48 ans)

C'est vrai que j'ai encore des rêves maintenant, mais j'ai besoin de plus de temps. Il me faudrait vraiment plus qu'un mois pour vraiment répondre à ça et non, je me dis qu'avec un deuxième jour, là ce sera vraiment beaucoup plus facile, beaucoup plus reposant pour moi et j'arriverais à l'oxygénation optimale, on va dire. (...) J'ai toujours des rêves de reprendre l'académique de musique, reprendre des cours d'histoire de l'art, c'est des choses qui...ce sont des projets. (...) Enfin, moi, en tout cas, j'ai besoin d'être bien avec moi-même pour pouvoir me lancer même dans un rêve. Surtout, à la limite, si c'est un rêve, mieux qu'un rêve, parce que je suis fatiguée, que je vais me dire « je dois encore aller jusque Liège » alors que j'aurais juste envie de rester dans un transat. Alors que je rêve de refaire l'histoire de l'art. Mais si c'est pour y aller en disant « mince, j'aurais préféré faire autre chose », et bien je préfère ne pas le faire. Donc au moins avoir les capacités de le faire. (Séverine, 49 ans)

C) PLURALITÉ DU BOUT DES ORTEILS

Si la pluralité ne touche pas (encore) tous les individus, certains plus âgés l'entrevoient et l'observent déjà, mais du bout des orteils, avec prudence, jugements et parfois doutes. Les piliers du travail et de la famille sont encore bien présents, mais d'autres sphères d'activités plus privées viennent s'y mêler. On commence à envisager du temps pour soi de manière réaliste, mais il vient encore après le temps pour le travail et la famille.

J'aime bien ce que je fais. (...) Je pense que si on n'aime pas, on ne peut pas le faire longtemps. (...) Si j'arrive à 55 ans, ça pourrait être très gai de venir travailler pour se faire plaisir mais en profitant aussi pour vivre, pour faire un peu autre chose, vivre un peu à l'extérieur quand même. (...) [Quand je ne travaille pas] je vis comme je veux, quoi, c'est une semaine où je ne me donne pas d'obligations, où je fais ce que j'ai envie au moment où j'ai envie de le faire. (...) Il y a des semaines où j'ai vraiment envie de rester chez moi et de m'occuper de ma maison et il y a des semaines...ça dépend. (...) Un petit peu au niveau ménage parce qu'il faut bien, ou bien des petits travaux, quelque chose comme ça, sinon... (...) je sais que je vais bouger, que je vais prendre le temps d'aller à la piscine, je vais prendre le temps d'aller marcher, des choses comme ça. (Michèle, 46 ans)

[Le temps dégagé grâce au temps partiel,] au départ, c'était le nettoyage de la maison, bien à fond, et puis parce que, bon, les enfants étaient à l'école, un lundi, bon, elles étaient à l'école, mais bon, je ne sais pas moi, un coiffeur, des choses, parce que c'est vrai que quand on termine à 16h, le temps qu'on soit à la maison il en est 17 ou faire une petite course, ben la soirée est vite passée quoi, donc, je ne sais pas moi, un petit coiffeur, un petit shopping, non ça sert à plein de choses. (Patricia, 54 ans)

Au début, parce que mon mari travaille aussi dans le métier, au début on a dit tous les deux on va prendre nos jours de VAP ensemble et c'est une journée pour nous, comme couple et on sort ensemble. Ça c'est notre but. Au début ça allait. On a pris 2 jours. A Brugge à Gand et c'était vraiment 2 jours qu'on dit, écoutez, on est parti le matin, c'est pas pour nettoyer, c'est pas faire quelque chose, on dit

c'est pour nous. Mais les derniers temps, on ne sait plus s'arranger qu'on est ensemble pour ces jours de congés. (...) Et si je suis toute seule à la maison pour nettoyer, pour mettre ta maison en ordre une fois, il faut bien nettoyer de temps en temps. (Sabine, 52 ans)

[Si elle s'octroyait un jour de DT à 50 ans, ce serait pour] mon repassage, mon nettoyage... Ben, je suis secrétaire d'un club de gym, donc je ferai là-dedans, ça c'est sûr. Je fais du sport, j'essaie, je fais un tournoi de tennis pour le moment. (...) Et avec mon ami, aller promener, des choses ainsi, alors c'est vrai quelque part, mais lui travaille toujours aussi pour le moment, donc on se ménage un peu plus de plages horaires, ça c'est sûr. (...) [Ce ne serait] pas spécialement pour quelque chose de précis, j'aurais du coup ce jour-là, je pense que ça serait pour plein de choses dans la journée, quoi. Là, si même je fais du repassage le matin, je peux faire du sport l'après-midi, ça peut être de la lecture, des documents que j'ai envie de lire, ou terminer... (...) Dire que le matin je peux déjà me lever un petit peu plus tard. (Vinciane, 48 ans)

La pluralité peut aussi être assumée, c'est-à-dire sans y insérer des tâches familiales ou ménagères, mais de manière plutôt spontanée.

[Pendant la DT] ah bien je m'occupe de moi. (...) J'ai des courses qui sont en retard, ou je me mets à jour dans tout mon retard personnel. (...) Ou c'est quelqu'un que je dois voir absolument et avec qui je devais planifier un rendez-vous, et bien j'en profite pour le planifier ce jour-là ou simplement oxygène. Pas trop ménage. Je ne compte pas sur ce jour-là pour me mettre un jour ménage. (...) Oh si j'ai envie d'aller me promener, j'irai me promener ce jour-là ! (...) Plutôt rencontre, culture, j'aime bien d'aller faire un petit tour à Bruxelles, Namur, ou n'importe quoi, ou Liège et je vais me promener. (...) Ou rencontrer des amis. (...) C'est un jour tout à fait ouvert à tout. (...) Mais de manière spontanée, si rien n'est prévu, je vais d'abord me l'octroyer, oui. (...) [La DT ne sert pas vraiment pour la famille, sauf] si ça tombe comme ça, oui, mais ça ne sera pas planifié de la même manière. (...) Si quelqu'un m'interpelle et j'ai ma vieille maman qui est très dépendante, je vais dire et bien « tiens on doit aller chez le médecin avec elle ce jour-là », et bien si je suis en DT et bien pourquoi pas ! (Séverine, 49 ans)

C'est souvent, euh, comment je vais dire, j'en profite, pas pour faire du nettoyage, des machins pareils, sûrement pas, mais bon, la plupart du temps, c'est vrai qu'on en profite avec mon mari, euh, pour, euh, une balade, nous sommes des grands marcheurs, donc on adore la montagne, donc il faut s'entraîner pendant l'année, donc ça c'est vrai qu'on va souvent se balader quand j'ai des jours de congé. (...) Le dernier [enfant] a 16 ans, donc pas de soucis. (...) Puis on habite, c'est vrai qu'on habite la ville donc, même s'ils ont des activités ou quoi, euh, ils se débrouillent eux-mêmes. (Brigitte, 46 ans)

C'est dans chaque jour que je suis à la maison que je prends un peu de temps pour moi. Donc ça se répartit et je vais dire d'une façon...c'est très rare que je dise « je prends un jour pour aller, je ne sais pas moi, faire des courses ! » Mais ce qui est fréquent, c'est que je dise, et bien je prends une heure ou 2 heures parce que j'ai envie de lire, ou d'aller me promener, de faire une activité comme ça... C'est vrai que de dire « je vais aller en ville pour aller faire des courses », ça m'attire moins...mais, je vous dis, je le fais, un petit peu au fur et à mesure tous les jours. Moi, mon plaisir c'est ou bien de lire ou bien de me promener, mais je le prends, je vais dire, un peu tous les jours. Je le prends, je vais dire, un peu sur tous mes jours, quoi ! Je veux dire...je le répartir un petit peu sur...je trouve que ça s'arrange mieux dans mon système d'organisation. (Nadine, 47 ans)

D) PLURALITÉ CADENCÉE

Certain-e-s arrivent toutefois à envisager de profiter du temps libéré pour autre chose que le travail ou la famille. Cependant, profiter personnellement de son temps libéré requiert alors une organisation rythmée au métronome.

Nous sommes une famille de 5, mes enfants ont leurs activités sportives et j'essaie de les planifier en même temps de manière à ne pas courir inutilement. Je les amène sur [ville] et bien j'ai une heure pour moi, je vais faire une heure de sport pendant qu'ils sont à leur heure plutôt que d'attendre dans la voiture. C'est plutôt une manière de fonctionner qui est plus familiale. (...) J'essaie aussi de leur faire comprendre que c'est quelque chose dont ils ont droit. De la même manière, s'ils veulent avoir ma disponibilité quand je suis avec eux, c'est aussi au prix d'avoir du temps pour moi. (Séverine, 49 ans, 100%)

Je fais du jardinage, par exemple, pour moi. (...) Je sais très bien équilibrer tout ça, je fais beaucoup de jardin. Je suis une fan de la télévision, j'adore la télévision, donc le soir souvent je regarde un programme ou l'autre, maintenant je vais à vélo à la clinique, j'ai ½h pour aller, ½h pour revenir, je pédale dans la campagne, c'est chouette, mais ça aussi c'est aussi toute une reprogrammation, parce qu'il faut partir plus tôt, je suis toujours un peu juste, j'arrive toujours un peu juste. (...) Il y a des jeudis où je fais une école de...pour faire des bouquets, dans une école pour faire des bouquets, c'est des jeudis souvent. Et bien je marque déjà tous mes jeudis et [la chef de service] me les accorde. (...) Et moi je peux me ressourcer, je peux me ressourcer ailleurs. (Pascale, 56 ans)

[Ce qui est important de faire pendant sa DT :] de se détendre ou jardiner un petit peu, ou peindre, ou sortir avec mon épouse, donc euh... (...) Et des choses, sortir une fois avec mon épouse, elle est infirmière aussi, donc je peux choisir en fonction de son horaire. On peut sortir ensemble une fois donc... (...) Oui oui, c'est organisé. (...) Non, c'est bien précis, donc. J'en profite souvent un jour où je dois aller chez le coiffeur. Chez le coiffeur à nous deux, ou au marché, ou visiter la famille, à la mer. On prend ce jour-là. (...) D'abord dormir un peu plus longtemps, (...) ça soulage un petit peu. (Jean, 48 ans)

5) Décalage de générations

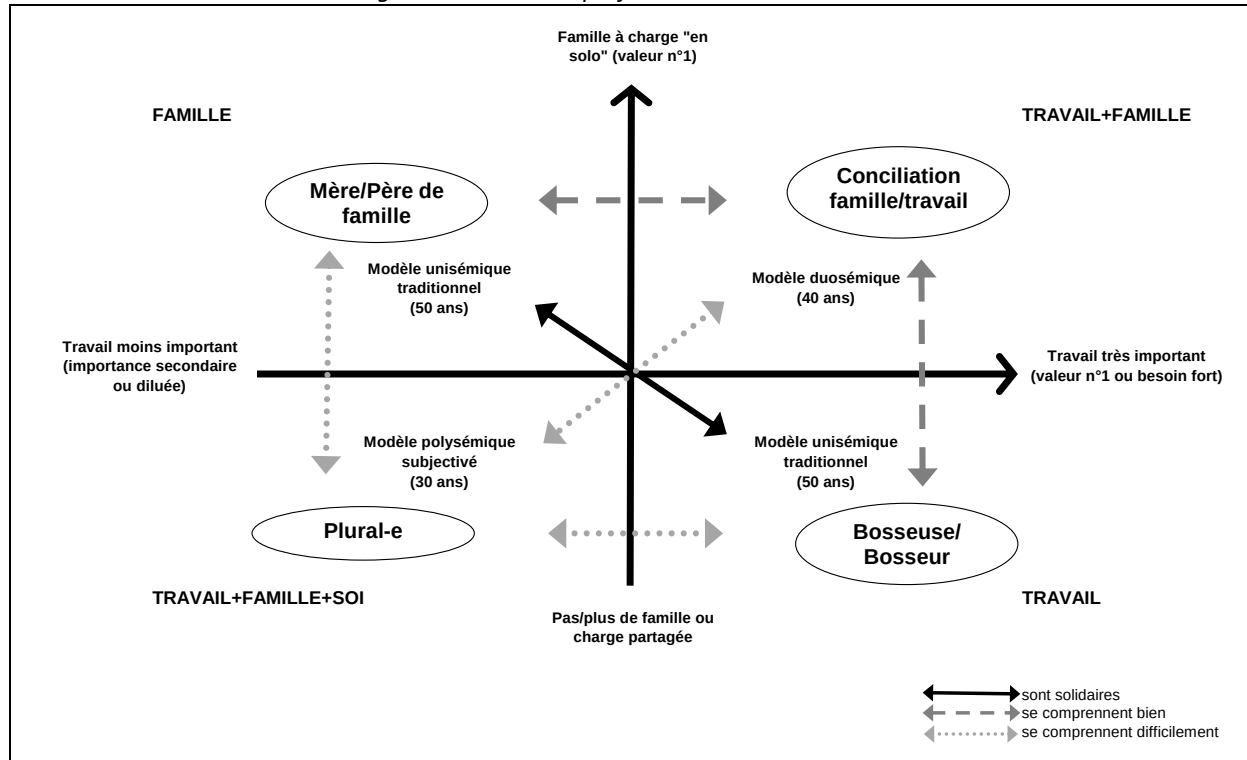
Ces différents modèles de travail permettent de mieux comprendre l'éventuel décalage générationnel⁸⁶. En effet, nous l'avons vu, chaque modèle semble privilégié par l'une ou l'autre génération. Plus l'écart d'âge se creuse, plus l'incompréhension semble difficile entre modèles, notamment de la part des Bosseurs-euses et des Parents vis-à-vis des Pluraux. Ces modèles « générationnels » montrent bien un changement d'agencement des valeurs dans la vie. Il est évident que la confrontation entre différents modèles de travail au sein d'une équipe d'infirmiers-ères peut amener incompréhensions et conflits, qui accentuent le malaise de travailler avec des collègues (ou des supérieurs) que l'on ne comprend pas ou que l'on juge inadaptés au milieu professionnel.

Ce n'est pas une solution, mais il va falloir accepter que nos jeunes collègues n'ont pas du tout la même façon de voir les choses que nous, qu'elles n'y accordent pas la même importance aux mêmes valeurs, il faut qu'on arrive à travailler ensemble, c'est le seul moyen. Elles ont des choses à nous reprocher aussi vraisemblablement. (MAG 4)

Dans la figure suivante (Figure 26), les interactions entre générations sont représentées par différentes flèches.

⁸⁶ Une précision est à apporter ici : il s'agit bien d'effet de génération et non d'effet d'âge. Pour plus de lisibilité, les âges sont inscrits dans la Figure 26, mais la tranche d'âge des quarante ans, par exemple, veut bien dire la cohorte des personnes nées dans les années 60.

Figure 26 – Modèles professionnels et interactions



Entre le modèle des Bosseurs-euses et des Parents, il existe une certaine solidarité due probablement à une identification générationnelle (flèches pleines sur la Figure 26). En effet, ces individus de même génération ont dû, à un moment donné, au début de leur carrière, choisir entre l'une ou l'autre valeur. Dans les années 70, il était encore plus difficile de cumuler travail et famille, particulièrement pour les femmes. Le fait d'avoir fait ce choix était (ou est encore) difficile et une solidarité peut alors s'instaurer auprès des personnes qui ont dû renoncer à un certain cumul des valeurs. Il semble plus évident de s'entendre avec des personnes d'une même génération, qui ont vécu (ou qui vivent encore) des événements privés ou professionnels similaires.

Dans la même logique, les personnes appartenant aux modèles uniséémiques sont non seulement tolérantes vis-à-vis de celles du modèle duosémique (conciliation), mais elles les comprennent bien (flèches en tirets sur la Figure 26). Les Conciliateurs-trices n'ont pas été amené-e-s à faire un choix entre les deux valeurs : ils-elles ont eu l'occasion ou la « chance » de pouvoir choisir les deux. Ce modèle des cohortes des années 60 regorgeant donc d'individus cumulant famille et travail suscitent une compréhension, voire une admiration dans certains cas, de la part des cohortes des années 40 et 50.

Enfin, la relation entre le modèle polysémique et les trois autres s'avère plus conflictuelle (flèches en pointillés sur la Figure 26). Le paysage professionnel ayant évolué au fil des ans, les vécus des individus (en termes d'avantages ou d'opportunités) s'ancrent alors dans un contexte spatio-temporel particulier. Les générations plus âgées ont dû s'adapter au cours de cette évolution et, même si elles sont heureuses de certains changements structurels pour le métier d'infirmier, ces avantages dont elles n'ont pas bénéficié peuvent plutôt être ressentis comme une profonde injustice, et mener vers une forme de jalousie. Comme si le fait d'avoir connu des difficultés au début de leur carrière légitimait un certain savoir-faire. Les infirmiers-ères plus âgé-e-s comparent leur jeunesse avec celle de leurs jeunes collègues, et considèrent comme injustes

les avantages actuels auxquels ils-elles n'avaient pas droit lorsqu'ils-elles étaient jeunes. De plus, grâce à ces avantages, les plus jeunes peuvent se permettre plus d'absences que les plus âgé-e-s doivent pallier. Les jeunes infirmiers-ères se plaignent plus et ont plus de congés que quand les plus âgées étaient plus jeunes. De cette forme d'injustice peut alors découler une certaine jalousie par rapport aux jeunes qui peuvent se permettre plus ou autre chose.

Pourquoi est-ce que les jeunes déjà maintenant rouspètent et disent que les gardes sont tuantes? Nous, à 50 ans, on devrait encore les faire, alors qu'on en a fait depuis 32 ans? (...) Un jeune est beaucoup plus vite fatigué maintenant aussi! (...) Déjà au départ. (...) Maintenant, il y a quand même la protection de la femme enceinte, elles sont mises hors du quartier opératoire, elles ne font plus de gardes, et puis c'est congé d'allaitement (...). Quand elles sont enceintes, on ne les voit pas pendant plus d'un an. (Patricia, 54 ans)

Aussi, pour les infirmières plus âgées, il était de bon ton d'arrêter de travailler quelques années pour élever ses enfants. Certaines politiques sociales permettent aux jeunes mères d'obtenir des congés jusqu'à un an pour ce faire. Non seulement, pour les mères plus âgées, ça paraît injuste de ne pas venir travailler pendant près d'une année, et de laisser ainsi ses collègues travailler à leur place, mais en plus, pour bien s'occuper de sa famille, un an n'est pas suffisant.

Il y a une quarantaine d'années, on s'arrêtait facilement pour élever nos enfants à l'époque, maintenant on le fait moins forcément. (Nicole, 62 ans)

Aux yeux des Bosseurs-euses, des Parents et des Conciliateurs-trices, les Pluraux ne s'investissent ni assez dans leur métier, ni assez dans leur famille. Rien n'est fait correctement et à fond. Une infirmière de plus de 50 ans aujourd'hui vivait sa grossesse jusqu'au bout, à l'hôpital, avec son équipe de collègues, telle une famille. Le travail et la famille semblaient davantage imbriqués l'un avec l'autre, dans le sens où le travail invitait la famille à s'immiscer à l'hôpital. À l'heure actuelle, une jeune infirmière enceinte quitte son travail pendant plus d'un an, officiellement. Les plus âgé-e-s pensent alors que les plus jeunes investissent moins le travail et la famille. Pourtant, ce n'est pas tant que l'investissement est moins grand, c'est que le travail est décentré pour laisser plus de place à la vie privée. Actuellement, des collègues vont, par exemple, plus volontiers se retrouver en dehors des heures de travail, en dehors de l'hôpital. Il y a quelques décennies, c'était la vie privée qui s'invitait dans le travail, maintenant c'est presque le phénomène inverse qui se produit : c'est la vie professionnelle qu'on invite dans la vie privée. Dans une équipe de travail, la décentralisation de valeurs peut évidemment provoquer des incompréhensions et des conflits.

C'est quand le privé rentre trop dans le professionnel. (MAG 16)

Quand j'ai commencé à travailler en dialyse, je faisais partie d'une équipe et maintenant, je fais partie d'un groupe, et le fonctionnement n'est pas le même : dans une équipe, on s'entraide ; dans un groupe, il faut une tête de Turc, il faut des gens sur qui on parle, il y a plus de conflits, « tu travailles mieux, tu travailles plus vite, tu vas trop vite, tu ne fais pas attention ». Alors qu'avant, en équipe, on s'aidait plus. C'était une petite équipe, maintenant on n'est plus dans la société Bisounours, chacun essaie de tirer la couverture sur soi. Personnellement, j'essaie de créer une bonne ambiance, mais quand c'est trop lourd, je repousse la couverture. Quand ça ne va plus, « débrouillez-vous, jouez dans le sable, ce n'est plus de mon âge ». Il y a moins d'entraide, c'est plus chacun pour soi : « moi, j'ai fini, et tant pis si toi t'as pas fini, il est 6h30, je me casse ». (...) Je relève la vie extra-hôpital où les collègues se rencontrent dans des cadres de sortie et qui génèrent inévitablement ce type de conflit, de jalousies et autres événements. (MAG 21)

Le fait de se voir en dehors du service, ça on ne le faisait pas avant. On ne s'impliquait pas autant dans la vie privée des gens. Se voir en dehors, c'est plus un problème de générations. (...) C'est ça le problème des générations, avant ça n'existait pas, ça. On ne se voyait pas comme ça en dehors. (MAG 8)

Il suffit que une manifeste un travail moins bien ou arrive en retard ou est 3, 4 fois malade, le groupe qui l'aime déjà un peu moins bien, ça devient le sujet de conversation, les jugements de ce fameux groupe qui se voit en dehors, qui est ami, et même à la table du dîner, on s'envoie des sms sur le dos de la personne qui est en face ou qui rigole de l'autre qui vient d'arriver. Et ça, je pense que dans le temps, il n'y avait pas. On se disait « ce que tu m'as fait, ça m'a déplu » et on en discutait. Tandis que maintenant, ce n'est plus comme ça. (MAG 18)

Au niveau des groupes formés à l'extérieur, c'est peut-être un peu plus la génération nouvelle, ça commence à peser dans une vie d'équipe. Je pense que c'est plus important qu'on ne le pense et que ça tire l'équipe vers le bas, même si on se connaît bien et qu'on s'entend bien, l'objectif professionnel est souvent relégué à l'arrière-plan dans ces situations-là et si la personne ne correspond pas au groupe, on a vite tendance à les exclure. On se voit en dehors du boulot peut-être plus maintenant qu'il y a 10 ou 15 ans. On insiste tellement sur le fait qu'on doit être bien dans sa vie privée et que, avant on était au boulot, on était au boulot. Maintenant, on fait beaucoup plus un mixage de la vie privée et de la vie professionnelle, donc on axe beaucoup plus là-dedans, avec des objectifs de management, et donc ça favorise l'émergence de ce genre de situations. Avant, on mettait l'accent sur la vie professionnelle avant tout. Quand on met l'accent sur la vie privée, on a plus souvent des déceptions quand ça ne marche pas. (MAG 7)

Les réseaux sociaux, tel que Facebook, par exemple, qui deviennent une vitrine de mise en scène personnelle, cristallisent cet envahissement de la vie privée à tous les égards. L'étalage de la vie privée via les nouvelles technologies correspond davantage à un symptôme de changement de société. Si la vie privée prend plus de place que le travail, il faut le montrer. Ce n'est pas l'utilisation de réseaux sociaux qui nous intéresse ici, mais bien le fait qu'ils révèlent une décentralisation du travail.

Vu que la vie privée prend tellement d'ampleur dans la vie professionnelle, peut-être que, parce que cette fille-là ne parle pas de sa vie privée, elle n'est pas acceptée. Le problème des jeunes, je vais jusque 40 ans, c'est médiatisation, réseaux sociaux, GSM et la vie privée qui est étalée au vue de tous. Les jeunes jusque 38 ans étalent plus leur vie privée, or ici, X n'étale pas sa vie privée, donc elle est rejetée [par les plus jeunes]. (MAG 7)

Mais c'est même pas les jeunes vis-à-vis des anciennes, c'est plus la génération informatique qui est tout à fait différente dans la génération des jeunes, qui sont nés avec des téléphones dans les mains, des machines, de l'informatique. Là, je trouve que ça intervient dans notre travail. (MAG 16)

*Nous sommes dans la **génération patience**, les jeunes arrivent avec la **génération TIC**, tout tout de suite. À mes propres enfants, je leur dis de me prouver qu'elles sont plus heureuses que moi et elles n'ont pas de solution, parce qu'elles veulent tout faire en même temps et elles n'acceptent pas « je suis jeune maman, donc j'attends un peu avant de faire autre chose et quand ils iront à l'école, j'aurai plus facile et quand ils seront partis, j'aurai encore plus facile », mais ça ils n'acceptent pas. Donc, elles veulent être à la fois jeunes mamans, travailler, aller au yoga, au cours de cuisine, faire de la couture, et puis « maman, est-ce que tu peux prendre les enfants ? », « non, maman fait un temps plein ! ». (MAG 21)*

Divay (2011) est aussi arrivée à la même conclusion, à l'issue d'une de ses enquêtes sur les soignantes d'un hôpital. Elle parle même de cassure du lien intergénérationnel. Les « anciennes » reprochent aux « nouvelles » d'être privilégiées (meilleures conditions de travail que celles qu'elles ont connues au même âge), de manquer de respect (comportements arrogants et insolents) et de manquer de conscience professionnelle et d'intérêt pour leur travail (Divay, 2011). Si le manque de respect peut aussi être un effet d'âge, il est clair que les meilleures conditions de travail et le soi-disant manque d'intérêt sont générationnels.

Nous sommes bien face à plusieurs styles de vie et de travail qui se comprennent plus difficilement. Pour appréhender ces modèles et mieux comprendre ce changement de paradigme professionnel, aidons-nous de plusieurs auteurs et concepts sociologiques.

D. Subjectivation et pluralité/polycentralité

Dans les années 1980, Christian Lalive d'Epinay et Carlos Garcia (1988) évoquaient déjà deux modèles culturels générationnels. Ils utilisaient le concept d'*ethos* comme « une configuration de croyances, valeurs, normes et modèles de comportement fondamentaux, configuration qui oriente les manières de vivre de l'être humain, la définition de ses projets et la construction de sa vie quotidienne. L'*ethos* est en quelque sorte le cœur d'une culture » (Lalive d'Epinay & Garcia, 1988, p. 91). Selon eux, devaient déjà coexister l'*ethos de l'accomplissement du devoir et du travail* et l'*ethos de l'épanouissement personnel et de la prise en charge de l'individu*. Le premier *ethos* stipule que « «l'être humain est (...) un être de devoir (...) [et] un être de travail. (...) La collectivité est le principe supérieur, finalité pour l'individu. Ce dernier est avant tout défini par des devoirs, le seul droit fondamental étant, logiquement, son droit au travail. La société, en revanche, est dotée de droits envers les individus » (Lalive d'Epinay & Garcia, 1988, p. 92). Le second *ethos* énonce que « « l'individu ici affirme ses droits (...) au travail et à la sécurité physique, mais droits au bien-être et au bonheur. Ces derniers résultent de (...) la notion d'épanouissement personnel (...) associée à une forte revalorisation des dimensions non rationnelles de l'existence. (...) Chaque individu est porteur de dons qu'il doit faire fleurir. (...) L'individu a le primat sur la société : le devoir d'épanouissement personnel le dote d'une cohorte de droits. L'individu est ici sa propre fin et sa propre norme » (Lalive d'Epinay & Garcia, 1988, p. 136). Pour ce dernier système culturel, les auteurs parlaient même de « l'expression d'un individualisme hédoniste extrême » (Lalive d'Epinay & Garcia, 1988, p. 146).

Avant-gardiste ou visionnaire, Lalive d'Epinay posait déjà les jalons d'un nouveau modèle culturel, bien prégnant à l'heure actuelle. Quelques années plus tard, plusieurs auteurs observent que la société actuelle est profondément imprégnée par une baisse de socialisation institutionnelle et donc par une individualisation croissante. L'époque industrielle s'épuise, les valeurs perdent leurs cadres, les références s'évaporent, les trajectoires professionnelles sont de plus en plus éclatées et individualisées, il existe de vastes possibilités de consommation, on ne retrouve plus de démocratie représentative (Dubet, 1995; Aubert, 2004a; Touraine, 2005; Martuccelli, 2006; 2010). La seule sécurité, le seul point d'appui, est le « soi », s'orienter vers soi-même, la conscience de l'acteur. On se définit par une représentation de soi-même. Le sens ne se trouve plus en Dieu mais en soi, en tant que sujet, c'est ce qu'Alain Touraine appelle la « subjectivation » de l'individu (2005). On cherche à être reconnu et valorisé comme sujet. On assiste à un formidable mouvement de retournement du monde vers soi-même, on passe de la conquête du monde à la conquête de soi. Nous vivons dans un monde en rupture qui implique une perte de signification de ce monde. Les individus sont donc devenus les acteurs principaux dans la construction de leur « soi ». Les normes et valeurs ne sont plus données par les grandes institutions (comme l'État, la Famille, l'Éducation, la Religion...), ni par les communautés ou groupes, mais elles sont construites et façonnées par les individus eux-mêmes (Touraine, 2005).

Aubert utilise aussi le terme de « crise du sens » où on assiste à la « disparition de tout système de sens collectif et indiscutable permettant de structurer la vie commune » (Aubert, 2004a, p. 108). Pour elle, l'individu va rechercher son référent ultime non plus à l'extérieur mais à l'intérieur de soi, c'est ce qu'elle appelle la « transcendance de soi » où l'individu est en « quête d'un permanent dépassement de soi-même. (...) C'est bien un Dieu prêt-à-l'emploi, qui se confond avec soi-même, et c'est donc bien soi-même en tant que Dieu qui constitue la transcendance à laquelle on se réfère pour avancer et s'orienter dans l'existence. (...) Cette exigence de dépassement personnel [est alors] au service (...) de soi-même en tant qu'absolu, en tant que transcendance suprême » (Aubert, 2004a, pp. 113-114). Le dépassement personnel, que l'on observe chez les champions sportifs contemporains, ne se retrouve pas *per se* auprès des infirmiers-ères, mais s'insère dans la volonté de mener tout de front dans la vie quotidienne.

Parallèlement, on assiste à une multiplication des statuts et des catégories professionnelles dans un contexte général de montée des individualismes, menant à une baisse de solidarité et, *in fine*, à une perte de sentiment collectif dirigé vers un but commun. Selon Dominique Méda (2010a; 2010b), l'identité professionnelle collective s'efface peu à peu, même si la valeur du travail reste un point central dans la vie des individus. Un sentiment d'insécurité de l'emploi croissant est observé, ce qui entraîne un repli sur soi et une méfiance vis-à-vis du collectif (Touraine, 2005; 2006). Par exemple, l'esprit d'équipe et la solidarité, éléments primordiaux pour le bon fonctionnement d'une équipe d'infirmiers-ères, se font rares. Il y a quelques décennies, les individus pouvaient compter sur le collectif pour répondre à des problèmes professionnels voire personnels ; maintenant, ils se retrouvent davantage face à eux-mêmes. C'est ainsi que la vie professionnelle se fait plus pénible et peut mener vers un sentiment d'isolement (Touraine, 2005; 2006; Méda, 2010a; 2010b).

Face à cette insécurité ambiante, les individus préfèrent s'investir dans plusieurs sphères pour diluer leur prise de risque : si un échec survient dans une des sphères, alors la survie est assurée par les autres sphères investies. Il est de bon ton de « ne pas mettre ses œufs dans le même panier ». Le temps est dépensé différemment, avec une emphase sur les temps privés et/ou sociaux (Touraine, 2005; 2006; Méda, 2010a; 2010b). Si le temps est fractionné, il est évident que l'investissement professionnel se réduit aux heures légales contractuelles. Cette pluralité de sphères d'investissement peut mener à des incompréhensions, voire des conflits au sein d'une équipe de travail, ce qui peut mener à un malaise professionnel. Organiser une équipe d'infirmiers-ères doit donc prendre en compte les différents modèles professionnels existant en son sein.

Le travail reste important, mais est dilué dans une pluralité d'autres activités ou valeurs tout aussi importantes, voire davantage. Cette notion de « pluralité » est synonyme de polycentration (Burnay, 2000), de conceptions polycentrées (Mercure & Vultur, 2010) ou encore de polycentralité (Méda & Vendramin, 2013). Manifestement, nous vivons au cœur d'un changement de paradigme du travail, où ce dernier perd de son importance au profit d'autres investissements tels que la famille, le couple, les loisirs sociaux, artistiques, sportifs ou autres. Le travail, au même titre que d'autres valeurs, aide à développer une identité complète et fière, dans le but d'un épanouissement personnel et d'un bien-être général.

Pour Nathalie Burnay, « la vision unicentrée, canalisée vers l'emploi s'estompe au profit du déploiement d'un paysage polycentré, fait d'activités multiples orientées vers l'épanouissement de la personne. (...) Cette polycentration est caractéristique des théories de la mutation culturelle, qui voient le remplacement d'un modèle où le travail constituait l'unique sphère structurante pour l'individu, par un modèle qui voit l'émergence et le développement de sphères multiples qui ont toutes en commun de participer à l'épanouissement de l'individu » (2000, pp. 256-257). On assiste donc à un nouveau modèle de rapport au travail, où, selon Dominique Méda et Patricia Vendramin, l'individu souhaite « pouvoir mener de front des projets dans divers domaines, dans la logique d'une identité plurielle » (2013, p. 177). Le travail demeure essentiel mais ne domine plus les autres sphères d'investissement personnel. La polycentralité apparaît comme « une recherche de cohérence entre les différentes sphères de la vie » (Méda & Vendramin, 2013, p. 179). Daniel Mercure et Mircea Vultur vont même jusqu'à affirmer que « pour la très grande majorité de la population active, les principales sphères de la vie personnelles sont jugées plus importantes que le travail » (2010, p. 223).

D'aucuns pourraient imaginer que ces deux *ethos* de travail sont portés non pas par des générations différentes, mais bien par des âges différents. Or le paradigme de la polycentralité commence à affecter toutes les générations : d'abord les plus jeunes, puis les plus âgées, qui n'ont peut-être plus d'enfants à charge, et enfin les générations du milieu. Pourtant, en

attendant que ce paradigme soit adopté par tous, des conflits entre différentes générations peuvent éclater, et l'incompréhension est de mise. On assiste donc à un choc de systèmes de valeurs professionnelles tel que chacun résiste de son côté. Les valeurs véhiculées par le paradigme de la polycentralité ou l'*ethos de l'épanouissement personnel* ne sont pas reconnues comme telles. Les générations plus âgées persistent à espérer une métamorphose évidente, une fois le jeune âge dépassé. Et l'argument de l'âge est ici utilisé pour justifier un rapport qui serait plutôt d'ordre générationnel. Les adeptes de la polycentralité risquent peu de modifier la place qu'ils accordent à leur travail, tant ce modèle leur appartient et leur semble légitime. Le conflit reste donc inextricable et seule la résistance de part et d'autre semble possible. Suite à l'analyse des entretiens dans le milieu infirmier, cette mutation culturelle – ou ce changement de paradigme de travail – s'est révélée robuste et prépondérante dans les discours des individus interrogés.

Même si le travail reste important, il ne l'est pas pour les mêmes raisons chez tout le monde. Selon l'enquête de Mercure et Vultur, « l'individu cherche surtout dans l'activité du travail tantôt une source de revenus en vue de disposer des conditions matérielles souhaitées, tantôt un espace vécu pour s'exprimer individuellement et s'autoréaliser » (2010, pp. 68-69). Deux finalités du travail ressortent donc probantes : une finalité d'ordre économique et une finalité de réalisation de soi. Dans la première finalité d'ordre économique, « le travail est surtout un moyen pour atteindre des finalités d'être individuelle à l'extérieur du travail conformément à une vision instrumentale et économique » (Mercure & Vultur, 2010, p. 69). Cette finalité est plutôt adoptée par des individus en besoin financier, issus de catégories socioprofessionnelles inférieures, moins scolarisés, responsables d'une charge de famille et âgés entre 35 et 49 ans. Dans la deuxième finalité de réalisation de soi, le travail « représente ce par quoi l'individu tente de s'exprimer en tant qu'individu, de s'accomplir, de se réaliser, selon une vision expérientielle et expressive » (Mercure & Vultur, 2010, p. 69). Cette finalité est préférée par les catégories des cadres, des universitaires et des chefs des PME, probablement plus à l'aise financièrement, n'ayant pas ou plus de famille à charge et âgés soit de moins de 35 ans, soit de 50 ans ou plus.

Pour chacun des modèles professionnels explicités plus haut (Figure 26), les deux finalités peuvent exister dans chacun des profils différents. Ces modèles peuvent alors se complexifier en se déclinant en fonction de chacune de ces finalités, ce qui double notre typologie.

Les Bosseurs-euses à finalité économique apparaîtront davantage épuisé-e-s physiquement ou frustré-e-s car la charge professionnelle est vécue comme contrainte. Les Bosseurs-euses à finalité de réalisation de soi, passionné-e-s, seront plutôt ravi-e-s et épanoui-e-s dans leur travail.

Les Parents à finalité économique, plutôt désinvestis professionnellement, utiliseront leur travail comme une opportunité pour maximiser leurs gains. Les Parents à finalité de réalisation de soi verront leur travail plutôt comme une respiration, comme une opportunité pour s'aérer et exister en dehors des charges familiales.

Les Conciliateurs-trices à finalité économique montreront plus de signes d'épuisement mental lié à l'organisation (ou la désorganisation) des deux sphères, et la sphère du travail sera sentie comme contrainte et non épanouissante. Les Conciliateurs-trices à finalité de réalisation de soi, super organisé-e-s, seront vu-e-s comme *superwomen* ou *supermen*, gérant avec brio, enthousiasme et facilité, toutes les tâches professionnelles et familiales.

Les Pluraux à finalité économique, plutôt intéressés et calculateurs, puiseront dans les ressources financières de leur travail pour s'épanouir ailleurs, faisant attention à ne pas en faire de trop. Les Pluraux à finalité de réalisation de soi placeront leur travail à égalité avec leurs autres sphères d'activité, toutes nécessaires à leur équilibre vital et à leur sérénité.

Un rapide parallélisme pourrait aussi être fait avec la typologie des expériences sociales des femmes dans les professions supérieures de Nicky Le Feuvre (2008). Cette typologie semble intéressante ici, vu les quelque 90% d'infirmières et le statut de « cadres infirmiers » qui les amène à un niveau de profession supérieure (Gadéa, 2013; Guitton, 2013). Le Feuvre (2008) propose une typologie de trois modèles référentiels de construction identitaire : le modèle des deux sexes, le modèle du troisième sexe et le modèle du sexe unique. Les deux premiers modèles comportent les principes de la différenciation entre hommes et femmes dans toutes les sphères sociales.

Le modèle des deux sexes, ou le modèle du *breadwinner* masculin, donne la possibilité à la femme de construire son propre parcours professionnel, en maintenant son rôle « féminin » de soutien au conjoint en assumant exclusivement ou principalement les responsabilités domestiques et familiales.

Dans le modèle du troisième sexe, la femme ne veut pas se conformer aux responsabilités domestiques « féminines » et décide de suivre sa carrière comme un homme, à savoir sans engagement parental, voire conjugal. Si le premier modèle prône une « féminité », dans une logique « d'intégration normative », et le deuxième modèle une « virilité », dans une logique de « transgression », tous les deux ne remettent pas en cause les fondements du patriarcat ou de la division sexuelle du travail (professionnel et domestique) entre les sexes.

Le troisième modèle, celui du sexe unique, cherche, lui, à dépasser la différenciation, à modifier l'organisation sexuée de la société et s'inscrit dans une logique subversive de répartition équitable de la charge mentale entre les sexes. Ce n'est pas le sexe qui va définir les femmes (ou les hommes), mais « la pluralité des caractéristiques qui les définissent en tant qu'être humain » (Le Feuvre, 2008, p. 318).

Si l'on porte des « lunettes genre » dans les modèles professionnels générationnels et des « lunettes âge/génération » dans la typologie de Le Feuvre, on peut y voir des ponts évidents : les Parentes se référeraient au modèle des deux sexes et les Plurales au modèle du sexe unique. Les Conciliatrices, qui assument leurs responsabilités sur tous les fronts (professionnel et domestique), appartiendraient au modèle des deux sexes, avec une volonté de miser davantage sur leur propre travail, empruntée au modèle du 3^{ème} sexe. Les Bosseuses se rapprocheraient davantage du modèle du troisième sexe, sans l'assumer complètement, en raison d'éventuelles responsabilités familiales normatives. Les deux premiers modèles de Le Feuvre seraient plutôt portés par les plus anciennes générations (imprégnées par la différenciation des sexes) et le modèle du sexe unique par les plus jeunes générations (en recherche de « désordre sexué »). Il serait pertinent, dans de futurs travaux, de mettre des nouvelles données à l'épreuve de ce parallélisme.

E. Effets de générations et effets d'âges

Il n'est parfois pas toujours aisé, à la lecture des entretiens, de discerner les logiques générationnelles des logiques d'âges. En effet, si l'on reprend les modèles vus à la Figure 25, un infirmier peut très bien être Bosseur au début de sa carrière, puis devenir Conciliateur, si une charge familiale lui incombe, et enfin, une fois ses enfants grands et indépendants, adopter le modèle du Plural. S'il existe des particularités propres à chaque génération, les rapports de pouvoir entre les âges restent atemporels. Donc si un conflit éclate entre un-e jeune Bosseuse et un-e Plural-e plus âgé-e, ce n'est pas tant un problème de génération que d'âge. Les rapports d'âge et de génération semblent évidemment étroitement liés, mais nous traitons donc bien ici à la fois d'effets de générations et d'effets d'âge.

Les nouvelles générations font face à un contexte social, économique et technologique différent des générations plus âgées, mais ces différences générationnelles sont récupérées comme alibis ou arguments pour asseoir des rapports de pouvoir éternels entre les âges, tant dans les enquêtes réalisées que dans la littérature. Les plus jeunes préconisent leur vitalité et leur fraîche formation, tandis que les plus âgé-e-s valorisent leur sagesse et leur expérience. Même si le terme « rapport de générations » est utilisé dans ce contexte, il est assez évident que l'on est face à des rapports d'âges. Que ça soit dans les médias, dans les discours des infirmiers-ères interrogé-e-s, voire même dans la littérature, le terme « générations » est souvent galvaudé. En effet, même s'il est vrai que chaque génération porte des stigmates propres à son ère, tels que la nouvelle technologie pour les générations plus actuelles, l'important n'est pas de lister et juger les différences mais de les analyser comme éventuels révélateurs de changement culturel. Les nouvelles technologies, en soi, ne créent pas spécialement de différences, mais c'est leur usage, générationnel, qui change l'ordre social et les rapports sociaux associés. Ce ne sont pas les réseaux sociaux, par exemple, qui ont creusé les différences entre les générations, mais c'est parce qu'un changement culturel était déjà à l'œuvre qu'ils ont été créés, comme moyen d'expression de ce changement. Ces nouvelles technologies sont donc un symptôme ou une résultante de différences générationnelles à l'œuvre, et non l'inverse. Il est alors plus facile de tirer sur les conséquences et sur les nouveaux outils que d'en comprendre l'origine ou le sens, car la compréhension du sens de ces nouveaux outils doit obligatoirement passer par une acceptation du changement de mentalité en cours, et donc une remise en question de son propre schème de pensée. Dans le processus de l'acceptation du changement culturel, il est alors plus aisé de stigmatiser les différences entre générations.

Monneuse parle même de « concept manipulateur » ou « a-scientifique » quand on traite de la « génération Y » (2014, pp. 217-218). Le rapport au travail des plus jeunes n'est pas nettement différent de leurs aînés. La génération Y existe davantage dans les discours que dans les faits. L'intérêt d'une telle notion est d'exprimer une certaine envie, jalousie ou nostalgie, car les plus jeunes ont toujours représenté une menace. « Les jeunes posent problème de tout temps parce qu'ils questionnent les usages en posant un regard nouveau sur les choses ; ils dérangent les habitudes. (...) Derrière la création de toutes pièces du concept fallacieux de génération Y, il faut donc voir une manière détournée de demander aux jeunes de se taire » (Monneuse, 2014, p. 219).

Il est donc important de rester prudent par rapport aux discours ambiants décrivant les différences générationnelles pour leur apporter des « solutions » ou affermir un rapport de suprématie par rapport « à l'autre » génération. Instrumentaliser un changement empêche une forme d'acculturation nécessaire. Certains discours cherchent à répondre à la question du « comment faire » alors que les discours scientifiques veulent savoir « pourquoi ». Deux types de littérature sont donc à distinguer à ce propos : une littérature plus managériale qui insiste davantage sur ces stéréotypes de générations et une littérature plus scientifique qui se focalise plutôt sur des effets d'âge, ainsi que sur une analyse intra-générationnelle.⁸⁷

La littérature plus managériale est issue des discours par et pour les dirigeants qui doivent manager des jeunes (sur)éduqués dans le monde de l'entreprise. La visée d'un chef d'entreprise est donc différente de celle du scientifique : il met en évidence les différences entre générations, afin de donner des solutions d'acceptation, ou des « piste d'action » qui arrondissent les angles.

⁸⁷ Même si l'analyse n'a pas été réalisée dans ce travail, un parallélisme consternant peut être fait avec un pan de la littérature moins scientifique cristallisant et renforçant les différences entre les hommes et les femmes en leur octroyant des origines planétaires différentes.

Il reste donc dans la distinction intergénérationnelle (Lambert, 2009; Lahouze-Humbert, 2010; Ollivier & Tanguy, 2012; Pouget, 2013).

Le scientifique n'est pas spécialement à la recherche de solutions via la stéréotypisation. Sa visée sera davantage compréhensive, globaliste et nuancée. Dans la littérature scientifique, les différences intergénérationnelles sont évidemment abordées, comme le sont aussi les similitudes intergénérationnelles, ainsi que les différences intragénérationnelles, à savoir au sein d'une même génération (Touraine, 2005; Delay, 2008a; 2008b; Pralong, 2010; Davoine & Méda, 2008; Davoine & Méda, 2009; Méda & Vendramin, 2010; 2013; Pichault & Pleyers, 2010; Vendramin, 2011; Rollot, 2013). Ces différents points seront exposés selon trois générations, dont la distinction met d'accord à peu près tous les auteurs cités ci-dessus :

- 1) la première génération est celle des « Baby-Boomers » ou « les plus âgé-e-s », né-e-s entre la Deuxième Guerre mondiale et le début des années 1960 (c'est ici que l'on retrouve les Bosseurs-euses et Parents de notre modèle) ;
- 2) la deuxième génération est celle de la « Génération X » ou « la génération du milieu », né-e-s entre le début des années 1960 et le début des années 1980 (c'est ici que l'on retrouve les Conciliateurs-trices de notre modèle) ;
- 3) la troisième génération est celle de la « Génération Y » ou « les jeunes », né-e-s au début des années 1980 (c'est ici que l'on retrouve les Pluraux de notre modèle).

L'intérêt ici sera d'avoir une vision compréhensive et explicative des différences générationnelles porteuses d'un paradigme de travail particulier.

1) Différences intergénérationnelles

A) STÉRÉOTYPES D'ÂGES

Manifestement, les stéréotypes d'âges sont légion entre les plus jeunes et les plus âgé-e-s. La Génération X éprouverait seulement un sentiment d'insécurité dans l'emploi face aux jeunes plus diplômé-e-s et plus flexibles, donc leurs stéréotypes viseraient plutôt les plus jeunes, en concurrence directe. Pour la Génération Y, les Baby-Boomers feraient preuve d'immobilisme, de stagnation, de manque de volonté de progresser ; ils-elles sembleraient blasé-e-s, indifférent-e-s, peu concerné-e-s. Pourtant, ils-elles sont plus structuré-e-s, plus logiques, plus organisé-e-s, plus serein-e-s, moins excessifs-ves, plus sages, plus efficient-e-s, tout cela grâce à leur expérience. Pour les plus âgé-e-s, la Génération Y posséderait toute une série de défauts : manque d'initiative, de motivation, d'enthousiasme, de concentration, de rigueur professionnelle et d'investissement, esprit de compétition, absentéisme fréquent, comportement inadéquat, non-fiabilité, impatience, intérêt instrumental ; ils-elles sont trop excité-e-s, bavard-e-s, impulsif-ves, bouillonnant-e-s. Pourtant, les Baby-Boomers estiment que c'était plus facile d'avoir une carrière avant, peu importe le niveau d'éducation ou de qualification. Ils-elles déplorent le statut des jeunes, plus difficile à l'heure actuelle, à divers niveaux : éducation, formation (perte de prestige du diplôme), entrée dans la vie active (régulations politiques qui retardent l'insertion des jeunes, entrée au travail plus hasardeuse et individualisée), construction d'une famille (flexibilisation du travail), conditions de travail (insécurité du travail) (Méda & Vendramin, 2010). « S'il y a des problèmes entre générations, c'est tantôt la faute des jeunes qui ne veulent pas y mettre du leur, tantôt la faute des seniors qui ne veulent pas transmettre leur expérience » (Gaudart, 2010, p. 132).

Tous ces stéréotypes semblent davantage propres aux âges qu'aux générations : une certaine lassitude professionnelle peut s'emparer d'un-e infirmier-ère après 30 ans de carrière, alors que les plus jeunes sont impatient-e-s de faire leurs preuves.

B) COMPÉTENCES TIC

Les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) ont provoqué une véritable révolution dans les contextes de travail. Les TIC sont le symbole de tous les changements majeurs du monde du travail de ces 20 dernières années (changements dans les modèles organisationnels, automatisation des tâches informelles, codification des tâches, polyvalence). Les plus jeunes sont tombé-e-s dans cette révolution numérique dès leur naissance, alors que les plus âgé-e-s se voient obligé-e-s de s'adapter à un contexte professionnel en perpétuel changement. D'une part la Génération Y se perçoit et est perçue comme compétente dans les TIC, et d'autre part les Baby-Boomers se perçoivent et sont perçu-e-s comme moins compétent-e-s et réticent-e-s en matière des TIC. La génération du milieu ne se prononce pas vraiment sur les TIC, car ils ont eu plus de temps pour se les approprier au fur et à mesure de leur évolution (Méda & Vendramin, 2010).

Les nouvelles technologies n'ont pas épargné l'hôpital et le travail de l'infirmier-ère. Le RIM⁸⁸, puis le RHM⁸⁹, par exemple, requiert non seulement le temps de l'infirmier-ère mais aussi ses compétences techniques pour encoder correctement les détails des examens cliniques, médicaux et infirmiers des patient-e-s. Ne fut-ce que pour tout ce qui touche de près ou de loin l'utilisation d'un ordinateur à l'hôpital, les plus jeunes sont privilégié-e-s par rapport aux plus âgé-e-s. L'utilisation des médias, comme Internet ou les téléphones portables, sont davantage utilisés par les plus jeunes, ce qui peut renforcer un sentiment de cohésion générationnelle.

C) RAPPORT À L'ENTREPRISE

Au sein de l'entreprise, les situations des jeunes et des moins jeunes semblent aussi différentes. Les âgé-e-s sont plus sujet-te-s à la mobilité interne, tandis que les jeunes sont plus concerné-e-s par les phénomènes de mobilité externe, ce qui souligne leur plus forte précarité (Contrats à Durée Déterminée, contrats intérimaires pour plus de trois mois). D'où découle une relation différenciée à l'entreprise : les plus âgé-e-s font preuve de loyauté ou fidélité envers l'entreprise, alors que les plus jeunes ont un lien avec l'entreprise plus instrumental, distancié et contractuel, davantage centré sur la notion de réciprocité.

Nous l'avons vu, si les jeunes infirmiers-ères investissent leur temps dans différentes sphères, il est évident que leur loyauté ne se dirige pas toute entière envers l'hôpital, contrairement aux plus âgé-e-s qui ont davantage misé sur leur lieu de travail. Il semble alors évidemment difficile de comprendre l'investissement institutionnel différent de la part d'une autre génération.

⁸⁸ Résumé Infirmier Minimum : le RIM était un enregistrement obligatoire effectué de 1988 à 2006 inclus dans tous les hôpitaux non psychiatriques. Il prévoyait d'enregistrer les éléments suivants : données générales concernant les établissements et leurs services, données relatives aux patients et à leurs séjours, soins infirmiers dispensés (23 items), données relatives au personnel, par unité de soins, données facultatives relatives au degré de dépendance (www.health.belgium.be, site consulté en 2016).

⁸⁹ Résumé Hospitalier Minimum : le RHM est un enregistrement de données (anonymisé) administratif, médical et infirmier de tous les hôpitaux non psychiatriques de Belgique. Le RHM doit être communiqué au SPF Santé publique. La base juridique de l'enregistrement RHM est l'arrêté Royal du 27 avril 2007 (www.health.belgium.be, site consulté en 2016).

S'ils-elles se projettent dans l'avenir, les Baby-Boomers sont conscient-e-s de l'ampleur des difficultés à s'extirper d'une éventuelle situation de chômage. Les sorties de l'emploi vers l'inactivité ou le chômage sont plus nombreuses que pour les jeunes, qui eux parviennent à anticiper un changement professionnel quel qu'il soit (changement de poste, d'entreprise, de secteur). Ils-elles quittent donc plus souvent leur entreprise pour en rejoindre une autre. En effet, les conditions dégradées réservées aux jeunes (en termes de rémunération et perspectives d'évolution) peuvent les encourager à chercher un employeur susceptible de proposer une situation plus favorable. De plus, ils-elles ont intégré l'instabilité et la discontinuité des trajectoires comme normes structurantes du monde du travail contemporain, donc ils-elles ont moins d'appréhension face à une éventuelle période d'inactivité. En outre, témoins des comportements déloyaux des entreprises, ils-elles adoptent une attitude de méfiance et de scepticisme vis-à-vis de l'entreprise. Et enfin, ils-elles savent qu'ils-elles sont plus employables que leurs aîné-e-s, donc ils-elles ont une confiance supérieure dans leur capacité à rebondir, et à retrouver un emploi. Ils-elles ont moins peur de perdre leur emploi (Delay, 2008a; 2008b; Pichault & Pleyers, 2010).

Les jeunes infirmiers-ères n'ont donc pas le même sentiment d'appartenance institutionnelle que leurs collègues plus âgé-e-s. Ils-elles se sentent plus libres de changer de service ou d'hôpital, contrairement aux plus âgé-e-s, donc l'expérience et les années de fidélité à un service ou à un hôpital peuvent freiner une certaine mobilité professionnelle. La sécurité d'emploi infirmier est stable, vu la pénurie de main-d'œuvre, donc elle facilite le turnover et l'emploi « à la carte », porté davantage par les plus jeunes.

D) RAPPORT À L'EMPLOI

Les préoccupations par rapport à l'emploi diffèrent selon les générations : les Baby-Boomers s'inquiètent de devoir travailler plus longtemps que prévu, la Génération X de ne pas pouvoir concilier vie privée et professionnelle et la Génération Y de ne pas être en mesure de trouver un emploi satisfaisant (Delay, 2008a; 2008b; Pichault & Pleyers, 2010; Méda & Vendramin, 2010). Ces préoccupations sont autant des effets de générations que des effets d'âge : la génération du milieu, âgée entre 36 et 56 ans, est plus susceptible de devoir encore s'occuper d'une famille que les autres âges, dont la charge familiale ne leur incombe plus ou pas encore.

Les plus âgé-e-s bénéficient de hauts salaires, de la sécurité d'emploi et sont représenté-e-s le plus par les syndicats. Pourtant, leurs qualifications sont devenues obsolètes et ils-elles demeurent les plus exposé-e-s face à une restructuration.

La génération du milieu profite d'une position stable sur le marché du travail, mais elle est confrontée à la difficile conciliation entre la vie au travail et en dehors du travail. Cette génération bénéficie plus de la sécurité sociale, d'emplois durables et de bons salaires, mais elle n'aura plus de plans de retraite (contrairement aux plus âgés) et ses compétences devront sans cesse se renouveler pour être à la hauteur des plus jeunes.

Les jeunes sont plus exposé-e-s à la précarité et au chômage, or ils-elles jouissent de l'avantage de la formation et des compétences TIC. Leur précarité est envisagée comme « normale » mais transitoire.

La sécurité de l'emploi n'est pas une inquiétude pour les infirmiers-ères. Pourtant, les infirmiers-ères plus âgé-e-s peuvent craindre de ne pas assurer leur formation continue, et les plus jeunes vont prendre davantage de temps que leurs aîné-e-s au même âge pour choisir leur institution de travail et leur spécialité. Alors qu'il y a 30 ou 40 ans les jeunes infirmiers-ères hospitaliers-ères acceptaient plus volontiers le service ou les conditions qu'on leur proposait, les plus jeunes à l'heure actuelle recherchent une satisfaction immédiate de leur contrat.

E) RAPPORT AU TRAVAIL

Les Baby-Boomers désirent une meilleure reconnaissance de leur expérience et des conditions de travail compatibles avec le vieillissement. Les individus de la Génération X attendent plus de support de la société et de l'entreprise pour une meilleure conciliation travail et famille, et davantage d'opportunités de formations continuées. La Génération Y réclame plus de protection sociale, des salaires plus élevés, plus de liberté et d'opportunités de développement personnel.

Le niveau d'exigence par rapport au travail semble beaucoup plus élevé chez les jeunes. En effet, ils-elles savent que le travail va occuper une place significative dans leur vie pendant de longues années. De plus, ils-elles ont intériorisé l'incertitude de l'avenir. Faute de pouvoir se projeter dans un futur dont la prévision s'avère aléatoire, autant exiger du présent qu'il apporte des satisfactions palpables tout de suite. En outre, ils-elles possèdent une connaissance lacunaire du monde du travail, d'où leurs attentes en partie démesurées au regard de la réalité. Et enfin, ils-elles possèdent de hauts degrés de qualification pour lesquels ils-elles ont allongé la durée de leurs études.

Aussi, plus le niveau d'instruction est élevé, plus les jeunes ont tendance à relativiser le fait que le travail passe avant tout : ils contestent davantage la centralité du travail. Il est vrai que, de tout temps, la jeunesse représente cette phase transitoire de mise en place progressive des rôles adultes, où la tentation d'investir tous les champs d'activité offerts est grande. Les jeunes se recentreraient sur leur travail avec l'arrivée progressive des responsabilités (professionnelles ou familiales). On peut donc y voir un simple effet d'âge. Or, nous l'avons vu au point précédent, à l'heure actuelle, le travail est concurrencé par d'autres sphères également pourvoyeuses d'identité (famille, amis, loisirs, etc.). Le développement de ces existences polycentrées irait de pair avec la « complexification » croissante de la société. Ce souhait de conciliation représenterait un changement plus profond du rapport au travail, destiné peu à peu à toute la société.

C'est donc au milieu d'un grand paradoxe que les jeunes doivent se positionner sur le marché de l'emploi : d'une part, ils-elles sont plus exigeant-e-s quant à la qualité du travail offert et, d'autre part, ils-elles veulent partager de manière égale leur temps entre différents champs, donc ils-elles réduisent leur temps consacré au travail. Ce n'est alors pas étonnant que les plus âgé-e-s aient du mal à saisir les tenants et aboutissants d'une pareille contradiction. Pourtant, nous l'avons vu, nous sommes au cœur d'une mutation culturelle profonde, qui se manifeste par une substitution de l'*ethos* du devoir par celui de l'épanouissement personnel (Mercure & Vultur, 2010), qui devient primordial, salubre, bref, une véritable question de survie. Cette tendance sociétale large, plus sensible chez les jeunes, est amenée à pénétrer l'ensemble du corps social (Delay, 2008a; 2008b; Méda & Vendramin, 2010).

Nous l'avons vu à la Figure 26, les Bosseurs-euses et les Parents seraient plutôt des Baby-Boomers, les Conciliateurs-trices de la Génération X et les Pluraux de la Génération Y. Pourtant les Baby-Boomers pourraient tendre plus volontiers vers les Pluraux, et la Génération Y vers les Bosseurs-euses, par effet d'âge : les plus âgé-e-s, n'ayant plus de famille à charge, pourraient alors se centrer davantage sur leurs propres besoins, et les plus jeunes, sans famille à charge, cherchant à se faire une assise professionnelle, se focaliseraient plus sur leur carrière. Ce changement de modèle professionnel combinerait donc un effet d'âge avec un effet de générations.

F) RAPPORT À LA FAMILLE

L'image de la famille idéale semble bien différente entre les plus jeunes et les plus âgé-e-s. Au sein-même de la Génération Y, on décèle un rapprochement des modèles de genre en matière d'engagement dans le travail. Les jeunes hommes, tout en attachant de l'importance aux relations satisfaisantes au travail, changent leur rôle par rapport à la paternité : ils sont plus présents et plus engagés dans le soin des enfants. Ce nouvel engagement masculin augmente non seulement avec le niveau d'éducation, mais aussi lorsqu'il y a deux salaires par ménage (Méda & Vendramin, 2010). On observe une volonté chez les jeunes hommes de limiter l'impact du travail à l'arrivée de leur premier enfant. Ils refusent de reproduire un modèle parental (et paternel) centré exclusivement sur le travail, considéré comme néfaste à l'épanouissement individuel et familial. Les jeunes hommes sont plus désireux d'un partage égalitaire des tâches domestiques et des responsabilités parentales.

Chez les jeunes femmes aux niveaux d'éducation plus élevés, le travail devient un élément essentiel sur lequel elles construisent leur identité sociale et à partir duquel elles obtiennent des satisfactions et gratifications personnelles, contrairement à leurs aînées pour qui le travail symbolisait un instrument d'émancipation. Ces dernières, influencées par le modèle fonctionnaliste de l'homme *breadwinner* de la famille (modèle qui tend à favoriser, dans les couples, la carrière de l'homme sur celle de la femme), considéraient davantage le travail comme un privilège, contrairement aux générations plus jeunes qui le prennent plus comme un droit.

Avec une famille à charge, les hommes infirmiers plus jeunes seraient alors davantage des Parents, tandis que leurs aînés étaient plutôt des Bosseurs au même âge. Les femmes infirmières, avec charge familiale, de la Génération Y, seraient soit des Conciliatrices ou des Plurales, là où leurs aînées au même âge étaient principalement des Mères.

2) Similitudes intergénérationnelles

Les générations se ressemblent aussi à différents niveaux : quand il s'agit de l'emploi, des relations sociales professionnelles et du travail.

La plus grande préoccupation pour tous reste la garantie de l'emploi. Jeunes et moins jeunes désirent avant tout la sécurité qui passe par une constance au niveau de l'emploi (Pichault & Pleyers, 2010). Toutes et tous ponctuent donc l'importance élevée de la sécurité de l'emploi, des opportunités d'évolution professionnelle et du salaire. Néanmoins, les personnes les moins qualifiées accordent plus d'importance au salaire et à la sécurité d'emploi, et les jeunes ont une vision plus matérialiste et consumériste car leurs calculs financiers se font à court terme. En effet, d'après les travaux de Béatrice Delay, le salaire des jeunes s'est dégradé par rapport à celui des générations précédentes, mais leur tendance à se révolter est faible (2008a; 2008b).

Au niveau des relations sociales, certains jeunes disent qu'ils-elles doivent prendre l'initiative et poser les questions eux-mêmes, mais la plupart (tous les âges confondus) trouvent que l'échange de connaissances est spontané, naturel et va dans les deux sens. Les jeunes sont plus à la pointe au niveau des nouvelles méthodes de travail et de l'innovation, et les plus âgé-e-s apportent leur expérience. La qualité des relations sociales et de « l'ambiance » au travail constitue une variable essentielle dans les rapports interindividuels et intergroupes (Méda & Vendramin, 2010).

Toutes et tous se sentent attaché-e-s au travail et veulent travailler dans un environnement stable et peu changeant. Le travail reste donc très important : 1) comme gagne-pain, dans sa dimension économique du travail comme facteur de production ; 2) comme devoir à accomplir ;

3) comme dimension fondamentale de l'humanité, en vertu de la satisfaction que l'activité elle-même procure ; 4) comme l'accord avec la norme actuelle qui dit que, sans travail, la participation à la vie sociale est amoindrie et qu'avoir un travail c'est avoir une place dans la société (Davoine & Méda, 2008, p. 20). Les trois générations éprouvent aussi une envie d'être utile aux autres et un désir de reconnaissance dans le groupe (importance de se réaliser pleinement dans la participation à un projet collectif) (Méda & Vendramin, 2010; Pichault & Pleyers, 2010).

Comme nous l'avons déjà vu précédemment, le travail, même s'il demeure important, n'occupe plus la place centrale, mais un changement de paradigme amène les individus à être davantage préoccupés par un équilibre entre vie professionnelle et vie privée (Pichault & Pleyers, 2010). La relativisation de l'importance du travail est donc commune aux cohortes : le travail est aussi important que d'autres sphères également pourvoyeuses d'identité. Il importe donc de libérer du temps au travail pour s'investir dans d'autres domaines d'activités. De plus, des dysfonctionnements au travail (dégradations des conditions d'emploi, intensification du travail, nouvelles organisations génératrices de stress) provoquent l'intensité du malaise au travail, ce qui peut désespérer les salariés et les inciter à adopter une position de retrait vis-à-vis de la sphère professionnelle (Delay, 2008a; 2008b). Toutes les générations, à des degrés divers, font donc bien face à un éclatement de sphères d'investissement, à une pluralité ou polycentralisation.

Dans le point précédent, nous nous étions principalement centrés sur ce qui différenciait les infirmiers-ères de générations différentes, mais il est vrai que l'importance de leur travail demeure pour toutes et tous. Même si les modalités ou finalités ne sont pas partagées, même si la place que le travail occupe par rapport aux autres sphères de la vie n'est pas identique pour tout le monde, le poids du travail reste manifeste.

3) Différences intragénérationnelles

S'intéresser aux différences et aux similitudes entre les générations ne suffit pas à comprendre le problème des âges et des générations de manière globale ; il existe aussi des inégalités au sein d'une même génération, entre les plus qualifié-e-s et les moins qualifié-e-s, et entre les hommes et les femmes (Méda & Vendramin, 2010).

Les moins qualifié-e-s sont pénalisé-e-s sur le marché de l'emploi, étant les plus vulnérables au chômage de longue durée, alors que les diplômes élevés continuent de fournir une protection efficace contre les risques conjoncturels. Au sein de la jeune génération, les ouvriers-ères sont plus nombreux-ses que les cadres à vouloir « travailler plus pour gagner plus ». En effet, pour les catégories plus modestes ou plus précaires, il vaut mieux augmenter ses ressources matérielles pour améliorer la situation, atténuer le sentiment d'insécurité, et répondre au déficit d'anticipation et à l'absence de prise sur le futur (Delay, 2008a; 2008b). Pour celles et ceux doté-e-s d'un capital scolaire élevé, le diplôme protège contre le risque d'avoir un mauvais emploi et fait naître d'autres ambitions, plus tournées vers les aspects intrinsèques du travail. Le travail possède plutôt des fonctions symboliques et socialisatrices, joue un rôle majeur en matière d'intégration sociale et d'épanouissement individuel et demeure plutôt un vecteur de réalisation personnelle, indépendamment de l'âge. Les catégories socio-professionnelles supérieures sont plus attentives au contenu du travail et à l'importance de l'autonomie, de la possibilité d'être utile à la société et d'aider les autres (Delay, 2008a; 2008b).

En outre, comme nous l'avons vu ci-dessus, le rapprochement de modèles de genre au sein de la Génération Y ne s'observe qu'auprès des individus les plus éduqués, dont le niveau d'éducation permet de se réinventer des rôles familiaux. Des différences entre les hommes et les femmes

demeurent au sein des générations plus âgées et entre les générations, au sein des catégories socio-professionnelles inférieures et entre catégories socio-professionnelles.

En résumé, les générations se rassemblent donc toutes autour de l'importance du travail, qui va se conjuguer différemment en fonction des mondes sociaux, économiques et professionnels rencontrés. Pourtant, on assiste à une ambivalence dans les relations intergénérationnelles : soit les générations sont en concurrence dans certains champs professionnels, soit elles sont solidaires dans le champ familial. Même si les attitudes et les attentes à l'égard du travail sont différentes, cette ambivalence empêche les conflits d'éclater. Les conflits infirmiers restent latents, non déclarés, car les relations intergénérationnelles au sein de la famille profitent à toutes les générations. Les infirmiers-ères semblent tiraillé-e-s entre deux caractères opposés (compétition contre entraide) dans deux champs complémentaires (travail et famille).

Au niveau du changement de paradigme du travail, les infirmiers-ères, quel que soit l'âge ou la génération, prennent distance par rapport à la centralité du travail. Ils deviennent polycentrés ou Pluraux : l'existence est organisée autour de plusieurs centres (travail, famille, relations amoureuses et sociales, loisirs, engagement, etc.). Même si ce changement est plus observé chez les jeunes, il touche également les plus âgé-e-s. Dans l'enquête, les infirmiers-ères « Baby-Boomers », autrement dit les Bosseurs-euses et les Parents, ont envie de passer plus de temps pour leur famille, mais aussi pour eux-elles-mêmes, à travers du sport, des cours d'art, de langues, etc. La pluralité touche donc tous les âges. Le fossé générationnel n'apparaît donc pas irréductible et les éventuelles différences générationnelles n'entravent pas plus que les autres différences le travail en équipe. Il y aura toujours un décalage entre les âges (rapports de pouvoir), mais analyser les effets de générations peut aider à comprendre comment les valeurs et les pratiques s'inscrivent dans une époque donnée.

Néanmoins, l'enquête nous a démontré que la confrontation entre différents modèles de travail peut s'avérer conflictuelle au quotidien. Quand le paradigme n'est pas encore adopté par tout le monde, il semble alors évident d'élaborer des stratégies pour contrer le changement ou pour ne pas s'y adapter trop vite.

3. Stratégies ou compensations des insatisfactions de l'*homo sociologicus*

« Une multitude de problèmes de relations envahissent le quotidien, générant plus de négociations tendues que d'antagonismes » (Sainsaulieu, 2003, p. 159). Étant donné toutes ces insatisfactions sociales, il est tout à fait légitime de s'interroger sur le sens de rester dans un tel métier. Pour comprendre le malaise infirmier, il semble évident de se focaliser sur les facteurs créant ce malaise. Cependant, n'oublions pas que, dans toute situation, les individus possèdent une certaine marge de manœuvre. « Les jeux d'acteurs sont marqués par l'alternance plus que par la continuité de rapports négociés » (Sainsaulieu, 2003, p. 194). Nous l'avons vu, le corps soignant est peu syndiqué, et pourtant certaines zones de contre-pouvoir existent, davantage dans une collectivité que dans une démarche individuelle. C'est au sein de ces collectivités que certains consensus ont raison d'être. Sainsaulieu repère plusieurs sortes de consensus : dans la relation avec le patient et dans la coopération professionnelle avec les collègues basée sur le contenu du travail, l'entraide, et la solidarité (2003). Entre opposition et collaboration, « pris entre un cadre de nature plutôt conflictuel et un objet de travail plutôt consensuel, les acteurs oscillent donc entre les deux types de relations » (Sainsaulieu, 2003, p. 202). Les relations au travail demeurent donc plus que jamais ambivalentes à l'hôpital, générant peu de négociations mais plutôt des tensions ou des accords. « La tendance est plus à courber le dos ou à partir, tandis que ceux qui veulent vivre leur métier pleinement pensent devoir le faire dans des

conditions de plus en plus difficiles, à l'intérieur de contradictions douloureuses, et en quête d'équilibre » (Sainsaulieu, 2003, p. 205).

Face à l'imbricatio ou l'enchevêtrement des rapports sociaux auxquels font face les infirmiers-ères, un manque de reconnaissance est inévitable, de même qu'une forme de reconnaissance. Le choc de paradigme entre générations, par contre, n'amène pas encore vraiment de tolérance, mais plutôt une forme de résistance et de repli sur soi.

A. Signes de reconnaissance constitutifs

Dans l'*homo sociologicus* constitutif, nous avons insisté lourdement sur le manque de reconnaissance comme un des facteurs les plus probants du malaise infirmier. Il semble toutefois impossible de réaliser toute une carrière si seul le manque de reconnaissance existe. Au vu de la multiplicité des rapports sociaux dans lesquels l'infirmier-ère est imbriqué-e au quotidien, il va de soi que certaines relations apportent une reconnaissance sociale. Ces moments de reconnaissance, de la part d'un patient, d'une infirmière-chef, d'un collègue ou de la direction, adoucissent le malaise, et c'est probablement pour le gain de ces moments que l'ingratitude est relativement tolérée. Les infirmiers-ères interrogé-e-s ne sont cependant pas prolixes par rapport à ces moments de reconnaissance, les extraits ne foisonnent donc pas.

Quand il y a un patient qui vient dire : « vous savez, franchement, vous avez une bonne équipe », ou « je remercie tout le monde » ou quoi. C'est important, je me dis quelque part... (...) Combien de fois je dis aussi : « regardez, on a un petit mot », ou j'ai entendu quelqu'un, et là les remerciements je ne les garde jamais pour moi, ceci dit, je tiens franchement, c'est grâce aussi à l'équipe. (Vinciane, 48 ans)

Je ne peux pas juger parce que je n'ai jamais travaillé dans un autre service mais souvent quand on voit, par la famille, souvent ils disent « chapeau pour l'aspect humain, pour la communication avec le malade, etc. » (Jean, 48 ans)

Quand je vois que tout le monde est bien, que c'est calme, mais voilà qu'on blague, c'est tout, et puis il y a une partie d'humour, une partie rire c'est important, et puis quand il y a un patient qui vient dire « vous savez franchement vous avez une bonne équipe », ou « je remercie tout le monde » ou quoi. C'est important, je me dis quelque part... (Vinciane, 48 ans)

B. Résistance collective via la « Charte du bon infirmier ou de la bonne infirmière »

Face à l'*homo sociologicus* nouveau, à savoir la discordance entre paradigmes, les infirmiers-ères ne s'y résignent pas. Aucune stratégie d'adaptation n'est encore à l'œuvre ; on observe plutôt une forme de repli générationnel, voire même de résistance organisée. En effet, face aux différences générationnelles, plutôt considérées comme un mauvais investissement professionnel, il est plus facile de se regrouper entre collègues du même âge. Ces regroupements semblent d'ailleurs naturels et légitimes.

Elle dit « oh mais vous êtes vieilles, hein ! », c'est plutôt de l'humour mais jamais un reproche, rien non non. (...) Je pense qu'on est 4, 5 à avoir la quarantaine et toutes les autres c'est des jeunes qui ont au début de la vingtaine, donc euh... (...) non, ça se passe bien. (...) Si un jour on est quelques anciennes ensemble, on est contente de se retrouver les anciennes ensemble. Les gens sont contents des fois de se retrouver ensemble mais on travaille aussi en équipe sans problèmes. (Michèle, 46 ans)

Pourtant, au-delà de la facilité et de la cordialité, le fait de se rassembler entre personnes d'une même génération constitue finalement une sorte de résistance face à l'*ethos* menaçant de l'autre génération. Les interrogé-e-s utilisent même une métaphore tribale en parlant de « clans d'âges », ou de « noyau d'anciennes ».

Avec peut-être certaines façons de travailler dans les toutes nouvelles arrivées et tout ça, des filles qui, qui foncent beaucoup trop vite, certaines, hein, qu'on aimerait bien qu'elles posent plus de questions

*avant d'agir ou...c'est pas qu'on veut jouer les rabat-joie, c'est pas la question, hein, mais vaut mieux poser trois questions, et de trop, que de foncer et de faire une boulette, quoi. (...) Alors, c'est vrai qu'on s'est retrouvé avec des nouvelles en même temps, donc, y a eu un petit peu (...) **un clan de plus de 40 ans et un clan de toutes nouvelles**, et... (...) elle [la chef de service], bon, elle a aussi, elle a le même âge que moi et elle est là depuis le début à temps plein, (...) mais y a des moments où on la sent à cran aussi et (...) c'est beaucoup des plus jeunes qui disent « oh, elle a encore été exécrable aujourd'hui, électrique, machin », et puis quand moi je travaille, je ne ressens pas ça du tout. C'est vrai quand je, j'ai déjà remarqué quand on est, ça fait quelques fois qu'on se retrouve avec trois, quatre de plus de 40 ans et voire jusque 50, et ça coule bien, quoi, on dirait que, je sais pas, ou elle pense, ou je me dis elle ose peut-être pas nous faire des remarques à nous en tant qu'anciennes sur le même ton qu'elle les fait aux plus jeunes, justement parce qu'on a le même âge qu'elle, je sais pas. (...) puis qu'elle perd plus vite patience avec les plus jeunes, je ne sais pas... (Carole, 49 ans)*

*Faut prendre l'unité de chirurgie, le 50% c'est **un noyau de très anciennes**. Donc c'est un noyau dur qui commence, en plus, à me compliquer la vie en terme d'apprentissage parce que extrêmement bardé, très procédures, ils savent très bien comment ils fonctionnent, ils fonctionnent comme ça depuis des années, et leurs souvenirs de leur apprentissage est de plus en plus lointain, donc ils sont de plus en plus durs avec les nouveaux. (Séverine, 49 ans)*

Mais là, je sens que je vais avoir plus dur déjà, j'ai aussi pas mal de départs dans l'équipe et je me dis que ça joue aussi, il y a beaucoup de jeunes qui sont arrivés donc il y a tout un coup un gros changement qui se fait, j'espère en bien, parce que là j'avais plus que des soucis avec certains qui étaient complètement démotivés. Donc, démotivés, c'était peut-être des erreurs, c'est peut-être plein de choses, là, je ne discute pas là-dessus. Et maintenant il faut ressaisir, refaire des projets avec beaucoup de nouvelles équipes, quoi. (...) On peut dire que c'est une nouvelle équipe puisqu'il y a énormément de nouvelles, qui ne sont pas toujours formées pour les faire [les nuits]. (Vinciane, 48 ans)

Ces clans d'âges sont donc utiles pour se rassurer et pour renforcer son propre *ethos*. De plus, une des stratégies évoquées est d'introduire au compte-goutte les nouveaux-elles engagé-e-s pour les socialiser aux valeurs véhiculées dans le clan d'âge.

On était une équipe assez uniforme, il en arrivait une ou deux nouvelles par an ou tous les deux ans et elles se fondaient dans l'équipe. Maintenant, euh ben, les anciennes commencent un peu à, je vais pas dire à partir, mais c'est parfois des temps partiels, donc euh, le, la, comment je vais dire, on commence à avoir deux sortes d'équipe : les vieilles [rire] et puis les jeunes. Et alors, là, c'est deux mentalités différentes, même si on se bat pour le même objectif, moi j'ai ici maintenant, je parie que j'ai 7, 8 collègues qui ont l'âge de, je vais pas dire de mes enfants, mais de mon aîné certainement. Hein, j'ai un aîné qui a 27 ans, donc, euh, et bien j'ai des collègues, donc c'est, y a rien à faire, avec d'autres, euh, d'autres mentalités bien sûr, y a maintenant une génération qui nous sépare, donc euh, ben, finalement on a presque l'âge de leurs parents [rires] donc euh elles ont, comment je vais dire, des petits enfants. (Denise, 51 ans)

Il y en a plusieurs qui sont parties un peu en même temps, mais elle [la chef de service] nous a demandé un effort point de vue travail, on sentait un petit peu de surcharge pour ne pas engager plusieurs personnes à la fois, pour ne pas créer un noyau de nouvelles qui ferait corps contre l'autre ! Donc pour pouvoir les intégrer petit à petit, oui. (Nicole, 62 ans)

L'*ethos* du devoir, plutôt porté par les anciennes générations, doit être enseigné aux nouvelles générations comme la bonne parole ou comme une ligne de conduite. Il existe donc implicitement une sorte de « Charte du bon infirmier et de la bonne infirmière » transmise aux plus jeunes. Toute une série de valeurs ont alors presque force de loi, auprès de toutes les personnes interrogées, âgées, rappelons-le, de plus de 45 ans. Lorsque de jeunes recrues entrent dans une équipe de travail, il faut donc distiller lentement la manière de faire pour que l'équipe fonctionne bien. Toute une série de règles tacites sont à suivre si l'on veut « bien » exercer ses tâches d'infirmier-ère. Des normes puissantes sont donc véhiculées afin d'être intégrées par les pairs plus jeunes, en dehors des actes infirmiers classiques reconnus légalement. Le loyalisme se détourne ici de l'institution pour se tourner vers le maintien de la pratique connue du métier, à travers la Charte et ses valeurs, qui deviennent *voice* ou prise de parole (Hirschman, 1995).

Dans cette Charte, il s'agit avant tout d'aimer, voire d'adorer, son travail, de mettre l'intérêt de l'équipe au premier plan, de penser au patient d'abord, de ne pas interrompre sa carrière de peur de « perdre la main », de travailler à temps plein pour rester à jour des nouveautés techniques et médicales, d'être vaillant, motivé, travailleur et rigoureux. « Les relations entre amour et travail de *care* sont complexes. Aimer est parfois aussi une modalité de survie pour la pourvoyeuse [de *care*]. On tend à considérer que l'amour est premier, qu'il "cause" l'investissement dans le travail de *care*, alors que maintes situations montrent que l'attachement pour les personnes dont on s'occupe est secondaire au travail, voire que cet attachement constitue une condition psychologique qui en rend les contraintes plus supportables » (Molinier, 2011, p. 345). Il est évident que cette Charte semble une sorte d'alibi « pour tenir le coup ». Si l'on sort du rang ou si l'on pense autrement, il vaut mieux le camoufler pour ne pas subir l'opprobre des ancien-ne-s, pour ne pas être considéré-e comme un-e « mauvais-e infirmier-ère ». Si l'on se trouve en porte-à-faux par rapport à ces valeurs dominantes, il est évident qu'une telle pression peut aussi jouer sur un malaise professionnel.

1) Il faut aimer son travail

Toutes les personnes interrogées, à l'unanimité, « adorent » littéralement leur travail d'infirmière, depuis le début de leur carrière. Il sera donc inutile de déposer tous les extraits ici, seuls les plus explicites seront présentés.

J'aime bien mon métier aussi ! (...) Mais, je crois que je suis encore en train de travailler car j'aime bien mon boulot. (Laure, 60 ans)

J'ai fait donc 3 semaines de stage et ça m'a tellement plu que j'ai dit : « voilà le 1er septembre, je vais travailler là » et voilà. C'est comme ça que je suis arrivé aux soins intensifs ! (...) Si j'avais pas eu, je veux dire, cette chance-là, je n'aurais peut-être jamais travaillé aux soins intensifs parce que j'ai eu la chance de faire 3 semaines de stage et ça m'a tellement plu. (Paul, 49 ans)

J'ai eu la possibilité d'aller en 2000 à l'étage, sur le bloc supérieur et depuis lors je suis très très heureuse, j'aime beaucoup, je travaille mi-temps, donc ça fait 20 ans, depuis que je suis revenue, que je travaille mi-temps. (...) Moi j'aime toujours mon travail, je suis contente de continuer, je suis contente de continuer, il y a du stress, mais ça me convient pour le moment. (...) J'aime beaucoup le travail que je fais maintenant, il n'est pas trop lourd, vraiment je gère bien. (...) Je pense que la base d'une infirmière est aimer, hein, aimer son travail. Y a jamais une infirmière qui va tenir le coup pour une question de finances. (...) Mais, enfin, moi j'aime bien mon boulot donc je vais continuer, je vous dis jusque 60 ans, je pense que si c'est comme ça oui. (Pascale, 56 ans)

J'aime mon métier, j'aime bien mon boulot, et j'aime bien tout ce qui est service, mes collègues, sinon tu ne travailles pas 30 ans dans le même hôpital. (...) C'est quand même gai, j'ai encore du plaisir du travail, de rester. (...) Si j'ai le temps, je vais faire un livre du métier. C'est un très très beau métier. Mais il est mal connu. (...) C'est un très beau métier, moi si je change je refais de nouveau en premier, c'est un très beau métier. (Sabine, 52 ans)

Le métier est aimé parce qu'il est varié, intéressant et stimulant.

J'ai commencé à apprécier, surtout qu'il y avait une bonne ambiance (...). Ça j'ai fort apprécié aussi, c'est un service polyvalent, on fait tout ! Moi, je dis toujours on fait tout sauf les transplantations et les brûlés, ça on ne fait pas sinon on fait tous les actes médicaux, allez, c'est très varié. Parce que souvent vous avez des services aux soins intensifs qu'il faut sectoriser, vous avez l'interne, vous avez la neurochirurgie, vous avez le cardiaque, et vous avez des autres, mais ici on fait tout ! (...) J'aime bien ce que je fais, jusqu'à présent. (...) On a un service très intéressant, je pense. (Jean, 48 ans)

Souvent c'est un service très fermé, ce n'est pas toujours évident, mais bon, la preuve, ça m'a plu, ça fait 32 ans que je suis là. (...) [Elle n'a jamais eu envie de partir, ou de changer de service :] Non, je trouve ça trop intéressant. (...) Non. Pour moi, c'est le service le plus intéressant. Parce qu'on apprend tous les jours, il y a des nouvelles technologies, il y a... Moi, franchement, je ne me vois pas dans un service aller faire des petits pansements, laver un patient. C'est pas que ça me dérange de laver les

gens, hein, mais je veux dire point de vue intérêt, point de vue culture générale, point de vue tout ce qui se passe ici, ben c'est sympa, quoi. (Patricia, 54 ans)

Je me suis dit : « tiens je ne vais pas apprécier la médecine interne », mais en fait, c'est bien, c'est sécurisant, c'est chouette, ici ! (...) C'est beaucoup plus sécurisant en médecine, par exemple, qu'en chirurgie. Parce qu'en chirurgie il y a plein de médecins différents, alors il y a les anesthésistes, tandis qu'ici ben on a trois pneumologues et c'est tout. (...) Ça me plaît plus maintenant, c'est beaucoup plus intéressant la médecine [interne]...et je vous dis au niveau sécurité c'est nettement mieux. (Sylvie, 50 ans)

L'injonction d'aimer son travail peut paraître paradoxale dans le contexte où le malaise lui-même est une forme d'injonction. La norme serait alors à la fois de se plaindre d'un malaise et d'exprimer une joie de travailler. Qu'en est-il alors réellement ? Les infirmiers-ères qui se disent satisfait-e-s le sont-ils-elles vraiment ou n'est-ce qu'une excuse pour rester au travail ? Si le malaise est si fort, qu'est-ce qui fait tenir si ce n'est l'amour du métier ?

Monneuse, qui étudiait le malaise des cadres, utilise même l'expression du « devoir du bonheur » pour des cadres qui ne se sentent pas en droit de se plaindre de leur travail, tant le salaire semble suffisant pour être satisfait dans son travail. Et pourtant leur malaise est grand, mais reste indicible. « Nous sommes assignés à nous déclarer heureux sous peine d'être rejetés et rendus coupables de notre mal-être. Il faut donc aller bien, paraître en forme, se montrer gai. Afficher un degré de satisfaction élevé fait partie de la posture à tenir pour un cadre. Il s'agit d'un code d'honneur à respecter. (...) Mieux vaut se sentir impliqué et engagé car cette posture participe au bien-être, réduit le niveau de stress et est source de sens et de reconnaissance » (Monneuse, 2014, p. 69). Le fait d'aimer son travail peut alors devenir un prétexte, voire une obligation, pour supporter le malaise incontournable. « Il y a de fortes chances que la victime d'un *burn-out* se déclarait encore satisfaite au travail la veille. Sentiment de réalisation de soi, plaisir au travail et mise à mal de son corps ne sont pas incompatibles » (Monneuse, 2014, p. 71). Les injonctions paradoxales sont légion dans de nombreuses professions, et peut-être sont-elles nécessaires dans certains cas, comme le cas des infirmiers-ères : sans plaisir au travail, comment supporter le malaise ?

2) Il faut mettre le travail en équipe au premier plan...

Même si nous sommes déjà dans l'ère de la subjectivation de l'individu, nécessitant une forme d'individualisme pour rentrer dans l'*ethos de l'épanouissement personnel*, le travail infirmier doit encore se faire en équipe. Toutes les informations essentielles par rapport aux patient-e-s doivent être transmises entre les infirmiers-ères, surtout lors du changement d'horaire. Pour qu'il y ait une bonne ambiance au travail, toutes les personnes interrogées s'accordent pour confirmer l'importance d'une bonne communication entre infirmiers-ères. Si l'ambiance est bonne, le travail est mieux fait, les erreurs sont moins nombreuses.

J'ai commencé à apprécier, surtout qu'il y avait une bonne ambiance, on travaille en pool évidemment aussi, donc il y a une très très grande collaboration dans nos services. Ce qu'on ne trouve pas dans d'autres services parce qu'on travaille sur le même terrain, donc 24h sur 24 on est ensemble, à force on est obligé de travailler ensemble ! (Jean, 48 ans)

Il y a aussi un système dans l'équipe, comme on s'entend bien, qu'on se recontrôle, à chaque fois que l'on fait un calcul, souvent on redemande aux autres pour être sûr de ne pas faire d'erreur. C'est quelque chose qui passe très bien. (Nadine, 47 ans)

En hôpital de jour, on est dans une tellement bonne équipe, une vraiment bonne ambiance, franchement. Moi c'est ce que je disais, avant, les vacances on attendait ça avec impatience, on décomptait les jours, mais maintenant on part en vacances, mais bon, on n'est pas accro là à la dernière minute. Avant il fallait absolument avoir fait ses gardes avant de partir, on avait une accumulation, les congés sont étalés sur presque 2 mois. (Nicole, 62 ans)

Une bonne ambiance de travail amène aussi plus de solidarité, ce qui renforce la bonne entente entre infirmiers-ères, et améliore le soin aux patient-e-s.

Y a du travail, y a beaucoup de travail, ça c'est sûr, mais je crois que quand y a beaucoup de solidarité, qu'y ait beaucoup de travail ou pas, ça se passe bien. (Agnès, 56 ans)

Je ne suis pas du genre à refuser de venir remplacer une collègue, (...) si je sais venir, je viens. (...) On avait déjà une collègue qui avait tellement un horaire catastrophique pour le mois de juillet, elle avait onze jours d'affilée, et je ne sais pas si la chef s'en est rendu compte en faisant l'horaire, elle avait un michmach de matins, de nuits, de soirs sur les onze jours, (...) elle avait presque les larmes aux yeux, c'est lourd physiquement, hein. Je lui ai dit « ne te tracasse pas, dis, on va déjà regarder mon horaire, si je sais te reprendre un jour, je t'en reprends un » (...). Et j'ai une autre collègue du même âge que moi qui lui a repris un jour au début, et pour finir elle a eu un horaire nettement moins compliqué. (Carole, 49 ans)

L'histoire de refaire mes gardes comme ça, (...) c'est plutôt pour faire plaisir aux autres, parce que je vois qu'ils en ont déjà pas mal, ils ont leur quota, ils n'en peuvent rien s'il y en a 4 qui viennent de partir. (...) Et tant que je me sens capable de le faire, je me dis, je peux le faire. (Patricia, 54 ans)

Pourtant, la communication entre infirmiers-ères ne semble pas toujours aller de soi. Des conflits ou des disputes entre collègues peuvent entacher cette communication, ce qui engendre une mauvaise ambiance de travail. Si on vient travailler avec des pieds de plomb, il est évident que le risque de faire des erreurs professionnelles s'agrandit.

Ben, y a eu des lieux de parole tout un temps, je ne sais pas si ça existe toujours, j'ai été une fois ou deux et puis, je trouvais que je sortais de là encore plus démoralisée que quand j'y rentrais [rires]. C'est lourd, je trouve, ces ambiances-là. (...) Ben, on aurait bien aimé qu'il y ait un staff régulièrement, ne fut-ce qu'une fois par trois mois pour mettre plusieurs choses à plat. (...) Et y a pas moyen d'y arriver, je sais pas pourquoi. Quand on en fait un, c'est réellement qu'il y a un truc qui couve depuis trop longtemps et puis alors à ce moment-là, tout le monde a trop à dire et elle [la chef], ça fait trop, elle, ça va pas. Il faudrait qu'il y en ait une qui prenne la parole au nom de tout le monde en ayant rassemblé un tout petit peu, que ça soit calme quand elle parle sinon et bien, tchac tchac tchac tout le temps. (...) Toute l'agressivité qui arrive d'un coup de partout de tout le monde et puis il n'en sort pas grand-chose pour finir de ces réunions-là. C'est un peu dommage, quoi. (Carole, 49 ans)

Quand y a des bisbrouilles dans l'équipe, des conflits ou des trucs comme ça, ça se ressent et les journées sont beaucoup plus lourdes. (...) Mais ça joue, ça, ça, inévitablement. On va s'épier, savoir si on a fait plus que l'autre, des trucs comme ça. C'est rare, hein, c'est rare quand ça arrive, mais une fois que ça arrive, ça se...je ne pense pas que, le travail sera de toute façon fait, hein, parce que y a assez de, de comment de personnes bien pensantes, dirons-nous et de, comment est-ce que je vais dire ça ? bien formées qui vont faire abstraction de ces histoires-là, mais il suffit qu'il y en ait deux qui soient comme ça dans une équipe et puis voilà, [rires] mais les autres prendront le relais, hein. Mais y a beaucoup de maturité quand même dans l'équipe, hein, voilà. (Agnès, 56 ans)

Ah, c'était une équipe où on détruisait les gens carrément. (...) Ils engageaient et puis bien non, ils ne conviennent pas, donc on ne prolonge pas le contrat, des choses comme ça, quoi, mais... (...) Puis des personnes que j'appréciais dans l'équipe qui tout d'un coup, toute l'équipe était sur le dos et on était expédié dans un autre service, des choses comme ça. (...) C'était très cancan et très racuspotoire ! C'était aller s'enfermer dans le bureau de la chef et... (...) Et ça détruit la personne, ça détruit la personne, même si elle travaille bien, mettez-vous tous sur le dos d'une personne et elle va faire des erreurs, il n'y a rien à faire. Vous travaillez bien à fond, toute une équipe va surveiller quelqu'un, elle va faire des erreurs sans arrêt. (...) C'est important d'avoir un bon chef. (Michèle, 46 ans)

Une solution, quand l'ambiance semble délétère, est de discuter face à face avec les infirmiers-ères. La communication semble la clé pour éviter les problèmes ou les résoudre.

Si je sens que ça commence tout doucement à [gangrener], alors, là, il m'est arrivé voilà quelques années, de les prendre une par une parce que y avait quand même un souci. Et une fille de l'équipe est venue me trouver et (...) on connaît un peu les personnalités de son équipe, c'est une fille qui ne rouspète jamais sur rien et elle est venue me trouver, elle dit « écoute », qu'elle me dit, « il faut

absolument que tu agisses parce que, écoute, y a vraiment euh, écoute, ça raconte n'importe quoi à n'importe quelle pause, et euh », alors elle, j'ai tout de suite su que je devais agir dans la minute parce que c'est vraiment pas la fille qui est sensible à tout ça. Donc, j'ai d'abord réfléchi un petit peu à la façon dont j'allais procéder puis je les ai prises euh, toutes, une par une, euh, pour un petit peu dire leur ressenti, et puis alors j'ai fait une réunion d'équipe et ben, voilà. Tout le monde avait un peu percé l'abcès, euh j'ai senti, c'était pas spécialement dirigé contre moi, euh, je parie qu'il faut quand même avoir une certaine carapace, sans, euh, oui, parce que si on est trop sensible et qu'on se prend tout pour soi, euh...ça ne va pas aller, non, alors on est la victime, etc. Mais j'ai senti que c'était plutôt en les prenant toutes une par une, j'ai senti que c'était des petites choses qu'elles vivaient mal et voilà, donc on a remis à plat et ça va. (Denise, 51 ans)

Pour ça on a vraiment une chef, vraiment formidable, parce qu'elle a su créer un lien dans cette équipe, parce qu'on était, enfin les 4 du bloc on se connaissait bien mais alors, il y en avait qui sont venues de différents services de l'hôpital et on ne se connaissait pas et rapidement on a fait bloc et on s'est entr'aider et ça a relancé, on fait des sorties ensemble... (...) Je pense que c'est la chef qui est très ouverte qui dit tous ses problèmes, qui... auxquels on participe, oui, elle fait participer tout le monde, oui oui. (...) On est au courant de tout ce qui se passe, elle va dans le comité de gestion de l'hôpital, elle annonce ce qui se passe, chose qu'avant on ne connaissait pas, (...) ici on est au courant de tout, de toutes ses aventures avec les directions, avec ci, avec ça. Et alors c'est quelqu'un qui règle directement les problèmes, quoi. Elle n'attend jamais. (Nicole, 62 ans)

3) ...dans le but de mettre les patient-e-s en priorité

Si la communication se fait douloureusement entre infirmiers-ères de la même équipe, il est donc possible que ça ait des répercussions sur le bien-être des patient-e-s. Pourtant, il est évident pour toutes et tous que la personne la plus importante dans l'hôpital demeure le ou la patient-e. Il est donc primordial de maintenir la paix dans l'équipe pour le bien-être des patient-e-s.

Parce que moi je pense toujours le matin : « qu'est-ce qui est le plus important ? ». Que le patient soit soigné. (Sabine, 52 ans)

Je vais reporter le message que la priorité de service, ma priorité, la priorité de toute l'équipe c'est le patient. Ça oui, je ne vais pas faire de remarques quand on va prendre le verre d'eau mais de manière régulière je dis « on fait tout ici pour le patient ». (...) Parce il y a cette lourdeur, le patient on ne peut pas trop le quitter des yeux. (...) Maintenant c'est vrai que pas mal de gens nous disent aussi que c'est notre service qui est comme ça, on a un service qui est très exigeant, on est là pour le malade, et après on n'est pas là pour le confort du personnel, si, mais ce n'est pas la priorité des priorités. (...) C'est aussi un peu implicite. Si quelqu'un dit « j'en peux plus, il faut que j'aille boire un verre d'eau », si un patient a besoin, il aura la remarque. Il faut d'abord le patient et puis après si tu as le temps de boire ton verre d'eau, c'est magnifique, si t'as pas le temps, tant pis ! (Séverine, 49 ans)

J'essaie de faire comprendre à mon mari, je rentre et il faut qu'on me laisse tranquille et que je me ressource pendant une heure. (...) Et toute cette lourdeur, j'essaie de lui faire ressentir mais je n'y arrive pas. Il dit « mais moi aussi je travaille », « mais oui, je sais que tu travailles mon idée n'est pas du tout de dire que tu ne travailles pas ». Maintenant si tu dis « allez, je vais prendre pendant une demi-heure », tu vas laisser ton dossier et ton dossier t'attendra de la même manière, moi déjà je ne vais pas prendre ma pause de la même manière parce que je vais culpabiliser en disant « je dois faire autre chose, je vais encore être en retard déjà » et j'y arrive pas. Et j'ai mon patient, je peux le retrouver dans un état tout autre qu'au moment où je l'ai quitté. (...) C'est pas un dossier, pas du tout. Donc c'est assez difficile de faire comprendre. (Séverine, 49 ans)

Si on aime son travail, la relation avec les patient-e-s se passera mieux également.

Il y a rien à faire, il faut donner de son temps, de sa personne, il faut de la patience, il n'y a pas que les papiers, que les injections, que les soins, il y a aussi quand même le relationnel et il faut donner son temps aux gens. (...) Il faut aimer, si on n'aime pas le relationnel, ça ne sert à rien, faut pas... Tu le vois, les gens sont plus froids, sont plus secs et (...) le personnel qui n'aime pas son métier va répondre beaucoup plus sèchement aux gens et tout ça, et ça c'est pas l'idéal. (Michèle, 46 ans)

[Il y a] des personnes démotivées qui seront toujours démotivées et qu'il faudra toujours tirer, il y a parfois quelque part, et je me dis en moi-même, et bien je ne demanderais pas mieux qu'elles ne soient plus dans le service. Parce que j'aimerais autant avoir quelqu'un qui va être motivé, qui aimera ce qu'elle fait, qui va penser plus loin, et que ça va être pour le patient quoi, c'est ça, moi, ma priorité, c'est le patient aussi. C'est ça en premier, et évidemment c'est le bien-être au boulot aussi, il n'y a pas de soucis, et ça il y en a que c'est comme ça. Qu'est-ce que c'est qu'un sourire ? Qu'est-ce que c'est de donner un verre d'eau ? (Vinciane, 48 ans)

Pourtant, la relation avec les patient-e-s ou leur famille n'est pas toujours facile, car, dans leur douleur ou leur détresse, une ingratitude, voire une certaine violence, peut être de mise.

Le nombre de gens qui retournent sans dire au revoir et merci, et alors ne parlons pas d'offrir une petite boîte de biscuits, ça, ça devient rarissime, quoi. (...) Mais qu'ils disent au moins au revoir en partant, quoi. (...) Les gens, on arrive dans les chambres « oh, ben, il est retourné le petit Jonas ? », alors c'est les voisins de chambre « oui, oui, ils sont partis, ça fait bien une demi-heure », ils n'ont pas essayé de nous voir sortir dans le calme d'une chambre pour nous dire « bon, nous partons ». Ça, ça c'est frustrant quand même. (Carole, 49 ans)

Un week-end ou une après-midi, on a eu 3, 4 fois des agressions de la famille. (...) Verbales ! Physiques, je ne pense pas qu'ils oseraient, parce que si c'est physique on a le droit de faire appel à la gendarmerie. (...) Je sais bien que, là, où il y avait la psychiatrie, une fois, qu'il y a un patient qui est venu mais qui n'était pas de notre service et qui voulait voir un autre patient, et qui m'a attrapé par le bras, mais il avait bu, il était ivre, et là je me suis fait un petit peu... Mais j'ai fait calmer les trucs, il m'a serré le bras, parce qu'il me tenait, mais bon j'ai eu un bleu au bras, c'est tout mais j'ai réussi à lui parler et le calmer, et puis c'est la porte qui a eu un coup de poing, mais je me suis dit « ouf, je ne suis pas la porte ! ». Mais il a agressé après une infirmière à l'étage mais j'ai quand même eu les gendarmes qui sont venus prendre la déclaration et tout à la maison donc je pense que oui, il y a quand même...s'il y avait une vraie agression, il y a un suivi. (Michèle, 46 ans)

Je montre une indifférence complète, quand je vois que c'est des gens agressifs qui ne cherchent qu'une chose, le conflit. Je ne les regarde pas et je vais vers le patient et je parle avec le patient et s'il y a un vraiment un problème et ben je m'arrange avec le patient. (...) Mais à ce moment, j'ignore la famille. (...) Du patient qui est mal on peut l'accepter l'agressivité. De la famille, c'est... (...) On est là pour le patient. On est là quand ils ne sont pas bien, il y a des moments de souffrance morale, donc est là pour les soutenir et tout mais avec la famille on n'est pas là pour se faire agresser. (Michèle, 46 ans)

4) Il faut rester dans la pratique...

C'est en forgeant qu'on devient forgeron et c'est en pratiquant qu'on devient un bon praticien des soins infirmiers... Et si l'on quitte la pratique, ne fut-ce que quelques semaines, il faut se remettre à la page et se réadapter. Il est donc important, pour être un bon infirmier, ou une bonne infirmière, de rester dans la pratique et ne pas trop s'en éloigner au risque de perdre la main. Dès qu'on quitte un service ou la pratique (en devenant chef-infirmier, enseignant, délégué, directeur, etc.), on perd la légitimité de comprendre la réalité du métier.

J'ai ma collègue qui choisit, pour finir, de prendre sa pension. On lui disait « mais tu veux pas rester 10h par semaine ou quoi ? » Elle a hésité, et elle a coupé tous les ponts et 3 semaines après elle est revenue travailler. Par nous, les anciennes, elle a été très bien accueillie, par les nouvelles pas du tout, et elle s'est trouvée déphasée, elle n'avait plus le pied dedans. (...) Et au bout d'une semaine, elle a dit je ne reviens plus. (Laure, 60 ans)

C'est là que quelque part, ma vérité à moi, parce que je me dis « mais nom d'une pipe tu voudrais te retirer un temps du staff infirmiers » et d'un autre côté non parce que c'est la seule manière où je peux appréhender leurs difficultés à elles ! Ce n'est qu'en faisant leur travail que je peux me rendre compte à quel point c'est difficile (...) et de pouvoir prendre les bonnes décisions. (Séverine, 49 ans)

Les limites que je m'étais données à moi-même, à savoir continuer à travailler pour continuer à appréhender la réalité du terrain, sont pas gérables, on ne peut pas faire les deux, et donc j'ai abandonné. Je me suis dit « on ne peut pas rester une bonne infirmière-professeur si j'arrête la

pratique ». Par contre je peux rester une bonne infirmière si j'arrête le côté enseignement. (Séverine, 49 ans)

5) ...donc il vaut mieux travailler à temps plein

Pour un bon travail d'équipe, et donc une bonne communication, il faut être présent. Pour rester dans la pratique, le meilleur moyen, c'est surtout de travailler à temps plein. Puis à temps plein, on est sûr de ne pas rater l'occasion d'être promu.

J'ai une sœur qui (...) a décidé de travailler mi-temps parce qu'elle avait ses enfants petits, et puis elle s'était étonnée qu'un certain moment, qu'elle a été licenciée et qu'elle n'a plus trouvé de travail. Elle était secrétaire de direction, elle a recherché du travail, elle n'a plus jamais été engagée, même à mi-temps elle a eu des difficultés. (...) Et puis la dernière, on était 5, une qui a vingt ans de moins que moi qui justement s'est posée... Elle vient d'avoir son 3^{ème} enfant qui a un an, elle a choisi de faire un mi-temps, 4/5 depuis longtemps. (...) Et bien, il y a 1 an ½ d'ici, elle était en pleurs parce qu'elle s'est vu passer une promotion sous le nez. Elle était plus capable que l'autre qui a été promue, mais elle faisait mi-temps ! Elle a choisi de consacrer son temps à ses enfants, mais elle l'a payé professionnellement. (Laure, 60 ans)

J'ai commencé à temps plein, oui j'ai travaillé temps plein pendant longtemps. (...) J'ai essayé un ¾, mais le vrai, c'est-à-dire 6h par jour (...) de façon à ce que je puisse terminer à 14h et là ça n'a pas marché, ils n'ont pas voulu que je continue ça, parce que c'était trop difficile de venir me remplacer en plein milieu d'une journée, quoi. 14h c'est encore tôt. (...) J'ai fait l'essai pendant 5, 6 mois, je dirais. C'est très long et puis alors, bon, cela n'allait pas, les collègues n'étaient pas enchantées, donc bon, ben j'ai dû arrêter et alors j'ai dû trouver une autre solution pour les enfants aussi. (...) J'ai pris ce ¾ temps et puis comme ça n'a pas marché, et bien j'ai repris temps plein. (...) Donc je suis revenue à temps plein. (Patricia, 54 ans)

Travailler à temps partiel, c'est aussi forcément manquer d'informations cruciales sur les patient-e-s ou sur les nouvelles techniques ou médicaments. Il est donc nécessaire de rester au courant de tout, tout le temps.

Là où ça peut créer conflit, c'est que les gens qui ne sont plus suffisamment présents, c'est un peu difficile. (...) Parce que déjà un mi-temps, c'est parfois déjà limite pour continuer à rester au courant des changements. Pas le fait que le travail soit fait oui ou non, mais de la mise au courant de tous les changements. (...) Les temps plein ont déjà difficile pour rester au courant de tous les changements et, dans toutes les spécialités, on ne va pas travailler tous les jours. (Bénédicte, 48 ans)

J'étais un peu frustrée dans mon travail parce que je trouvais que je n'avais pas un bon suivi de mes patients. Donc j'ai repris à temps plein. (...) Quand ma fille était à la maison, j'avais de l'occupation mais, le boulot passe en second quoi, mais une fois qu'elle a été partie et tout, moi je me sentais frustrée dans mon travail parce que j'avais l'impression que je n'avais plus un bon suivi de mes malades. (Sylvie, 50 ans)

J'avais envie de m'investir plus, et puis bon (...) à mi-temps, ce n'aurait pas été possible pour les apprentissages, il me fallait plus de temps aussi donc, voilà je suis temps plein. (Vinciane, 48 ans)

Pour Paul, le temps plein est nécessaire, sauf en cas de force majeure, à savoir des ennuis de santé. Le temps partiel est alors seulement utile en cas de problèmes physiques.

[Il n'a jamais voulu diminuer son temps de travail.] Non, parce que, touchons du bois, je suis en bonne santé. J'ai jamais eu de grands problèmes de santé, vous dire « oh là c'est très lourd, j'ai... », non, heureusement. Non je n'ai pas eu le besoin, jusque maintenant, de réduire mon temps de travail. (Paul, 49 ans)

Il est préférable de travailler à temps plein, mais, bien évidemment, nous l'avons vu en long et en large ci-avant, les temps partiels sont aussi acceptables par les pairs pour concilier la vie de famille. La norme ou l'idéal reste néanmoins de travailler le plus possible, pour rester au courant des nouveautés et de l'état des patient-e-s.

6) Il faut être bûcheur-euse, battant-e, motivé-e et loyal-e

Dans les discours des infirmiers-ères interrogé-e-s, il existe toute une série de traits de caractère mis en avant pour exercer correctement et longtemps son métier. Les personnes dépourvues de ces qualités ne font pas de carrière infirmière.

A) ÊTRE BÛCHEUR-EUSE

Un des traits les plus probants et récurrent est le fait de travailler beaucoup. Pour être un bon infirmier ou une bonne infirmière, il faut être un bûcheur ou une bûcheuse. On retrouve évidemment ici les Bosseurs-euses décrits au début de ce chapitre. Il ne s'agit pas seulement de mettre le travail au centre, mais il est aussi indispensable de consacrer beaucoup d'heures à son travail. Il est impossible d'être paresseux quand on exerce les soins infirmiers. Il faut donc être organisé pour effectuer plus d'heures, il faut toujours rester actif même pendant les jours de relâche, il faut être flexible quant aux horaires de travail, il faut toujours manquer de temps et le surmenage est dommageable mais c'est le risque à prendre.

Mais moi me tourner les pouces, c'est difficile ! (...) Moi ça ne me dérangeait pas de travailler toute l'année et d'être là à 7h30, mais il y en a qui ne savent pas récupérer. (Laure, 60 ans)

J'ai plus de temps libre donc je dois m'occuper. Naturellement, il faut pas commencer à s'ennuyer. C'est pas le but. (...) Vraiment de repos, repos, je dois être malade à ce moment-là, si je me mets dans le fauteuil, à ce moment-là, si je ne suis pas bien, mais du repos complet, non. Non, parce que ma femme aussi elle est toujours active, donc je l'aide, ou moi je bricole, ça se peut que... Oui, je lis le journal, je lis un bouquin, ou bien dans le jardin quand il fait beau mais je prends mon fauteuil et je m'y mets quoi. (Paul, 49 ans)

Ça m'arrive de temps en temps de lâcher le pied, et dire voilà, maintenant je ne fais rien, mais c'est pas mon tempérament. (Pascale, 56 ans)

Celles qui reviennent de congé et qui arrivent dans le turbin, parce qu'on est moins, mais, de nouveau, après un mois elles en ont de nouveau plein les guêtres, c'est vrai, c'est la réalité du terrain. (Vinciane, 48 ans)

B) ÊTRE BATTANT-E, FORT-E PHYSIQUEMENT, COSTAUD-E, EXIGEANT-E

Aussi, il existe une notion de force physique nécessaire pour être un bon infirmier ou une bonne infirmière. Il faut donc être résistant physiquement et mentalement, être battant.

Si on est arrivé là c'était déjà qu'on était organisé et qu'on avait la force physique de le faire. C'est physique, aussi comme métier. (...) Physiquement c'est dur. (...) À tout âge. (...) Moi, je ne ressens pas ça, je me ménage très fort, et j'ai cette chance de physiquement tenir. Physiquement. (Pascale, 56 ans)

Je suis assez battante. (...) J'ai réagi en me disant je ne peux pas me laisser aller. (...) Je pense que c'est dur pour tout le monde [de récupérer]. Je pense que c'est aussi une question de caractère. Moi je l'ai fait pendant 29 ans, j'avais des enfants qui faisaient leurs devoirs dans le train et leur père qui venait les repêcher. J'ai toujours dit « c'est comme ça », maintenant je suis contente, les enfants ont fait leurs études supérieures sans problème, mais bon c'est parce qu'en fait je crois, j'étais derrière, je n'avais pas envie de se laisser aller... (Jacqueline, 53 ans)

Je me souviens, dans mes cours de cadre on me dit, ben un employé, un ouvrier, au départ, certains hôpitaux, ils considèrent les infirmières comme ouvrières parce qu'elles ont plus « à faire », c'est vrai on a du « faire », mais on a énormément de réflexion aussi. Donc on est plus employé qu'ouvrier je pense maintenant. Mais on a encore la lourdeur physique de l'ouvrier ne fut-ce que pour les pauses et le fait qu'on court à gauche, on n'est pas devant un dossier et ce qui est terrible, c'est que rien n'est reportable. Qu'on a une heure pour faire ce qui nous est imparti, et qu'on a régulièrement le sentiment qu'il nous faudrait 90 minutes pour le faire mais qu'il faut que tout s'agence dans une heure. Et c'est ça je pense qui fait toute la différence. (Séverine, 49 ans)

Dans cet état d'esprit, il faut aussi se battre pour un bon salaire et pour maintenir le bien-être des patient-e-s.

Et quand je vois les jeunes, je dis toujours aux jeunes : « soyez exigeants sur votre salaire, l'argent il y en a. On est encore les rares secteurs où ça fonctionne, alors de grâce ne lésinez pas sur vos exigences ». (Pascale, 56 ans)

C) MORDRE SUR SA CHIQUE, TENIR LE COUP, SOUFFRIR, ÊTRE MOTIVÉ-E

Il faut beaucoup travailler et se battre, donc il faut être courageux et « mordre sur sa chique ».

Non je ne suis pas montée [vers la direction], j'ai mordu sur ma chique et puis elle [la chef de service] est partie. (...) Comme j'avais quand même un problème financier, j'ai mordu sur ma chique et après, quand j'étais décidée, je suis revenue comme infirmière circulante au bloc opératoire. (Laure, 60 ans)

Quand on a tenu le coup jusque là bon, ben on...ça veut dire qu'on est bon, qu'on est dans la bonne voie. (Michèle, 46 ans)

Malgré les difficultés et la souffrance, il faut montrer qu'on y arrive, qu'on « tient le coup », qu'on reste motivé, qu'on n'est ni « pantouflard », ni « tire-au-flanc ». On retrouve un peu ici des discours héroïques de valeureux guerriers prêts à souffrir pour leur patrie. Au niveau syntaxique, le vocabulaire est aussi empreint de métaphores belliqueuses.

Je souffrais beaucoup du dos. Deux fois, j'ai pas su me lever. Moi, je travaillais jusqu'au moment où je ne savais pas quitter mon lit parce que pour finir, j'avais mal au dos, j'avais une sciatique, (...) mais enfin, j'arrivais, c'est mes collègues qui défaisaient mes chaussures, hein. Je ne venais pas travailler si je ne savais pas quitter mon lit, mais sinon je venais travailler. (...) Un lumbago et tout ça, quoi. (...) Je venais en souffrant. (Laure, 60 ans)

J'ai du mal à voir après mes 60 ans, parce que je me dis, je suis quelqu'un d'actif, je ne pourrais pas du jour au lendemain « ne plus rien faire » (...) Je ne suis pas quelqu'un de pantouflard, quoi. (...) Au début que j'ai travaillé comme infirmière chef, je me suis payé une hernie discale, et bien je n'étais pas bien et j'ai quand même assuré donc voilà, je n'ai même pas pris de jour de maladie, non, non, je ne saurais pas ne rien faire ou, je pense, ou je serais quelqu'un qui broierait du noir, quoi ! (Vinciane, 48 ans)

[Quand une nouvelle engagée part après 3 semaines de travail,] je pense qu'il y avait aussi une motivation qui n'est pas assez grande. De nouveau, quelque part, ça a de nouveau fatigué l'équipe ici, puisque qu'il y avait quelques nouvelles engagées et c'est pas évident parce qu'on doit former les infirmières aussi. Mais ça c'est lourd aussi psychologiquement pour l'unité, celle qui forme, etc. (...) Parce qu'il y avait aussi des jeunes moins motivés, voilà, de tout, il y avait trop de tire-au-flanc. (Vinciane, 48 ans)

D) LOYALISTE

L'infirmier-ère doit travailler dur, se battre, mordre sur sa chique, mais tout en restant loyaliste (Hirschman, 1995) envers l'institution, en respectant la hiérarchie et les règles instituées, en obéissant et en étant reconnaissant-e. La protestation ou la prise de parole ne peut éventuellement être légitime qu'en cas de dur labeur et de respect des règles.

Moi je suis d'une nature à déjà être reconnaissante avec ce qui est proposé, avec ce qui est prévu, il faut pas toujours essayer d'avoir le maximum ! Il y a des gens qui veulent tout le temps le maximum de tout, c'est pas possible ! (Bénédicte, 48 ans)

Mais je pense que quand on s'engage quelque part dans une institution, on doit se plier aux règles qui sont établies là et voilà. (...) Et puis de toute façon on n'a pas le temps. C'est comme les enseignants, etc. Faire grève, et bien oui c'est bien beau de faire grève mais en attendant, nous ici la boutique elle doit continuer à tourner, on ne peut pas laisser le patient tout seul. On ne va pas laisser le patient être admis à l'hôpital ni promettre son opération et puis le matin dire : « ah non, on ne vous opère pas, les infirmières sont en grève ». Tous les métiers sociaux sont comme ça. Mais bon, c'est vrai que chez nous, c'est peut-être un peu plus difficile. Et puis aller faire des grèves et manifester dans les rues, on le fait

quand ? Ou bien alors, il y en a quelques-unes par service qui y vont et qui laissent à la limite ses collègues dans la dèche avec les 30 patients et c'est pour ça qu'on ne sait jamais bien « se manifester ». (Patricia, 54 ans)

Vous avez le droit, vous devez revendiquer, mais vous devez travailler correctement. Il n'y a pas de revendications possibles parce que ici on le voit, elles revendiquent, elles sont terriblement revendicatrices que quand vous discutez avec les chirurgiens, les chirurgiens disent : « elles revendiquent mais elles travaillent mal ». Alors, on peut très bien revendiquer mais si on ne travaille pas bien, on ne va jamais prendre en considération. Mais je crois que l'infirmière elle doit être sûre de ce qu'elle fait, ça doit être bien fait, et elle doit savoir faire des choix. (Pascale, 56 ans)

Cette « Charte du bon infirmier ou de la bonne infirmière » semble nécessaire et légitime pour renforcer l'*ethos du devoir* des infirmiers-ères de plus de 45 ans contre l'*ethos de l'épanouissement personnel* porté davantage par les plus jeunes générations. Ces préceptes ne sont pas neufs, mais la nouveauté réside dans leur revendication et dans l'expression de leur immuabilité. La Pluralité ne semble pas par définition compatible avec le fait de mettre son travail au premier plan, ni de prester plus d'heures que prévu, ni de venir travailler en souffrant comme sur un champ de bataille. Les valeurs de la Charte sont celles de l'*ethos du devoir* et deviennent, toutes ou en partie, inconcevables pour les nouvelles générations. Ce choc paradigmatique peut alors, dans certains cas, empoisonner la pratique infirmière au quotidien.

CHAPITRE 9 – *HOMO FABER*

Quatre indicateurs composent l'*homo faber* dans l'enquête NEXT : le sens, le stress, l'autonomie et l'intensification des tâches au travail. En comparant les moyennes des quatre indicateurs, c'est celle du manque de sens au travail qui est la plus basse, avec un score de 19,3. Autrement dit, les infirmiers-ères interrogé-e-s dans l'enquête NEXT sont très satisfait-e-s du sens qu'ils-elles trouvent dans leur travail. Les sentiments par rapport au stress et à l'autonomie sont mitigés, car les moyennes avoisinent les 50, avec respectivement 41,9 et 53,1, et leurs distributions suivent une loi normale. La population interrogée est donc tiraillée entre satisfaction et insatisfaction quant au stress et à l'autonomie. Par contre, l'insatisfaction semble plutôt de mise quant à la l'intensification du travail, avec une moyenne de 57,5.

Il n'existe pas vraiment de profil type bien net pour l'infirmier-ère en manque de sens au travail. Le stress est vraisemblablement lié au fait d'être une femme, de vivre seul ou en famille, et de ne pas avoir de possibilité de garde pour les enfants. Le manque d'autonomie est plus dénoncé par les femmes, les infirmiers-ères breveté-e-s, celles et ceux qui ont peu d'expérience dans le secteur, qui n'ont pas de possibilité de faire garder les enfants et qui sont en mauvaise santé. Et enfin, les individus les plus insatisfaits par rapport à l'intensification des tâches sont brevetés, en mauvaise santé et sans possibilité de faire garder leurs enfants. Les variables sociodémographiques significatives pour les quatre indicateurs sont la santé et les gardes pour enfants : au plus la santé est bonne et au plus il existe de solutions pour faire garder ses enfants, au moins le malaise est grand.

Les résultats sont sensiblement différents quand il s'agit d'inférence statistique : lors des régressions linéaires sur l'intention de quitter la profession infirmière, c'est le manque de sens le plus significatif. Cela veut dire que plus l'infirmier-ère est insatisfait-e par rapport au manque de sens au travail, plus il-elle songe à quitter la profession infirmière. Seul l'indicateur de stress reste statistiquement significatif (au seuil de 95%), alors que l'autonomie et l'intensification ne le sont pas. Ce résultat de manque de sens au travail provoquant une envie de quitter son métier prématurément était relativement inattendu, vu sa moyenne prouvant une bonne satisfaction quant au sens au travail. Le sens est tellement important que s'il venait à manquer, l'envie de partir en serait plus forte.

Grâce aux entretiens, on a pu repérer que la perte de sens est liée à deux intensifications du travail différentes : il existe non seulement toutes les nouveautés techniques propres à l'acte de soin, mais aussi toutes les nouvelles procédures administratives mises en place afin de rendre plus transparents les processus de soin. Plus le *cure* devient technique ou lié à une logique économique, moins le *care* recherché est atteint, et plus les infirmiers-ères éprouvent alors une perte de sens au travail. Et c'est principalement cette perte de sens qui les poussent à arrêter de travailler. En fonction du type d'intensification, le travail prendra donc un sens différent. L'intensification administrative et gestionnaire n'a pas de sens, mais l'intensification liée aux avancées médicales garde du sens, car la logique du *care* est maintenue. C'est un des résultats principaux de l'analyse des entretiens à propos de l'*homo faber*. De plus, il s'avère que l'intensification médicale est récurrente, donc que l'adaptation à cette intensification a toujours dû se faire.

Quand le métier infirmier émerge à la fin du XIX^{ème} siècle, en plus des besognes domestiques, certains actes techniques sont requis, comme prendre la température, faire un pansement, un bandage, une piqûre, une prise de sang. Les tâches, déjà nombreuses et chronophages, s'intensifient donc avec les avancées médicales. Outre les actes techniques aidant les médecins dans leur travail, certaines « qualités » sont attendues, telles que le dévouement et l'abnégation de soi que possédaient les religieuses. Petit à petit, certains actes domestiques seront délégués à

d'autres métiers, et les infirmiers-ères laïques commencent à penser à avoir une vie en dehors de l'hôpital, ce qui est loin d'être gagné.

Pendant la Première Guerre mondiale, le rythme militaire des *nurses* anglaises rajoute au dévouement une discipline stricte et un uniforme de couleur claire. L'image de « l'ange blanc », originaire de la générosité de la reine Élisabeth, symbolise le don de soi vocationnel de la soignante. Qui dit don de soi dit horaires chargés, travail de nuit, soumission aux médecins et bas salaires (Joiris, 2009), autrement dit travail intensif sans beaucoup de place pour autre chose. Comme la majorité des infirmiers-ères sont des femmes, il est alors impossible pour elles de fonder une famille, dans une époque où la charge familiale incombe complètement à la femme. Il est donc difficile d'engager du personnel infirmier dans ces conditions : charges et horaires intenses en sous-effectifs, petit salaire, peu d'autonomie. L'idée de la vocation émerge alors pour attirer du personnel. Seule l'idée du soin, de l'aide à l'autre peut donner du sens à un métier aussi particulier. La valorisation sociale d'un métier charitable, via cette notion de vocation, est donc préférée à la recherche d'une certaine amélioration des conditions de travail. Le métier infirmier possède donc une connotation, si ce n'est d'ascension sociale, au moins d'émancipation sociale pour certaines femmes « moins bien nées ». C'est un privilège d'être au service des patient-e-s, du médecin, de la science. N'oublions pas que le droit des votes des femmes en Belgique (1948) n'est pas encore d'actualité, il n'est donc pas encore de bon ton qu'une femme soit indépendante financièrement et puisse subvenir aux besoins de sa famille éventuelle au même titre que son mari. Étudier et travailler comme infirmière constitue une preuve de bonne éducation avant de fonder son propre foyer, mais il n'est pas pensable de cumuler travail et famille.

Même si le métier est de plus en plus reconnu, la Seconde Guerre mondiale ne vient pas bousculer les mentalités : le métier infirmier reste réservé aux femmes dévouées, obéissantes et sans projet de famille. Il faut attendre les années 1980 pour assister à des véritables mouvements collectifs de grogne, visant à améliorer les salaires et les conditions de travail. Néanmoins, la plainte reste bien présente et les quelques progrès ne pèsent pas assez lourds dans la balance où l'histoire prend toute la place. La multiplication des tâches diversifiées (domestiques, techniques, sociales) et leur intensification en fonction des avancées médicales, les horaires adaptés aux urgences des soins, la soumission à l'autorité médicale et institutionnelle, tous ces éléments montrent que les insatisfactions liées à l'*homo faber* existent depuis bien avant la création du métier. Ces conditions de travail sont tellement ancrées dans la société et dans les normes du métier infirmier qu'il faudra sans doute plus qu'une génération pour les transformer. L'histoire nous montre donc bien à quel point les insatisfactions liées aux conditions de travail sont constitutives du métier infirmier.

L'analyse de l'*homo faber* sera donc séparée en deux parties : il s'agira, d'abord, de l'*homo faber* constitutif, comportant notamment les réactions par rapport à l'intensification technique ou médicale ; ensuite de l'*homo faber* nouveau, contenant entre autres l'intensification administrative. Dans la première partie, il semble plus aisé de s'adapter à l'intensification technique ou médicale, du moment que ces nouveautés servent le soin à l'autre. Cette intensification paraît relativement neuve, or il s'avère que l'intensification des charges médicales a toujours existé parallèlement aux avancées scientifiques. Donc, même s'il faut toujours s'adapter aux découvertes techniques, cette adaptation est récurrente. Dès l'entrée dans la profession infirmière, cette adaptation est connue, même si ses modalités sont encore ignorées. Le soin doit s'adapter et évoluer simultanément avec les progrès de la science. Nous avons donc plutôt affaire, paradoxalement, à une intensification constitutive de la profession infirmière.

Dans la deuxième partie, le *care* n'est pas préservé car les logiques administratives et gestionnaires ne participent pas particulièrement à l'amélioration du soin. En outre, la relation

aux patient-e-s s'est aussi intensifiée au fil des ans et ne contribue pas à une amélioration du *care*, au contraire. Cette relation aux patient-e-s aurait pu trouver sa place dans la partie traitant de l'*homo sociologicus*, cependant, le changement de mentalité des patient-e-s est tel qu'il augmente la charge de travail de l'infirmier-ère. Ce n'est pas seulement la relation qui change mais ce sont les conséquences de ce changement qui jouent sur l'organisation du travail, et par là l'intensifient. Le *care* peut alors être remis en question car il doit se redéfinir en fonction de la relation au patient qui se modifie. L'intensification administrative et le changement de mentalité des patient-e-s sont plutôt récents.

Dans une troisième partie, seront exposées les compensations développées face aux facteurs constitutifs de l'*homo faber*, ainsi que les stratégies déployées contre les facteurs de malaise au travail plus récents. Les stratégies face aux facteurs nouveaux ne se sont pas vérifiées *per se* dans les matériaux récoltés, mais demeurent plutôt au stade d'hypothèses issues de la littérature.

1. *Homo faber* constitutif

Dans les facteurs constitutifs du malaise infirmier lié au travail en tant que tel, nous retrouvons les horaires de l'hôpital, le stress associé notamment aux gardes et aux nuits, la lourdeur physique des tâches, le manque d'autonomie et l'intensification des charges liée aux avancées médicotéchniques.

A. Horaires d'hôpital

Le personnel soignant ne peut pas procrastiner le travail inachevé : quand un-e patient-e arrive à l'hôpital, en fonction de l'urgence du soin, il-elle doit être suivi-e. Il n'y a pas d'heure pour un accident ou une maladie. *A fortiori*, les soignant-e-s doivent être disponibles quand l'urgence se présente. L'organisation des soins dépend donc de ces urgences et l'horaire des infirmiers-ères en pâtit. À tout moment, de jour comme de nuit, en semaine comme en week-end, en jour ouvrable comme en jour férié, la présence des soignant-e-s est requise. Même si la conciliation entre vie professionnelle et vie privée est plus entendue à l'heure actuelle, il a toujours été compliqué d'aménager une vie de soignant-e avec ce qui n'est pas professionnel. Les horaires du métier infirmier peuvent constituer, par essence, un frein à l'emploi, par leur côté quelque peu imprévisible, et une cause de malaise sur le long terme.

Bien que les difficultés des horaires sont connues dès l'entrée dans le métier, il n'en est pas moins évident de les accepter au quotidien. Les horaires servent aussi à pallier le manque de personnel, donc il est possible de devoir travailler plusieurs week-ends ou nuits d'affilée, même si ce n'était pas prévu. Il est donc évident que les *desiderata* ne sont pas toujours suivis, et il faut alors subir les aléas des contraintes des collègues et de la conjoncture d'emploi. De plus, le travail peut rarement se faire uniquement dans le temps imparti, il est donc habituel de finir sa journée largement après l'heure légale. Une grande flexibilité par rapport aux horaires en perpétuel changement est donc de mise.

Les horaires des infirmiers-ères sont en principe organisés par le ou la chef de service, en fonction des *desiderata* de chacun-e et en fonction de certaines priorités.

Alors, elle [la chef de service] a travaillé avec les priorités en fait, puisque, dans le règlement intérieur de l'hôpital, y a une liste de priorités en fonction de l'âge, en fonction des enfants encore en âge scolaire, en fonction de l'ancienneté dans l'équipe et tout. (Carole, 49 ans, pédiatrie)

C'est moi qui fais les horaires. Donc, mais, normalement ça doit être pris en concertation avec le membre du personnel. Il peut choisir. Si c'est possible, pour le service, je le donne, si c'est pas possible je donne même autre chose. (Jean, 48 ans, soins intensifs)

En principe il y a une pause, il y a une pause à 10h30 du matin, où vous avez 10 minutes pour aller boire un café et puis vers 12h30 vous avez une demi-heure pour aller manger. Et puis jusqu'à la fin de votre journée. (Laure, 60 ans, quartier opératoire)

1) « On le sait depuis qu'on a commencé »

Même si les horaires des soins donnés, et donc du travail des soignant-e-s, pourraient être remis en cause, les infirmiers-ères ne les questionnent pas vraiment. D'emblée, dès les études en sciences infirmières, la flexibilité requise face aux horaires est connue, donc acceptée. L'infirmier-ère ne peut pas travailler comme un-e fonctionnaire, à horaire fixe (8h-16h), pendant la semaine. Il faut s'adapter au quotidien aux charges supplémentaires, imprévisibles et urgentes qu'il faut assumer en dehors des heures contractuelles, notamment en cas de gardes.

On sait déjà que étant infirmière on n'aura pas des horaires confortables, ni l'horaire de bureau, hein, ça c'est déjà un choix que normalement on aurait dû faire quand on a commencé ses études. (Patricia, 54 ans, quartier opératoire)

Mais, ça on leur dit [aux plus jeunes], « alors il ne fallait pas choisir le quartier opératoire, vous le saviez qu'il y avait des gardes ». Mais s'ils voient tout l'inconfort de devoir travailler un week-end sur 2, par rapport à ce qu'ils ont ici, je pense que c'est bien. (Patricia, 54 ans, quartier opératoire)

Dans le métier on sait qu'on doit être un week-end sur deux, on sait... (Pascale, 56 ans, hôpital de jour mais 25 ans d'expérience en bloc opératoire)

2) Horaires flexibles, souples, variables, improvisés, imposés, bref irréguliers

Même si c'est connu à l'avance, un horaire flexible, variable, parfois improvisé et faisant partie des impondérables, peut paraître foncièrement injuste par rapport aux autres métiers dits similaires, en termes de niveau d'éducation. Puis, ce n'est pas parce que ces horaires sont constitutifs qu'ils sont faciles à vivre. Au bout de quelques années de service, la variabilité des horaires peut user : il faudrait pouvoir la contrôler et choisir son horaire en fonction de ses possibilités.

C'est plus facile de se réveiller toujours à la même heure que, un jour, allez, par exemple, aujourd'hui je vais travailler l'après-midi, je vais rentrer chez moi, il sera 10h30 du soir, presque 11h même, le temps que je rentre chez moi il sera presque 11h du soir. Demain matin, le réveil sonne à 5h30 pour revenir travailler...et puis après ce sera encore un autre horaire et puis si ça tombe, (...) peut-être 2 jours après on va faire une nuit et c'est tout le temps comme ça, on n'a rien de régulier dans l'horaire que finalement l'organisme il doit s'habituer. Une fois on va se coucher tard, une fois on se lève tôt, et puis il n'y a plus aucun rythme, tant qu'on a un rythme...je pense que c'est quand même mieux pour l'organisme, de pouvoir avoir un rythme plus régulier. (Nadine, 47 ans, pédiatrie)

On a un horaire de 2 mois que vous ajustez, mais un jour, elle va vous dire, « tu sais, il n'y a pas beaucoup de travail, tu veux prendre congé ? », on prend congé. Ou un jour, elle va vous dire « tiens, est-ce que tu peux venir ? On est en sous-nombre », on dit oui ou on dit non, c'est assez souple comme horaire. (Pascale, 56 ans, hôpital de jour)

Si je devais faire un mi-temps pour raison médicale parce que j'ai des problèmes, et bien je devrais venir et faire des trajets tous les jours à mi-temps, je devrais venir 5 jours à mi-temps et bien c'est plus fatigant que de venir 3 jours, ça serait plus intéressant de pouvoir faire des plus grandes journées (...). Pour des gens pour qui les trajets sont longs et fatigants, ce serait peut-être mieux de pouvoir venir des plus longues journées mais moins souvent. Mais ça c'est impossible ! Et ça je trouve que c'est quelque chose qui est mal fait parce que je trouve qu'on devrait permettre aux gens de s'adapter en fonction de leurs possibilités ! (...) Que chacun puisse s'adapter comme c'est le plus confortable pour lui. (Nadine, 47 ans, pédiatrie)

Ceux qui veulent faire moins de nuits peuvent car il y a des infirmiers-ères qui veulent en faire plus, pour le bonus financier. C'est le-la chef infirmier qui organise ça, et c'est surtout faisable quand l'équipe est grande.

Les week-ends, ça, ça reste. Un week-end sur 2, donc ça n'a pas changé et les nuits ça a diminué, parce que, ça c'est donc dans la mesure du possible, donc on est une grande équipe, donc il y a donc pas mal d'autres infirmières qui veulent faire des nuits. Elles demandent elles-mêmes ! Parce qu'elles ont envie, et je pense plutôt point de vue financier, c'est un surplus. Alors notre infirmier en chef, Jean, il essaie de les donner, ceux qui demandent des nuits, tous les mois, ils reçoivent les nuits et ceux qui ne veulent pas faire, ils ne reçoivent que tous les 2, 3, 4 mois des nuits. (...) Il essaie, c'est pas toujours évident, d'avoir un juste milieu, mais, il essaie de donner des nuits à ceux qui veulent et de donner moins de nuits à ceux qui veulent. (Paul, 49 ans, soins intensifs)

Donc moi, dans la mesure du possible... (...) si c'est possible. Donc tous les 3, 4 mois, je demande des nuits ou quand lui me demande, « tu veux faire des nuits ? » et bien « oui, donne-moi des nuits ». (...) [En moyenne,] c'est tous les 3 mois environ, 3 nuits. Non, c'est par série de 3, 3, 4, mais il y a des gens qui font parfois 5, 6, 7 nuits ! Parce qu'il sait qu'ils aiment. (...) J'ai déjà fait beaucoup de nuits auparavant, donc tous les mois, quand j'ai commencé, (...) parce qu'on était beaucoup moins nombreux, donc je faisais presque tous les mois ou tous les 2 mois, certainement 4 nuits ! Mais ça me gênait moins parce que je n'étais pas marié, c'était pas pareil, quand on n'a pas d'enfants c'est différent, mais une fois que vous avez des enfants ou des choses, donc, c'était plus difficile donc alors. (Paul, 49 ans, soins intensifs)

Il faut aussi travailler pendant les week-ends, et en fonction du service et de la taille de l'équipe, le-la chef infirmier décide du nombre de week-ends par mois à prester.

Je sais que quand il fait l'horaire, on doit travailler un week-end sur 2, donc ça veut dire qu'il y a un jour avant le week-end et un jour après le week-end qu'on a congé. Mais il donne ça quand lui il veut ! Ou bien quand j'ai des demandes spécifiques, je peux lui demander : « tu peux me donner le vendredi avant ce week-end congé, parce que je vais à la mer et le mardi après tu peux aussi donner congé parce que je dois aller chez le dentiste ? ». Mais si je n'ai pas de demande spécifique : « tu peux me donner quand tu veux, tu peux me donner ça le jeudi, le vendredi, même le mercredi et le week-end après et la même chose avec le VAC ». Donc il me donnera plic ploc, souvent après, par exemple, un jour de congé, maintenant, j'ai souvent 2 jours de congé, parce qu'il ne va pas faire un jour, par exemple, de congé, travailler et donner mon VAC. (Paul, 49 ans, soins intensifs)

3) Horaires surchargés

Non seulement il faut supporter un horaire imprévisible, mais en raison du manque de main-d'œuvre, il faut aussi travailler beaucoup plus que les heures prévues par le contrat, soit en heures supplémentaires, soit en gardes supplémentaires (la nuit ou les week-ends).

J'ai fait beaucoup de jours, de nuits, des horaires décalés, je faisais des appels en urgence, quand je faisais circulante, je faisais des nuits et travailler 23 ou 24h d'affilée non-stop. C'est vrai que c'est fatigant, on n'arrive pas. (...) Je sais bien que la fille qui travaille ici, elle, comme elle a des gardes super chargées, comme infirmière au bloc opératoire, elle commence à 15h30 et elle en a jusqu'à 7h30 du matin le lendemain ! Parfois, elle a une petite pause d'une heure ou 2 heures sur la nuit. (Jacqueline, 53 ans, quartier opératoire)

J'ai fait chaque fois des horaires mais plus que temps plein, entre 60 et 70h en faisant mes gardes la semaine en étant 2 au lieu d'être 4 pour que les autres puissent être en vacances, il fallait refaire une autre conception des horaires, ma chef de service n'a pas voulu écouter et puis c'est ça qui a provoquer ma colère et mon départ. (Jacqueline, 53 ans, quartier opératoire)

[Au bloc opératoire,] normalement, c'est un horaire, par exemple, le midi, ou de 13h à 21h, mais 21h surtout si on était de garde, ce n'était jamais fini, quoi ! Il fallait mettre le bloc opératoire en ordre pour le lendemain euh, plus les urgences qui pouvaient s'accumuler, euh, jusque très tard dans la nuit, quoi. (Nicole, 62 ans, hôpital de jour mais 22 ans d'expérience au bloc opératoire)

B. Stress au travail

En plus des horaires d'hôpital, le stress fait partie intégrante du métier, acutisé lors des premières années de travail, puis plus ou moins géré par la suite. Pour Agnès (56 ans), il est même vécu positivement. Selon elle, il est nécessaire et existe surtout la première année, mais il fait partie du boulot. Il ne s'est donc pas intensifié et sa gestion s'apprend. Il est presque considéré comme routinier.

Ben, c'est les deux, c'est les deux, moi je trouve que y a, et y a de la routine mais y a aussi beaucoup de, c'est quand même un circuit extracorporel, donc on doit quand même être fort vigilant. Une nouvelle est stressée pendant un an, hein, quand elle commence, euh, après bon, y a des automatismes qui arrivent mais c'est un apprentissage d'un an quand même de travail. Et ben moi, je suis parfois stressée sans le montrer pour quand y a des choses qui se passent pas bien ou des trucs ainsi, mais au niveau, moi je fais confiance à mes collègues qui sont bien formées, quoi. Donc, euh, je n'ai pas vraiment de stress permanent. (Agnès, 56 ans)

Le stress revient alors de manière récurrente lors de périodes de surcharge de travail, lors de certains soins aigus, lors d'une relation difficile avec un-e collègue ou un-e médecin, et surtout lors des gardes. Le stress semble constant et donc constitutif du métier infirmier.

Le stress au travail est évidemment lié à énormément de facteurs. Selon les personnes interrogées, il semble principalement plus intense et difficile à gérer dans le service des soins intensifs et au quartier opératoire.

J'avais peur pour aller aux soins intensifs parce que le premier jour quand on voit les machines et les bruits et l'animation et tout ça, c'est quand même un peu impressionnant ! (Paul, 49 ans)

Il y en a beaucoup, il y en a beaucoup qui sont à saturation. Quand vous parlez aux infirmières. Oh oui. Je suis étonnée de voir... (Pascale, 56 ans)

J'entends beaucoup que des gens, donc ils sont représentants, ils ont été d'abord infirmiers et puis ils ont été représentants, mais quand on parle avec eux, ça a été tellement...quand ils se sont présentés, ah oui, ils ont ça comme avantages, une voiture de société, un téléphone, un ordinateur, etc., et au point de vue financier, c'est un peu plus, mais quand on leur demande au point de vue charge de travail et au point de vue pression, c'est déjà beaucoup moins ! (Paul, 49 ans)

Le stress est aussi étroitement lié aux gardes à effectuer, qui sont de moins en moins bien gérées avec l'âge, où la récupération physique (des gardes et/ou du stress) se fait plus lente. Au plus l'âge augmente, au moins le stress est géré et au moins la récupération physique est rapide. Ce phénomène est accentué au moment des gardes où il est nécessaire de gérer son stress et de récupérer rapidement.

1) Gardes

Les gardes sont plus difficiles à gérer qu'un horaire à pauses : elles sont stressantes, imprévisibles et toujours synonymes de charge de travail supplémentaire.

A) LES GARDES GÉNÈRENT PLUS DE STRESS

Ce sont des gardes à domicile appelables, donc ce qui veut dire qu'on est tout le temps stressé, on est prête mais ce n'est pas considéré comme heures de travail. (Bénédicte, 48 ans)

Parce que c'est dur ces gardes, parce que c'est toujours un moment stressant, le chirurgien est stressé, tout le monde est seul, l'anesthésiste, donc tout le monde est stressé pour commencer parce que parfois le patient n'est pas très bien et euh...et donc vous devez faire tout seul, personne ne sait rien faire avant que vous avez fait, vous, tout votre travail et tout le monde arrive en même temps ! (Bénédicte, 48 ans)

Mais après les gardes, j'avais un stress épouvantable ! Même avec 30 ans de service, je ne savais pas... Si, à la fin, je parvenais à sortir de chez moi mais au sinon... (...) C'est-à-dire que les dernières gardes que j'ai faites, sachant que je n'en ferais plus, ça allait un peu mieux, et puis, non, non, le stress était toujours là, quoi, et je savais, 2 ou 3 jours avant, j'avais mal à l'estomac, etc. Et je savais que c'était ça. Quand j'étais dedans c'était terminé. À la longue, c'était plus vivable quoi. (...) C'est vrai que le stress est une chose qui empoisonne au fur et à mesure des années, c'est quelque chose qu'on ne sait pas gérer ! Je suppose que non seulement peut-être avec l'âge on a peut-être plus de mal à le gérer mais aussi c'est une accumulation depuis des années. (Laure, 60 ans)

B) LES GARDES SONT « COMME UNE LOTERIE »

Les gardes sont souvent pesantes et stressantes, car elles sont imprévisibles, vu que les infirmiers-ères peuvent être appelé-e-s à leur domicile en cas de besoin.

C'est aussi un peu mon caractère, moi j'aime toujours anticiper, moi, j'aime toujours préparer et j'étais très pressée si il y avait quelque chose qui me tombait dessus, j'étais endormie, ils me réveillaient, il fallait courir, c'était...les gardes étaient à domicile et ça, c'est pas que je trouve que c'est moins bien, mais on ne sait jamais ce qui vous attend, tandis que si vous êtes, on vous annonce quelque chose, « ben, il va peut-être y avoir ça », c'est trop stressant, c'était trop stressant. (...) Je détestais ces histoires de gardes qui n'en n'étaient pas, on restait tard le soir, et puis on rentrait chez soi, et puis on était rappelé, moi je suis plus régulière, plus programmée, voilà. (Pascale, 56 ans)

Quelqu'un qui fait un shift aux soins intensifs fait ses shifts mais a congé la veille et a congé le lendemain. Il peut prévoir quelque chose, tandis qu'ici [au quartier opératoire] non. (...) C'est un système de gardes, la personne a travaillé sa journée de 8h et puis c'est, s'il y a des urgences, il faut rester oui et non, et on sait jamais pour combien de temps ! Parfois c'est non alors ils rentrent et alors, à 11h du soir, on appelle, ils doivent revenir pour 3h, il doivent rentrer, et c'est ça que ils ne savent plus s'endormir, leur sommeil a été... (...) On ne sait jamais à l'avance, et donc il faut pouvoir gérer un peu un horaire aussi. (Bénédicte, 48 ans)

*C'est un peu une **loterie**, une garde : un moment, vous pouvez vous demander si le téléphone fonctionnait bien parce qu'on ne l'entendait pas sonner et un moment, vous étiez à peine rentrée que vous pouviez repartir, quoi ! (Nicole, 62 ans)*

C) LES GARDES CORRESPONDENT À UNE CHARGE DE TRAVAIL SUPPLÉMENTAIRE

Le système de gardes rend le travail particulier, parce qu'il s'organise toujours après une journée de travail. En général, les infirmiers-ères travaillent sur place, en faisant, par exemple, deux nuits de travail puis trois jours de relâche, mais les gardes les obligent à rester à domicile à attendre d'être appelé-e-s, et ce après ou avant une journée de travail.

Comme aux soins intensifs, ils ont presté leurs heures, ils sont donc libres la journée, tandis qu'ici ils doivent travailler la journée. Et c'est à condition qu'ils ont travaillé beaucoup d'heures que le lendemain ils peuvent rester à leur maison. Si vous avez travaillé, maintenant, par exemple, de minuit à 4h du matin, vous avez travaillé 4h, et bien le lendemain vous pouvez récupérer 4h mais si vous devez être de retour ici à 7h du matin, c'est pas possible. (Bénédicte, 48 ans)

Tandis qu'ici c'est le fait d'avoir travaillé et puis de devoir revenir... (...) C'est parce qu'ils doivent travailler, parce que si vous n'êtes pas appelé, [c'est comme si] vous n'avez pas travaillé. (Bénédicte, 48 ans)

On travaillait parfois une grosse partie de la nuit, il fallait de nouveau être là à midi le lendemain. Je pense que progressivement, ils ont un peu modifié tous ces horaires-là, mais on a quand même travaillé pendant quelques années, moi je trouve, avec des horaires assez lourds. (Nicole, 62 ans)

2) Stress, gardes et âge

A) STRESS DES GARDES ACCENTUÉ AVEC L'ÂGE

Le stress des gardes semble plus lourd à supporter avec l'âge. Certain-e-s infirmiers-ères demandent même de faire moins de gardes après 50 ans, car la récupération physique est plus difficile et le stress moins bien géré. On assiste à un facteur biologique presque inéluctable, mais aussi, avec l'âge, s'installe un « ras-le-bol » ou une fatigue à long terme, au fur et à mesure des années. N'oublions pas que c'est à partir de 50 ans que les travailleurs-euses ont tendance à quitter le métier (voir Figure 11, p. 119).

À 45 ans, on sent quand même une différence, mais je pense que, au plus qu'on approche des 50... Et ça j'ai vécu avec une personne ici, c'est à partir de 50 que j'ai senti encore plus la fatigue physique et le ras-le-bol chaque fois que la personne avait fait des gardes : « Encore une garde à travailler ! Je n'en peux plus ! J'espère que je pourrai récupérer ! ». Alors qu'avant c'était un petit mot « salut à demain ! ». À chaque fois, il y avait un petit mot négatif en-dessous avant de dire au revoir, il y avait euh...ça, ça m'a vraiment frappé. (Bénédicte, 48 ans)

La perspective de ne plus avoir ces gardes, c'était vraiment, vraiment un soulagement parce que, avec le temps, ça devient difficile, de la récupération, si vous travaillez tard dans la nuit, il faut un certain temps pour décompenser et pouvoir dormir et finalement vous devez de nouveau être au boulot le lendemain, arriver tôt. (Nicole, 62 ans)

B) RÉCUPÉRATION PHYSIQUE PLUS LENTE

L'âge peut jouer sur l'humeur, sur le caractère et, bien évidemment, sur les capacités physiques. La récupération d'une garde ou d'une nuit de travail ne se récupère pas de la même manière à 25 ans qu'à 55 ans.

Quand j'ai eu 56 ans, on ne récupère plus comme à 20 ans, hein. (...) Mais je trouve que, moi c'est vrai que, à mon âge, je deviens plus vite fatiguée le soir, quand j'ai eu du travail où j'ai dû courir un peu plus dans le service, ça c'est certain. Ça je le ressens. (Agnès, 56 ans)

Et puis, je dis, avec l'âge, c'est vrai que parfois quand j'y pense moi j'avais deux petits bouts, le soir on rentrait, c'était encore, je ne sais pas moi, s'il y avait du repassage, ou un petit machin à faire, faire à souper, donner leur bain, plein d'énergie. Maintenant, je rentre le soir c'est... Ah non, on n'a quand même plus vingt ans, hein ! (...) Il n'y a pas tant que ça ! Je dirais 5, 6 ans, qu'on ressent plus les différences comme ça. Une fois qu'on arrive à 50 ans. On approche de la cinquantaine, on sent qu'on n'a plus le même punch quand la journée est finie, les jambes sont plus lourdes. (...) Oui, plutôt fatigué. (...) Donc voilà... On ne récupère plus de la même façon. (Patricia, 54 ans)

Je pense qu'il arrive un certain âge où on ne peut plus être mis aux soins intensifs ! (...) A partir de 40 ans, j'entends quand même souvent ce message : « Je suis fatiguée, j'en peux plus, je commence à chercher ailleurs », [ailleurs dans] un autre service, quelque chose d'autre. (...) Je peux prendre une jeune de 24 ans, elle est fatiguée, elle va sortir, elle va s'asseoir pendant une heure à venir prendre une tasse de café, elle va repartir. Pas moi ! (...) C'est pas dans le sommeil [qu'on peut récupérer], c'est le fait de pouvoir faire certaines activités plus calmement. (Séverine, 49 ans)

Le corps épuisé ne peut plus supporter le manque de fatigue ou les douleurs récurrentes comme avant. Chaque infirmier-ère, en fonction de son caractère, de son environnement, de ses capacités physiques et mentales, réagira différemment aux affres du temps et développera des stratégies variées pour traverser les difficultés du travail.

Ce qu'y a, c'est vrai qu'avec le temps, je pense, qu'on a de plus en plus difficile à récupérer. (...) Ou plus difficile à s'endormir, ou plus difficile à se réveiller. (Jacqueline, 53 ans)

Avant je ne m'en rendais pas compte, mais maintenant je me rends compte quand même qu'en vieillissant on se fatigue plus vite et les gestes...on attrape des petites douleurs plus facilement un peu partout et que les gestes sont plus difficiles. Les mouvements répétés pour aller rechercher une perflu,

avant on le faisait sans problème mais maintenant, on sent quand même qu'on doit se baisser, quoi. Des choses comme ça, voilà. Les muscles et les articulations, il n'y a rien à faire. Même si dans la tête on est encore jeune, on se sent encore bien, le corps, euh... Enfin, je suis encore...mais, je vais dire que je sens une différence par rapport à... Avant je pouvais me baisser 10 fois d'affilée, maintenant je sais bien quand je me relève « oh ! »... Il y a des fois que ça coince. Il faut que je m'aide avec une table, avec une chaise. (...) Tout ça fait quand même qu'on fatigue plus vite. Qu'on a du mal, la douleur fatigue. (...) Vous devez rentrer, vous devez faire une petite sieste et puis voilà. (Michèle, 46 ans)

Après les nuits, malgré tout, c'est vrai que, il faut plus de temps pour récupérer ! (...) Le lundi je termine les nuits, le mardi, moi je me laisse dormir parce que je n'ai plus de petits enfants à m'occuper, donc je me laisse dormir alors je récupère beaucoup mieux. (...) Ça fait seulement un an que je ressens ça, plus de coups de pompe que je n'avais pas avant ! (Mireille, 51 ans)

Pour les femmes infirmières, la ménopause aurait un rôle-clé dans la fatigue et le manque de récupération.

Il y a aussi, ce qui ne faut pas oublier aussi, avec une femme, elle a sa ménopause et, je pense, qu'une fois que la ménopause vient, les choses, on vieillit plus vite et à mon avis, tous les soucis commencent progressivement à être là. Mais une femme elle a sa ménopause avant d'arriver à 65 ans en général, donc je pense que c'est ça qui doit être déterminant. Enfin je pense, je ne connais pas l'implication, mais je pense. Quand je vois des personnes plus âgées, pas spécialement infirmières autour de moi, je pense que c'est ça qui doit être déterminant et qui doit rendre la fin de carrière plus dure à vivre aussi ! (...) La vivre [la ménopause] et puis d'en avoir les conséquences au niveau de la santé et tout ça aussi, quoi ! C'est pas rien que de vivre dans sa tête, c'est aussi les conséquences physiques et physiologiques aussi. (Nadine, 47 ans)

Il n'y a pas que les gardes qui sont stressantes, le travail de nuit aussi, à partir d'un certain âge, est difficile à récupérer.

J'en ai d'autres, ben, qui disent que « d'un point de vue de santé je dors, mal, je récupère mal, ou je suis peut-être plus stressée ou bien... » (...) De n'importe quel âge, donc voilà. Ce n'est pas naturel de travailler la nuit, on est d'accord quand même ? Et en plus celles qui ont des enfants en bas âge ou quoi... (Vinciane, 48 ans)

C'est une relation à double sens : avec l'âge, le stress est moins vite récupéré, et si on récupère moins bien, c'est stressant. Le fait de sentir que la récupération est plus lente qu'avant peut donc stresser les infirmiers-ères ou les insécuriser.

Et puis je pense aussi que, avec l'âge, on a un peu un sentiment d'insécurité. (...) On est moins franche, je veux dire. (...) Quelque part, on se dit « non, je suis moins franche, en étant plus âgée qu'avant, malgré l'expérience ». (...) Je ne sais pas, c'est comme par exemple, on pourrait prendre...mais bon il est peut-être un peu mal choisi, une personne âgée qui a l'habitude de marcher dans des cailloux et faire de l'escalade, enfin un petit peu le clown, et puis elle a 80 ans, et à 80 ans elle se rend compte qu'elle n'est plus alerte pour marcher sur des cailloux. (...) En vieillissant, il n'y a rien à faire, on perd... (...) Même pas des réflexes non plus, je ne sais pas comment expliquer ça. Et c'est quelque chose qui chipote à l'intérieur, parce que je pense que si on va demander au médecin, il ne va rien voir, hein, c'est une sensation d'inconfort à l'intérieur. « Est-ce que je vais encore pouvoir assumer ou est-ce que je vais encore aller assez vite ? Est-ce que je vais encore courir assez vite dans le couloir pour aller chercher ça ? » (...) Je pense que si on demande aux médecins, aux chirurgiens ou aux anesthésistes, ils vont rien voir, c'est la personne en elle-même qui se sent moins sûre d'elle. (Patricia, 54 ans)

Parce que c'est vrai que parfois quand on reçoit un patient qui vient des urgences on est seul avec lui là-bas devant le dispatching. Parfois l'anesthésiste arrive un peu plus tard, et le chirurgien encore un peu plus tard. Bon, mais s'il est en train de gigoter comme un malade, et que bon une table d'opération c'est pas bien large hein, bon, il faut maintenir cette personne aussi, il y a plein de petites choses comme ça que...qu'on se dit que peut-être oui, j'aurai peut-être plus les bons réflexes au bon moment. (Patricia, 54 ans)

C. Charges physiques

Le métier infirmier est dit « lourd », que ça soit au niveau de la charge mentale et psychosociale, mais aussi au niveau physique. Cette lourdeur physique est d'autant plus difficile à vivre avec l'âge.

1) Lourdeur des appareils

Manifestement, les charges physiques au quartier opératoire sont difficiles, car les appareils ou ustensiles pèsent lourd. Il faut être en bonne santé physique pour supporter les charges de ce service.

Et bon, moi je vois, physiquement, toutes ces pièces de table, tous ces appareils ça pèse lourd et et donc je vois des infirmiers qui sont là, qui ont 56 ans qui sont là comme ça en train de soulever des boîtes. (Bénédicte, 48 ans)

C'est lourd physiquement, parce que bon il y a quand même tous les transports, il y a le matériel, où tout n'est pas toujours non plus très ergonomique dans la façon des rangements, les plateaux d'instruments qui sont lourds. On a travaillé il y a quelques années avec des plateaux qui faisaient plus de 30 kg, qu'on soulevait, qu'il fallait passer de table en table. On a un peu amélioré les choses progressivement mais on a quand même connu des années où c'était quand même physiquement assez lourd pour pouvoir courir à quatre pattes en-dessous des tables, pour disposer des pédales. (Nicole, 62 ans)

2) Longues prestations

En fonction des cas cliniques, certaines opérations peuvent durer longtemps. Quand l'infirmière de garde est rappelé-e à l'hôpital, la longueur de l'opération est évidemment impossible à prévoir. Il est donc tout à fait possible qu'un-e infirmier-ère soit rappelé-e pour une longue opération après une journée de travail normale, ce qui allonge la durée du travail et requiert une résistance particulière.

Et alors les longues prestations avec les gardes et tout ça, ça c'était aussi assez difficile. (Nicole, 62 ans)

On n'a jamais fait de nuits réellement, mais seulement on travaille parfois très tard dans la nuit (...), parfois pour terminer le travail sur place. (...) Normalement, c'est un horaire, par exemple, le midi, ou de 13h à 21h, mais 21h surtout si on était de garde, ce n'était jamais fini, quoi ! Il fallait mettre le bloc opératoire en ordre pour le lendemain euh, plus les urgences qui pouvaient s'accumuler, euh, jusque très tard dans la nuit, quoi. (Nicole, 62 ans)

Les gardes surtout parce que c'était fatigant, parce que, je vous dis, on commençait à travailler à 13h et le temps de travail était passé, mais si c'était pas fini, on continue, on continue et que parfois on était encore là tôt le matin le lendemain, c'est surtout ça. Et que il est arrivé aussi le week-end qu'on fait le samedi matin et qu'on ne rentrait pas chez soi avant le dimanche midi. (Nicole, 62 ans)

D. (Manque d')autonomie au travail

Dans l'enquête NEXT, l'indicateur du manque d'autonomie formait une courbe de Gauss quasiment parfaite. Autrement dit, la distribution des individus interrogés dans l'enquête quantitative se répartit de manière égale entre les insatisfait-e-s et les satisfait-e-s. Pourtant, dans les discours, la plainte ne réside pas dans le manque d'autonomie structurelle. Au contraire, les infirmiers-ères interrogé-e-s sont plutôt positif-ve-s quant à la marge de liberté dont ils bénéficient dans leur travail. Il est vrai, rappelons-le, que la question de l'autonomie n'a pas été posée telle quelle, et les personnes interrogées n'en ont pas parlé spontanément.

Et bien ils me laissent libre parce qu'ils me connaissent depuis tellement longtemps. Ils m'ont connu beaucoup tant que j'étais instrumentiste et en tant que responsable et donc, ils m'ont dit « voilà, on aimerait bien que ça et ça soit fait et tu gères ». (Bénédicte 48 ans)

Le sentiment d'autonomie réside également dans le fait de pouvoir décider en tout ou partie de ses horaires, quand les *desiderata* sont entendus. Nous avons déjà vu que les demandes de jours de dispense de travail sont généralement suivies, et il en est de même pour les horaires pendant l'année ou pendant les congés. C'est aussi un des avantages des horaires flexibles : avoir la possibilité de changer son horaire en fonction de ses envies et en accord avec ses collègues.

On peut même venir avec ses desiderata, d'ailleurs, c'est ce que la chef souhaite, c'est qu'on vienne, avant qu'elle ne fasse l'horaire, avec les desiderata, comme ça elle peut déjà les prendre en compte et euh...si jamais on a un contretemps, ou on a envie de changer, on peut changer entre soi avec son accord, ou alors on lui en parle et elle, elle essaie de voir un peu, quoi, voilà. (Brigitte, 46 ans)

Si on a une activité à laquelle, ou une fête de famille vraiment importante et que ça tombe le week-end où on travaille, ben, on s'arrange avec les collègues, donc on switche nos week-ends, y a aucun problème avec ça. (...) C'est elle [la chef de service] qui les fait, mais si on a des changements à faire entre nous, elle nous laisse libres. (...) Elle reçoit les desiderata de tout le monde. Comme ça, quand elle fait les horaires... C'est un peu le casse-tête pour elle. Dépiauter tous ces petits papiers. (...) Mais entre nous, c'est pas pour ça qu'on peut pas s'arranger si...on peut toujours aider une collègue qui est en difficulté avec son horaire, même pendant les grandes vacances, congés payés. (Carole, 49 ans)

Mes nuits je les fais toujours les week-ends. Donc je fais mes 4 nuits, j'ai 4 jours de repos après mes nuits, on fait plus d'heures, hein, pendant les nuits. (...) Oui oui, c'est moi qui décide. (...) Oui, toutes les nuits tombent toujours au même moment. Oui, j'ai demandé, la chef est d'accord. Il n'y a pas de problème avec l'équipe, chacun...on peut un peu choisir les moments où on veut faire des nuits, on s'entend bien, il n'y a pas de conflits, il n'y a rien. Donc tout le monde est content. (...) Ici les nuits ça se passe vraiment bien il n'y a jamais de conflits. (Michèle, 46 ans)

L'autonomie, en quelque sorte, est en grande partie donnée par le ou la chef de service en respectant les *desiderata* de chacun-e. Il est évident, pour les chefs de service, que si la demande est entendue, l'infirmier-ère sera plus motivé-e pour venir travailler. Ce don d'autonomie est quelque part stratégique. Pour certains chefs, faire les horaires s'assimile presque à une sorte de jeu, comme un sudoku ou un casse-tête.

Comme je fais l'horaire, comme c'est encore une petite équipe, parce qu'on est une petite vingtaine, on essaie d'être encore assez familial et de respecter les desiderata. Donc si certains ont des activités sportives, ou des choses comme ça, ils me disent « Patricia, ne me mets pas de tards, tel ou tel jour », par exemple, donc je dis dans les limites du possible, on essaie de respecter les desiderata. (Patricia, 54 ans)

Je tiens compte des desiderata, c'est vrai que je suis relativement mathématique et j'aurais tendance à comparer, de faire l'horaire un sudoku de force moyen. C'est pas terrible, c'est vraiment pas terrible. (...) Moi c'est vraiment presque anecdotique dans ma fonction de chef, l'horaire. (Séverine, 49 ans)

Non, c'est ça, j'ai des feuilles, pouff [à n'en plus finir]...j'essaie de faire plaisir, parce que je me dis, si on n'est pas satisfaite de son horaire, on râle sur tout, et ça ne va pas, et on critique ci, on critique ça, je trouve que c'est quand même quelque chose d'essentiel. Et je me dis que si je n'essaie pas d'arranger les bidons, ça va pas, quoi. (...) J'essaie d'être équitable tout en étant possible. Maintenant celle qui commence à vouloir refaire un desiderata le week-end, combien de fois je dis « ne m'embêtez pas, essayez de changer entre vous », parce qu'automatiquement je vais pénaliser la collègue qui va en faire 3. Mais je peux comprendre, s'il y a un mariage, une communion, donc là aussi j'essaie, (...) mais je ne peux pas le faire tout le temps, quoi. (...) J'essaie, la preuve, j'ai un cahier de desiderata, donc (...) voilà, elles mettent leurs desiderata, mais il faut rester correct. Il y en a une qui me demande tous les mercredis ? Mais je dis oui, mais quelque part, ça me fait 4 desiderata, donc je veux faire plaisir, mais 4 fois, je me dis c'est difficile, parce que... Il faut être équitable, je ne peux pas mettre à la même tout le temps le mercredi après-midi. (...) C'est vrai que parfois c'est pas évident. Aujourd'hui, c'est le casse-tête. (Vinciane, 48 ans)

E. Intensification des charges techniques et médicales

Au niveau scientifique, l'intensification des charges est indéniable, qu'il s'agisse de traitements plus pointus, de matériel plus technique ou de formation continue. Sans cesse il faut s'adapter à ces changements, car ils sont faits pour améliorer le soin ou le bien-être des patient-e-s.

Et bien ce n'est pas une question d'âge non plus, parce que c'est beaucoup plus ambigu que ça. La charge de travail augmente ! J'en parle autour de moi, que même les jeunes collègues n'en peuvent plus, on sort tous à un certain moment épuisé du travail, donc il y a une part de l'âge, mais ça je mettrais plus sur la récupération. L'âge me pénalise plus en récupération qu'en fatigue. En fatigue, je trouve que la fatigue elle est là. Elle est là pour tout le monde. (Séverine, 49 ans)

L'évolution de la médecine fait progressivement reculer l'espérance de vie : en 2017, en Belgique, elle était de 81,4 ans (79 ans pour les hommes et 83,7 ans pour les femmes) alors qu'en 1997, elle était de 77,41 ans (74,15 ans pour les hommes et 80,57 ans pour les femmes)⁹⁰. On assiste alors à une population vieillissant plus tard, cumulant plusieurs pathologies.

- C'est lourd physiquement parce que on a trop de patients, c'est des pathologies de plus en plus lourdes, c'est des personnes âgées, hein, c'est difficile.

- C'est des pathologies plus lourdes qu'avant ?

- Ben des pluripathologies, c'est ça que je veux dire. La population vieillit, les gens vieillissent, ils ont plusieurs maladies en même temps, c'est lourd, quoi. Donc quelque part est-ce qu'ils sont bien dans le service pneumo ? Ils devraient être dans un service où il y a plusieurs... Et bien je pense que ce serait mieux de faire juste gériatrie un petit peu partout. Mais quand ils ont une pneumonie, ils ont quand même une pluripathologie donc il faut quand même les suivre. (...) On a quand même pas mal de personnes âgées, (...) et puis on n'est pas beaucoup de personnel, hein. (...) Avant, quand moi j'ai commencé à travailler, quand quelqu'un se faisait opérer, je ne sais pas moi, on n'avait pas de gros trucs, quoi, mais maintenant c'est plus important à gérer. (Sylvie, 50 ans)

1) S'adapter à des techniques plus adaptées

Se tenir au courant et s'adapter aux nouveautés techniques a toujours été difficile, vu que les avancées médicales ne cessent d'évoluer et sont nombreuses.

Mais c'est bien, moi je trouve que la science a fait d'énormes énormes énormes progrès, mais alors c'est plus lourd pour le travail des infirmiers, quoi. (Denise, 51 ans)

Dans un bloc opératoire, oui, et dans une unité médicotechnique, oui ! (...) Il y a des changements de matériel tous les jours, (...) mais parfois ce sont des petits changements, parfois ce sont des changements importants des instruments, des trucs de base et si on ne le sait pas et bien votre prochaine garde, vous faites et vous n'êtes pas au courant qu'il y a une nouvelle boîte, vous cherchez du matériel, c'est des choses quand même importantes, importantes et quand vous êtes absente, même que quelqu'un est malade ou quelqu'un est absente pour 3 semaines de congé, mais quand ils reviennent, ben, ils doivent répondre... (...) C'est, par exemple, des boîtes comme vous voyez là, des boîtes plein d'instruments qu'il faut préparer pour un type d'intervention (...). Parfois il y a des nouvelles techniques, il faut savoir qu'il faut mettre ça... Oui je pense qu'il faut faire un effort pour continuer à accepter... (...) Il y a des formations et des cours, il y a un briefing tous les matins mais alors il y a un carnet où... Bref, les changements sont notés mais parfois quand on lit, on ne dérange pas la personne avant de dire « ça j'ai pas compris faut réexpliquer » ! (Bénédicte, 48 ans)

Et puis c'est quand même un peu bio technique aussi, hein, ils utilisent des colonnes vidéo, donc tous ces petits appareils parfois en fonction des spécialités, ils n'ont pas pris les mêmes firmes. Si encore c'était tout pour tout le monde la même chose, ce serait 100 fois plus facile, on pousserait toujours sur le même bouton, mais ici ils ont pris chacun à des firmes différentes, à peu près quoi. (Patricia, 54 ans)

⁹⁰ <http://statbel.fgov.be> (site consulté en janvier 2019).

Au quartier opératoire, par exemple, les nouveautés techniques sont légion et il est ardu de rester au courant de toutes les nouveautés, d'autant plus quand on travaille à temps partiel. L'adaptation à ces nouveautés, quand on travaille à temps partiel, double la difficulté, car il faut rattraper le « temps perdu ». Rappelons ici qu'une grosse majorité du personnel infirmier est féminin et que les femmes choisissent plutôt des temps partiels, pour une meilleure conciliation avec leur vie de famille.

Ici dans le quartier opératoire, (...) quand on a déjà un temps partiel et qu'on prend la dispensation en heures, elles n'arrivent plus techniquement à suivre. (Bénédicte, 48 ans)

Elles n'arrivent plus à suivre l'évolution des techniques du matériel, ça change beaucoup trop. (...) C'est la mise au courant des nouvelles techniques, du nouveau matériel, ça change beaucoup trop vite. (...) Et comme, normalement, elles travaillent 2 jours ½ par semaine, si là-dedans elles prennent encore ½ jour, il ne leur reste que 2 jours avec un peu de congé, et elles n'arrivent plus à assumer. Et donc là, elles ne se sentent plus bien parce que on voit très bien que tout le monde les considère comme quelqu'un qui n'est plus trop au courant... (Bénédicte, 48 ans)

Il faut essayer de vous imaginer quelqu'un qui travaille 2 jours ½ par semaine, qui a encore droit, qui a, par exemple, 56 ans, qui a droit à 3 demi-journées [de dispense de travail] par mois, ça fait plus que 2 jours par semaine plus encore ses congés légaux, là, ça devient, ça devient un peu... Ils peuvent toujours, hein, mais ici au bloc les gens qui étaient dans la situation n'ont pas osé, ils trouvaient qu'ils avaient déjà assez difficile pour rester au courant de tout. (...) Dans d'autres services c'est moins technique. (Bénédicte, 48 ans)

Pourtant, certaines charges sont pensées et construites pour justement alléger le travail infirmier, comme des lits plus faciles à manipuler, par exemple.

Et puis maintenant on a des nouveaux lits, donc maintenant on sait quand même plus... (...) puis, ils montent et descendent, c'est manuel quoi ! (Mireille, 51 ans)

C'est aussi possible de ne pas dramatiser toutes ces nouveautés et de considérer l'apprentissage de nouvelles techniques minime par rapport à l'expérience déjà acquise, notamment vis-à-vis des infirmiers-ères plus âgé-e-s éventuellement réfractaires par rapport aux changements dans leur pratique quotidienne.

C'est plus facile, parce que je leur dis souvent, vous, vous avez une chose à apprendre, vous avez déjà toute l'immensité qui est acquise, vous avez juste une nouvelle machine à acquérir ou une nouvelle technique, mais c'est peu de chose et ça, ça va. (Séverine, 49 ans)

2) Quelles techniques ?

Les traitements administrés sont plus nombreux et plus fréquents, notamment au niveau des injections intraveineuses.

- Et puis la charge de travail devient de plus en plus importante aussi dans les hôpitaux. Les traitements deviennent de plus en plus lourds. Par rapport à quand j'ai commencé, c'était pas du tout la même vie. (...) Au niveau déjà des injections, quand j'ai commencé, on avait quelques antibiotiques à faire aux gens, il y a de temps en temps des personnes qui avaient des perfusions. Maintenant ils ont (...) tous des perfusions, ils ont tous des médicaments en intraveineuse. Donc la nuit, le jour, on travaille 24h sur 24. C'est 24h sur 24.

- On donne plus qu'avant alors ?

- Oui, beaucoup, toutes les perf qu'on a ! (...) Il y a beaucoup plus de travail au niveau des injections des produits, c'est beaucoup plus varié, il faut quand même (...) connaître ! Il faut connaître les produits qu'on injecte. (...) Dès qu'on a un nouveau médicament, on l'explique et puis il y a quand même toujours la notice avec, et s'il y a le moindre doute on regarde la notice et si c'est des produits particuliers avec une surveillance particulière, on a des feuilles...on a quand même des fardes avec les notices de soins et tout ça. (...) Ça évolue tout le temps." (Michèle, 46 ans)

C'est également le cas pour les pousse seringues, plus nombreux et plus fréquemment utilisés, puis les respirateurs et les techniques de dialyse.

Il y a plus de patients sous pousse seringues, par exemple. Au début de ma carrière, (...) quand un patient a plus de 6 pousse seringues sa vie est compromise. (...) Maintenant (...) on en a 2, pour l'instant, et ils sont à 14. [Un pousse seringue] ce sont des drogues qu'on donne de manière continue à une dose bien précise, 2, 3 ml par heure, selon l'état du patient. (...) Nos patients simples en ont 4 et ce sont des patients simples. Donc, il n'y a plus de commune mesure entre le patient d'il y a 20 ans et celui de maintenant. (...) Les respirateurs, tout ce qui est technique. On affine les techniques et les techniques d'épuration extra-rénale, donc la dialyse. La dialyse, soit on passait par une machine de dialyse, soit on n'en n'avait pas. Maintenant on a une machine de dialyse qui fait ça en continu, évidemment que ce sont les infirmières aux soins intensifs qui les prennent en charge. Il y a la machine, il y a toutes les interférences avec les laboratoires, il y a plein de choses qui bougent. Donc il n'y a pas que la machine en soi mais il y a la surveillance qui s'alourdit et toutes les contreparties, tous les contrôles qu'il faut faire. (Séverine, 49 ans)

Il ne s'agit pas seulement de techniques matérielles, dans les progrès scientifiques, mais aussi de techniques relationnelles et sociales, pour améliorer le bien-être des patient-e-s, et/ou de sa famille.

On est plus vigilant aussi au bien-être des gens, à la satisfaction des familles, on se rencontre. Il y a eu suffisamment d'études qui ont montré qu'au passage d'un être cher, c'est extrêmement douloureux, déstabilisant même, pour quelqu'un qui va bien, pour qu'on essaie de faciliter ça. (...) Donc on est beaucoup plus à l'écoute, malheureusement on prend aussi sur notre temps. Comme, par exemple, on a discuté très longtemps des plateaux d'heures de visite, aux soins intensifs. On est tout d'abord parti sur des visites toute la journée, ils viennent quand ils veulent. Malheureusement, c'est pas gérable, donc on a dû faire machine arrière, mais on a réfléchi : « eh bien, tiens, quel est le moment le plus importun ou le plus opportun ? » Et on est tombé sur un accord pour le matin, par exemple, de dire 13h-13h30, parce que nous avons un creux, mais nous avons sacrifié notre temps de table, par exemple. Les infirmières du matin ne mangent plus avant 15h, parce que ce petit trop qu'on avait dans notre organisation, on les place en disponibilité de famille. (Séverine, 49 ans)

3) Formation continuellement continue

La formation initiale en soins infirmiers ne suffit pas à rester à la page tout au long d'une carrière. De nombreuses offres de formations continues sont proposées par plusieurs organismes, comme le CPSI⁹¹, les Hautes écoles ou encore les universités. Celles-ci peuvent alors être choisies à l'initiative personnelle de l'infirmier-ère ou à l'incitation d'un service hospitalier, voire d'une direction de nursing. Comme dans de nombreux autres métiers, il semble évident et nécessaire de continuer à se former tout au long de la carrière.

Faut que les infirmières se forment, il ne faut pas qu'on reste avec nos études de voilà 30 ans et qu'on dise « c'était comme ça de mon temps, on va faire la... », non, il faut rester ouvert sur les études, aller voir ailleurs ce qui se passe, se faire nos, mais on n'a vraiment pas le temps, bête, bête, bête. (Denise, 51 ans)

Il faut aussi se former un peu, il faut continuer à suivre des formations, aller à des conférences... (...) [L'hôpital propose] souvent des informations où l'on peut venir. (...) On a des jours de formation, on peut choisir des formations et la clinique prend à sa charge le coût. (Michèle, 46 ans)

On est obligé d'avoir 2 formations par an pour garder notre titre en plus. (...) C'est une obligation ministérielle et c'est à nous à voir les congrès que l'un ou l'autre hôpital organise pour lequel il faut rendre des papiers pour avoir la reconnaissance lors de formation, mais ou sinon c'est à chaque agent de chercher un petit peu la formation qui l'intéresse. (...) Moi je centralise les demandes de toute façon parce qu'il faut que je voie qui les suit, qui ne les suit pas, et par contre, mais ça c'est à un autre niveau,

⁹¹ Centre de formation pour les secteurs infirmier et de santé.

on essaie de manière mais moins régulière d'avoir des formations plus ciblées suivant ce que l'équipe demande. Alors là, l'équipe me dit « ça fait longtemps, on ne comprend plus bien, si tu veux, on ne pourrait pas avoir une formation ? » Et à ce moment-là, c'est moi qui l'organise et ce n'est qu'en interne. (...) C'est quelqu'un de nous, ça dépend, soit c'est un médecin, soit c'est quelqu'un, la personne compétente qui le donne. Au mieux ou au pire, ça dépend un peu parce que c'est aussi une seule facette, un commercial d'une firme, si c'est pour un...comment fonctionne une machine, et bien je demande à la firme d'envoyer quelqu'un. (Séverine, 49 ans)

Pourtant, en soins infirmiers, les nouveautés sont tellement nombreuses et fréquentes qu'il est ardu d'en rester constamment au courant. C'est d'autant plus le cas pour les personnes travaillant à temps partiel : même si elles travaillent moins que les autres, leur temps de formation continue est censé être identique à celui de leurs collègues travaillant à temps plein. La pression de devoir rester perpétuellement informé et formé peut engendrer un sentiment désagréable d'être toujours à la traîne.

Une formation, mais bon je n'ai pas envie de formations tout le temps non plus hein ! Oh là là, non ! (...) Je crois qu'on est déjà bien formé ! (...) De toute façon, dès qu'il y a une infirmière pédiatrique qui arrive, on la forme. (Mireille, 51 ans)

Former les nouveaux-elles arrivé-e-s prend aussi beaucoup de temps. Certaines personnes interrogées se plaignent alors de la formation initiale qui n'est finalement plus assez poussée et qui force alors une transmission de la part des collègues plus expérimenté-e-s, alors que l'idéal serait d'engager quelqu'un d'opérationnel tout de suite. L'intensification des tâches et des techniques devrait davantage s'enseigner dans la formation de base.

Je pense qu'il y a une méconnaissance du bloc du travail d'infirmière. On ne fait plus de stage en salle d'opération. (...) C'est un stage à option. Donc, elles ne connaissent pas, elles sont là, elles sont lâchées dans la nature. (...) Et je crois qu'il faut le faire en cours d'études parce que quand on doit former les filles, elles sont engagées donc elles doivent être rentables, donc très vite, elles ont abandonné. (Pascale, 56 ans)

Dans les études, dans nos études, on n'a pas des cours très très développés sur tout ce qui est plus spécialités, quoi. On a des règles générales, souvent c'est des cours qu'on a pris à la main, c'est même pas des syllabus, donc c'est vrai que c'est un peu effrayant. (...) On avait des stages mais bon, est-ce que 15 jours de stage ça peut donner vraiment une idée ? Pas toujours, hein ! (Patricia, 54 ans)

Aux soins intensifs, ce qui est particulier c'est que (...) pendant le tout premier mois on est doublé, donc il y a toujours une infirmière qui travaille avec vous. Le second mois, on travaille tout seul. On va d'abord prendre les cas légers, le nouveau se dit « ah bien tiens ça va, je m'en sors plus ou moins bien », c'est bon, on va augmenter la difficulté, on va lui confier des patients plus lourds, de nouveau ce sentiment d'incompétence, et ça jusque 6 mois et c'est assez dur psychologiquement parlant de tenir en se disant pendant 6 mois on est toujours aussi nul, on est toujours aussi incompetent. De passer de ce niveau d'expertise très relatif au fait qu'on augmente la difficulté, et ils se sentent de nouveau complètement dépassés. Donc, il y en a pas mal qui abandonnent avant l'année, on va dire, dans les 6 mois, dans l'année, parce c'était vraiment trop ingrat. (Séverine, 49 ans)

La charge de travail surprend aussi les plus jeunes et montre un décalage entre la formation initiale et la pratique infirmière. Par exemple, comme il n'y a plus de stages en bloc opératoire, il faut former les plus jeunes « sur le tas », ce qui se fait dans le stress, car ils-elles ne sont plus stagiaires mais employé-e-s rémunéré-e-s, *a fortiori* rentables. Le décalage provoque plus de découragements et donc d'abandons du métier dans les premières années de service.

Les études d'infirmières, comme on les a pensées maintenant, ne nous aident pas. Beaucoup d'infirmières arrivent en fin de cursus, elles ont leur diplôme, elles travaillent et à ce moment-là, elles sont confrontées aux réalités de terrain. Ça fait 28 ans que je travaille, elles ne m'ont jamais fatiguée. Il y en a qui ne se rendent pas compte dans quoi elles s'engagent en faisant les études d'infirmières qui ont été réformées il y a quelque temps. Il y a un décalage entre le terrain et les études. On a absolument voulu aligner les études d'infirmières sur les études supérieures pour des tas de raisons, et je trouve que c'est une erreur. Il ne faut pas non plus retourner comme à une époque où finalement les

études infirmières étaient vraiment très pénibles parce qu'on croulait sous les heures de stage, des rapports, etc., mais un peu plus de terrain plus tôt dans le cursus, ce serait quand même bien pour qu'elles se rendent compte très tôt que peut-être elles se trompent. On ne fait pas un métier comme les autres, ça demande beaucoup d'investissement personnel, même si c'est naturel chez beaucoup de gens, ce n'est pas qu'une sécurité d'emploi. Je pense qu'on leur ment pendant trois ans, à part ceux qui ont des parents dans le milieu. Il y a des gens qui ne savent toujours pas ce qu'ils veulent faire le 1^{er} septembre, puis il y a beaucoup de théorie en 1^{ère}, 2^{ème}, les stages sont en majorité donnés en 3^{ème}, c'est déjà tard. (MAG 5)

L'offre de formation continue est relativement grande, sauf en ce qui concerne l'informatique. À l'heure de l'ère numérique, il semble évident que tout un chacun pourrait s'approprier aisément l'utilisation d'un logiciel informatique d'encodage des actes infirmiers, par exemple. Or dans les générations plus anciennes, la familiarisation informatique est devenue nécessaire plutôt sur la fin de leur carrière, d'où une certaine réticence à s'y adapter de manière autonome. Là où les plus jeunes sont plus à l'aise pour s'adapter rapidement à une nouvelle interface ou un encodage informatique, les plus âgé-e-s doivent dépenser plus de temps et d'énergie.

Déjà dans ceux de mon âge, ce qui embête très très fort les personnes plus âgées, je trouve, c'est l'informatique, parce qu'on n'a pas fait nos études d'infirmière pour suivre de l'informatique. (...) On n'a pas été baigné là-dedans. C'est vrai que mes deux filles il ne faut jamais rien expliquer, tout est parti comme ça, le mari est informaticien, d'office la plus bête à la maison c'est moi. (Patricia, 54 ans)

2. Homo faber nouveau : nouvelles intensifications des charges

Les avancées managériales et économiques ont transformé l'hôpital au fil du temps et le transforment encore à l'heure actuelle. Ces facteurs peuvent en eux-mêmes amener du malaise professionnel, mais c'est surtout dans la difficile adaptation constante à ces changements que le malaise peut intervenir. Les facteurs constitutifs du métier infirmier, même s'ils adoptent des formes d'expression nouvelles, nous venons de le voir, demeurent quasiment identiques dans le temps. Les facteurs institutionnels hospitaliers, par contre, ne sont pas atemporels. L'organisation hospitalière a fortement évolué au fil du temps : d'hospice religieux en charge de maintenir l'ordre social au XIX^{ème} siècle, l'hôpital est presque devenu une entreprise cherchant à maximiser ses profits pour garantir plus de confort aux patient-e-s et des soins de plus en plus pointus. L'infirmier-ère hospitalier-ère doit s'adapter aux changements managériaux de son institution, ce qui augmente la charge de travail au quotidien.

Dans les discours des infirmiers-ères interrogé-e-s, deux grands changements reviennent sans cesse : la recrudescence des tâches administratives et le changement de mentalité des patient-e-s entraînant plus de travail.

A. Intensification des charges administratives et managériales

Depuis plusieurs années, de nouvelles tâches surgissent dans le paysage professionnel infirmier, ce qui engendre une restructuration du métier. En effet, noter de plus en plus précisément ses actes ou tous les médicaments administrés devient notamment une des tâches supplémentaires à réaliser dans le temps de travail imparti ; ce qui laisse forcément moins de temps pour les autres tâches. Aussi, dans une visée de restriction budgétaire et de meilleur management, les hôpitaux réduisent les temps d'hospitalisation. Les tâches infirmières sont alors inévitablement cantonnées à des soins plus aigus, ce qui requiert plus de technicité et moins de temps passé à la convalescence et l'accompagnement. Dans la même visée, les soins de jour se multiplient, évitant les hospitalisations. Ces tâches plus administratives et plus pointues génèrent davantage de stress dans la pratique infirmière au quotidien. Insérer plus de tâches administratives chronophages dans son planning et traiter plus de cas médicaux graves intensifient donc le

stress. Le temps de la relation au patient, drastiquement diminué, doit donc être géré autrement, et le sens du *care* doit être redéfini sans cesse. C'est donc principalement ici que le sens du *care* se perd dans des actes plus courts, plus urgents et plus techniques.

1) RHM et manque de reconnaissance institutionnelle

La notification de certaines tâches existait déjà dans les années 1980 en Belgique, avec le RIM (Résumé infirmier minimum). Elle s'est ensuite intensifiée à partir de l'année 2000. En 2008, c'est le RHM (Résumé Hospitalier Minimum) qui enregistre des informations administratives, médicales et infirmières.

Le ministère demande un dossier infirmier hyper complet, c'est même lourd, lourd, au point de vue administratif pour les infirmières, euh, on doit par exemple noter ce qu'on fait comme médicament, c'est, c'est un peu bête pour finir, mais par exemple, les médicaments doivent être entièrement notés, du style, allez je vais dire, euh, Augmentin 250 milligrammes, ben, on doit mettre 250 mg égalent [code], il faut que, au ministère, on fasse décoder la charge de travail et elle est aussi bien décodée par des gens qui ont fait des études d'informatique, quoi, enfin, je veux dire, euh, donc il faut que l'on note vraiment à fond comment le médicament se présente, quelle ampoule, quel...[sourir] On a beaucoup de choses à noter, euh, c'est incroyable. C'est incroyable. Donc, on doit noter comment on le dilue, euh, la date à laquelle on l'administre, euh, bien sûr la fréquence, enfin, mais tout doit être noté (...) parce que au point de vue du ministère ça doit être correctement rempli, donc les filles ont déjà pas mal de choses à faire, alors, si en plus, alors moi, ben, je dois, je suis un peu responsable de la bonne notification de tout. Au niveau des soins également maintenant, tout est scindé, on doit savoir par exemple lors d'une toilette, si on a entièrement lavé l'enfant, si on lui a lavé que le siège et les jambes, si on n'a fait qu'un soutien logistique auprès de la famille, c'est-à-dire installer l'enfant près de l'évier et donner du savon. (...) Maintenant tout est noté, bon, aide logistique, aide partielle, aide totale, et ci et là, mais alors on coche et on doit parapher, oui, on doit parapher. Et alors, tout ça c'est pour les enregistrements du RIM, du résumé infirmier minimum, et au départ le RIM, pour nous, ne nous semblait pas complet, mais maintenant Dieu sait, ils l'ont complété et ça devient, c'est très lourd de tout cocher et quand quelque chose sort de la programmation, on doit aller sur une feuille complémentaire noter pourquoi on n'a pas agi comme on avait pensé le faire parce que, euh, on l'a pas fait, on n'a fait qu'une toilette succincte parce que l'enfant n'était pas bien, avait présenté beaucoup de température... (...) Les filles cochent et moi je suis responsable de dire « tiens, c'est vrai au fait, euh », enfin, je dois corriger, je vais dire « écoute, non, si tu as agi comme ça, c'est pas là que tu dois cocher, c'est là ». Donc, on a dû assister à beaucoup de réunions pour, on a dû, pffflà, ça a duré longtemps, enfin, pour bien bien cibler le dossier qui nous concernait chez nous en pédiatrie, pour bien noter pour que les, et puis alors faire des réunions, organiser des réunions d'information, et tout ça. (Denise, 51 ans)

De plus, si les infirmiers-ères désirent préserver la relation au patient, ils-elles doivent alors consacrer du temps supplémentaire pour s'assurer de la bonne notification de leurs actes. Cette intensification des tâches peut aussi être ressentie comme une forme de contrôle ou de surveillance du travail infirmier, et donc devenir une forme de non-reconnaissance institutionnelle ou même fédérale.

Et puis ce qu'il y a c'est les fameux dossiers infirmiers. (...) Donc toutes les infirmières doivent... Et on va encore avoir une formation, je ne sais pas quand, encore des paperasses, des paperasses, de toute façon toutes les infirmières de toutes les cliniques de la Belgique. Il y a déjà eu des manifestations, on n'a plus le temps de parler avec les parents ! Je ne sais pas ce que le gouvernement pense de ça mais s'ils avaient leurs enfants qui étaient hospitalisés, c'est à ce moment qu'ils le verraient ! (Mireille, 51 ans)

Et puis on a le RIM, le fameux RIM, ça vous devez être au courant, le « Résumé Infirmier Minimum », c'est-à-dire que tous les deux mois pendant 15 jours on doit remplir le dossier, et ce dossier est évalué pour savoir quels sont les actes qu'on a faits, et à la fin de l'année on tire au sort 3, 4 petits dossiers, et on dit « voilà vous avez autant d'argent parce que vous avez fait autant d'actes, autant de ceci ». Donc à ce moment, le RIM doit être bien rempli, on doit avoir toutes nos saturations, ça devrait être comme

ça tous les jours mais on n'a pas le temps. [Ça prend plus de temps] mais, ça doit être fait. L'administratif nous prend beaucoup. (...) Parce que noter prend du temps. Tout ce que vous notez, vous ne le consacrez pas à regarder vos patients, à parler un peu avec lui. Quand on a 27 patients sur une journée et que vous donnez tout ce que vous avez fait. Qu'est-ce que je fais, moi, je parle et tout ça et le soir je remplis les détails et tout ça. (...) Ou sinon le lendemain on oublie, puis les patients sont d'un jour. Mais donc ça je dirais que c'est une contrainte. (Pascale, 56 ans)

L'informatisation a automatisé cette formalisation, désirant alléger les tâches, mais l'alourdisant aussi pour certain-e-s infirmiers-ères. Si l'on n'est pas habitué à l'informatique, y devoir s'y plier requiert indubitablement plus de temps.

La seule chose qu'il y a c'est qu'ici c'est 100 fois trop lent. Et alors on s'énerve. (...) Ben oui, parce que maintenant on doit rentrer le...on doit rentrer le...parce que c'est légal cette histoire maintenant le RIM, donc en fait on doit pouvoir avoir la trace du patient partout où il est. Donc il est inscrit dans mon agenda et on doit remplir son heure d'entrée en salle puisque maintenant ils envisagent même de faire ton admission au dispatching, le temps d'attente, et puis quand il vient en salle d'op et maintenant on ne doit déjà plus marquer l'heure de fin parce qu'on se rend compte que nous à la fin on a autre chose que de vite sauter sur la souris et de faire ça et alors on sait très bien que si il est noté en salle de réveil ou en réa, c'est parce qu'il a quitté la salle d'op 5 minutes plus tôt, quoi, donc, ils font le lien comme ça. (...) Disons que si le PC était un peu plus rapide et si il ne déconnait pas régulièrement ça devrait aller. Mais ici parfois on fait une bête manipulation et puis alors, je ne sais pas comment on doit appeler ça, il déroule plein de menus, et alors évidemment comme il est déjà très lent il faut réeffacer toutes ces fenêtres. Tout d'un coup il a eu...il n'y a pas que nous les infirmières, les médecins disent ça aussi, hein. (...) Oui, ce sont des problèmes techniques. Et alors forcément on s'énerve et puis ça ne va pas et alors tant pis on laisse tomber, hein. Non mais des formations on n'en n'a jamais eu, jamais eu. On apprend ça comme ça, un petit peu de l'un à l'autre mais tout est une question de temps. (Patricia, 54 ans)

Le fait de devoir tout noter intensifie le stress et la sensation d'être surveillé-e dans tous ses actes.

Quand je suis dans une unité de soins, quand je fais des soins, je suis stressée, je suis stressée de devoir marquer ce que j'ai fait, pas de ce que j'ai fait, mais de marquer ce que j'ai fait, parce que si je ne l'ai pas marqué, ça pourrait se retourner contre moi. Donc, des preuves, des preuves, toujours des preuves. On ne nous croit plus. Notre parole n'a pas... Si vous avez marqué... Même si vous avez marqué que la patiente avait 12/6, « vous n'avez pas pris la tension », c'est marqué ! Pas marqué. (...) Pas besoin de surveillance, moi, je connais, je sais ça par cœur, enfin, pas par cœur mais je vois les patients, je sens, mais je dois toujours marquer dans le dossier, avant je ne marquais pas toujours dans le dossier, et ma chef de service m'a dit « écoute, si un jour il y a un problème, tu n'as pas marqué. Tu l'as fait, je l'ai vu, mais tu l'as pas marqué donc ça va se retourner contre toi, il n'y aura pas de preuves que tu l'as fait ». (Pascale, 56 ans)

2) Hospitalisations plus courtes et soins plus aigus

Le milieu hospitalier ne traite principalement plus que les soins aigus, ce qui réduit donc le temps d'hospitalisation et provoque une augmentation des soins pré ou postopératoires. Les patient-e-s doivent revenir pour des soins de jour, donc les infirmiers-ères doivent gérer les hospitalisations existantes, avec les soins de jours multipliés.

Alors on a tout le temps des hospitalisations pour des observations de 24h, euh, qui augmentent la charge de travail. On a un gros turnover [de patients], je vais dire, à la limite, un gros turnover, et ça c'est lourd, parce que voilà plusieurs années, au début où je travaillais, on avait des hospitalisations de 5, 6 jours, on en avait aussi parfois de 24h mais la plupart du temps, c'est de 5, 6 jours. (...) Maintenant c'est beaucoup des petites hospitalisations, alors le turnover est important, parce que les gens arrivent ici affolés parfois pour pas grand-chose et puis, dans les douze heures, puis tout d'un coup le petit va mieux, « on ne va pas quand même pas nous garder encore douze heures, hein ! Ça va mieux, on va... ». L'angoisse est redescendue alors ils veulent retourner, mais c'est inimaginable, hein, inimaginable. (...) Oui, alors, on a beaucoup les brûlés, c'est la même chose, euh, avant on les gardait tout le temps jusqu'à ce qu'ils étaient guéris. Maintenant, on les garde 3, 4 jours, quand y a pas de

situation de crise, ou bien elle est finie et bien ils reviennent pour leurs pansements, mais alors quand ils étaient hospitalisés, ben, on refait le pansement quand ça nous arrangeait dans notre temps de travail (...). On a un plus grand turnover et la charge de travail est plus lourde au point de vue de euh, de tout ça, enfin. (Denise, 51 ans)

Avant, c'est vrai qu'on restait hospitalisé, pour une appendicite, on restait 8 jours, maintenant on reste 3 jours, hein, on fait beaucoup de, les hernies inguinales, ben c'est vrai que maintenant on les fait en hôpital de jour. Il faut aller avec son temps. (Denise, 51 ans)

Je trouve que notre charge de travail a beaucoup augmenté parce que on a aussi beaucoup les externes qui viennent se greffer, maintenant, euh, allez, quand un enfant avait une maladie de Lyme, par exemple, ben ça, ça doit, des injections pendant trois semaines, pendant trois semaines, et bien, maintenant ben on garde l'enfant 5 jours, et les 15 autres jours, et bien il revient en externe pour l'injection. Alors, on a nos hospitalisés plus les externes, et il faut brancher l'injection, surveiller, ah ben, la recharger de côté puis la remettre, mais en attendant on n'a re-rempli nos autres chambres, et enfin, c'est, c'est, la charge de travail a augmenté. (...) Le ministère, enfin, la santé publique demande ça aussi, hein, parce que je vois ici à la maternité, euh, les mamans, euh, ben, maintenant ils sont financés pour trois jours d'hospitalisation. Après ça... (Denise, 51 ans)

L'urgence des soins et leur technicité accrue change donc considérablement la relation de soin et le rapport humain entre soignant-e-s et patient-e-s. Pour ces derniers-ères aussi, le nombre de jours d'hospitalisation remboursés par les mutualités est réduit. C'est aussi dans ce cadre que l'autonomie des soignant-e-s est restreinte. En effet, quand les patient-e-s restaient quelques jours, l'organisation des soins était relativement plus flexible. À l'heure actuelle, les soignant-e-s sont tributaires du peu d'heures attribuées à l'hospitalisation pour effectuer tous les soins. La contrainte en temps limite la marge de manœuvre que les infirmiers-ères pouvaient encore s'octroyer.

La charge de travail (...) c'est dû au métier. Je pense. Donc le soin devient de plus en plus lourd dans les autres services. Donc le malade reste beaucoup moins longtemps donc, les jours qu'ils sont là, ils ont vraiment besoin de soins, très lourds. En gériatrie, ce sont souvent des soins très lourds, même si ce sont des malades chroniques, c'est une autre façon de travailler mais physiquement c'est très lourd aussi. (Jean, 48 ans)

Les personnes restent moins longtemps en clinique. Donc c'est toujours des nouveaux, fort malades qui arrivent et dès qu'ils vont un petit mieux, ils partent. Avant, on gardait les gens un peu plus longtemps en clinique. Les personnes âgées, des fois, elles restaient 2, 3 mois. Elles n'allaient pas à la toilette, donc c'était toujours beaucoup de soins, c'était toujours des soins aigus. (Michèle, 46 ans)

La complexité des patients est beaucoup plus aiguë, donc on ne peut pas... Avant, au début de ma carrière, je m'occupais de 3 patients, il y avait un patient léger, un patient moyen et un aigu. Ça va plus ou moins. Maintenant le patient léger n'existe plus. Il n'y en a plus, ils sont dehors ou ils sont dans d'autres unités mais dès qu'ils vont mieux, ils nous quittent, donc on a des patients aigus et des patients moyens+, donc ce qui veut dire qu'on a 3 patients, on n'a toujours pas plus de patients à prendre en charge, pas du tout, mais l'implication, leur degré de dépendance par rapport à nous est plus élevée, et donc on ne peut pas se permettre d'aller les voir une fois par pause. Il y a des choses, il y a l'appareillage, on a beaucoup plus de technicité qui sonne, qui nous oblige à y aller donc on a des interférences tout le temps et donc c'est ça la charge de travail, on doit courir d'un patient à l'autre beaucoup plus qu'avant. [Il y a] beaucoup plus d'outils. (Séverine, 49 ans)

3) Changements managériaux ou politiques

L'hôpital doit se gérer davantage comme une entreprise moderne que comme un hospice familial du XIX^{ème} siècle. Pour ce faire, les nouveaux-elles gestionnaires, plutôt diplômé-e-s en sciences économiques, se plient à certaines règles qui peuvent rentrer en porte-à-faux avec la gestion traditionnellement sans but lucratif. « Les nouvelles méthodes de gestion et de management, l'évaluation individualisée des performances, la qualité totale, la précarisation de l'emploi ont provoqué un accroissement massif de la souffrance éthique. (...) Dans les services de

réanimation, les méthodes d'organisation du travail et de gestion introduites depuis une quinzaine d'années ont profondément transformé les rapports entre soignants et malades. Là, le nombre des suicides, tant chez les médecins que dans les équipes infirmières, témoigne tristement de la souffrance éthique » (Dejours, 2015, pp. 23-24). La souffrance éthique, pour Dejours, « désigne la souffrance que le sujet éprouve lorsqu'il se trouve entraîné à agir à l'encontre de son sens moral, en raison de sa participation à des actes injustes ou préjudiciables à autrui » (2015, p. 42). Ce qui nous intéresse ici réside dans le décalage existant entre les nouvelles pressions managériales entrant en contradiction avec le *care*. Les initiatives pour s'assurer d'une présence continue des professionnels des soins de santé sont donc mal comprises.

Il y a 2, 3 ans, (...) un temps plein avait droit à une journée, toutes les 4 semaines, de libre. C'est-à-dire on travaillait 40 heures par semaine au lieu de 38. (...) Par semaine, multiplié par 4, ça fait 2 heures par semaine, 4x2, 8. Ça fait que tous les mois, on avait droit sur un E38 à peu près, une journée de libre. Donc il y a 4, 5 ans, la direction était en manque de personnel, et ils ont repris ça. La direction a trouvé le moyen pour récupérer du personnel, on va plus accorder ce fameux jour toutes les 4 semaines, on va faire travailler les infirmières, juste le temps, 7h36. Donc maintenant, il y a des services qui travaillent 7h36 et dans mon service on travaille 4 jours de 8h et une journée de 6h. (Jean, 48 ans)

Cette mesure semble mathématiquement équivalente, mais c'est sans compter les heures supplémentaires traditionnellement prestées. Si un-e infirmier-ère est dans son jour de liberté, sa présence est donc nulle, tandis que s'il-elle vient tous les jours officiellement un peu moins, il-elle peut donc prêter plus d'heures un peu tous les jours officieusement. C'est une manière détournée de récupérer du personnel déjà présent.

Les actions visant à contrôler les conditions de travail (ou de productivité) sont encore moins bien vécues. Dans l'hôpital de Patricia, par exemple, une médiatrice a été engagée pour sonder les conditions de travail, afin de comprendre pourquoi le personnel finissait ses journées plus tard que dans les autres hôpitaux.

Donc c'est pour ça, maintenant, ils ont fait venir quelqu'un, une personne qu'ils ont engagée, pour voir un petit peu où le bât blessait. (...) Et ça aussi ça a créé une mauvaise ambiance parce qu'on est talonné par quelqu'un tout le temps qui a un chrono en main, ou des choses comme ça, ça ne crée pas une bonne ambiance. Donc il y a plusieurs éléments qui font que l'ambiance n'est plus celle qu'elle était. (Patricia, 54 ans)

Pour des raisons économiques ou politiques, des changements institutionnels s'imposent au quotidien des infirmiers-ères, sans vraiment d'accompagnement ou de communication adéquate.

Il y a 10 ans, (...) la direction nous a proposé de passer, plutôt que le 13^{ème} mois qui leur coûte à eux très cher, de faire une assurance groupe, donc la prime de fin d'année. Personne ne voulait, personne ne voulait, c'était dérisoire, dérisoire. (...) Elles préféraient le 13^{ème} mois pour acheter les cadeaux de Noël, et des choses comme ça et elles n'ont pas pensé à leur avenir et donc comme on était tellement peu nombreuses on n'a pas fait l'assurance groupe. (Pascale, 56 ans)

[C'est la direction] qui a imposé et qui a pris des décisions et qui a...je dis même c'est un peu ici le problème à [l'hôpital], c'est de souvent mettre la charrue avant les bœufs. Alors, on fait, on fait, on fait et puis alors on se rend compte qu'il n'y a pas de personnel, qu'y a pas de ci, qu'y a pas de là. Donc ça crée une mauvaise ambiance parce que les gens ne sont pas concertés avant. (...) Nous, au point de vue infirmiers, je dirais, à la limite, on n'a pas grand-chose à dire, mais je veux dire que c'est surtout au niveau des médecins, quoi, qui sont mis devant le fait accompli pour pas mal de choses, quoi. (Patricia, 54 ans)

L'hôpital de Nicole a créé un service d'hospitalisation de jour de manière assez brutale et non progressive, ce qui a généré un choc au sein des infirmiers-ères.

Il y a surtout que la façon dont ils l'ont fait ici, c'est quand même, ils ont sorti du bloc 4 anciennes qui étaient quand même...il y a un petit noyau qui restait, il y avait beaucoup de changements. Dans les plus jeunes, il y en avait beaucoup qui ne restaient pas longtemps, ou alors il y a des congés de maternité. Quand même, chaque fois, elles sont parties pendant plus d'un an, pour chaque maternité. Et donc, on a extrait un noyau un peu fixe qui était déjà hors des temps de maternité et qui connaissait bien, quoi, ce bloc, ça a perturbé le bloc. Apparemment, je pense qu'ils ne s'en remettent pas. (Nicole, 62 ans)

La fusion d'hôpitaux crée aussi des tensions et des craintes quant à une surcharge de travail, à l'insécurité de l'emploi, à la gestion des tâches sur deux sites différents ou encore à une mauvaise gestion du matériel. De plus, ce matériel n'appartient pas toujours à l'hôpital mais aux médecins, qui veulent garder une mainmise dessus. D'où des tensions voire des conflits peuvent éclater entre direction hospitalière et direction médicale. Si la chirurgie de jour est déplacée sur un autre site, par exemple, ça veut dire que les médecins vont devoir acheter tout le matériel en double.

Quand on voit l'ambiance ici, c'est un peu triste à dire, autant j'aime mon métier, mais je suis contente d'avoir plus d'années de carrière derrière moi que devant. (...) Parce que l'ambiance n'est plus du tout ce qu'elle était, je ne sais pas si c'est dû à la reprise de l'autre hôpital, tous les médecins sont à cran, tout le monde est beaucoup plus énervé. (...) Ça a très très fort changé. Les mentalités ont changé. Tout tout tout. (...) [Dans le sens] de l'agressivité, je dirais. (...) On prend beaucoup plus vite la mouche. On supporte moins. Oui. Non, ce n'est pas une ambiance de travail agréable. (Patricia, 54 ans)

Ici il faut savoir que c'est un hôpital privé, pas que je défends les médecins mais il faut rester logique et clair, c'est que ici le chirurgien loue la salle d'op, ici on est dans une salle de neurochirurgie, la neuro navigation est achetée par le médecin, enfin, ici je pense qu'il y a la moitié hôpital, moitié médecin, mais le bistouri électrique qu'on voit là-bas, le moteur qui est en-dessous, tout ça, c'est du matériel acheté par les médecins. (...) Et qui appartiennent aux médecins. Toutes leurs boîtes d'instruments, etc., n'appartiennent pas à l'hôpital, elles appartiennent aux médecins. (Patricia, 54 ans)

C'est comme maintenant aussi, par exemple, ils parlent de mettre la chirurgie de jour sur l'autre site, mais ici il faut savoir qu'on a ce qu'on appelle un facteur, mais cette fille quand la chirurgie de jour est ouverte, elle n'arrête pas de courir de chez nous à la chirurgie de jour pour apporter des boîtes, pour apporter un petit instrument qui manque et qu'on n'a pas prévu et des choses comme ça. Si on travaille sur 2 sites différents, ça veut dire quoi ? Mais que le médecin va encore devoir investir pour acheter des boîtes, on va pas courir comme on court maintenant, par exemple. Il y a plein...et c'est ça que, allez, comme nous on est sur le terrain, on voit des petites choses et je ne sais pas s'ils se rendent compte de tout ça. (Patricia, 54 ans)

Ces changements managériaux font écho à plusieurs recherches, notamment à celle de Saint-Martin, qui analyse le travail social en urgence. Elle met notamment en évidence une nouvelle démarche qualité « traduite dans une ingénierie gestionnaire, marquée par l'apparition d'experts, de conseils, de cadres qui (...) ne sont plus exclusivement issus du social » (Saint-Martin, 2009, pp. 150-151). On va chercher des experts du monde de l'entreprise pour gérer des soucis de management hospitalier, par exemple. Cette démarche qualité, agissant sur toute la structure hiérarchique, et donc forcément sur le contenu du travail, produit des nouvelles normes au travail. « Ces normes jouent plus particulièrement sur le travail relationnel et ses formes de légitimité. (...) La quantification des tâches accomplies par les professionnels exclut certains actes, tel le travail d'écoute dans la relation d'aide, l'accompagnement social ou l'action collective, qui sont difficilement mesurables. Le travail sur autrui (...) est donc à l'évidence progressivement dénié » (Saint-Martin, 2009, pp. 151-152). Ces nouvelles logiques gestionnaires donnent aussi l'impression aux infirmiers-ères de ne plus avoir de temps pour créer une relation avec le ou la patient-e. Pour gagner ce temps qui semble nécessaire, il faut alors rentrer dans un jeu de négociation avec la hiérarchie, ou simplement s'y opposer. C'est ce que nous verrons dans le point suivant traitant des stratégies face aux facteurs nouveaux.

La Belgique ne semble pas la seule touchée par ces évolutions managériales. Plusieurs études en parlent de manière occidentale. En France, par exemple, « à partir des années 1990, une vague de rationalisation gestionnaire a déferlé sur l'hôpital » (Divay, 2013, p. 136). Suite à la réforme hospitalière en 1991, les chefs de service appelé-e-s « surveillantes » en France, se font rebaptiser « cadres infirmiers » puis « cadres de santé ». Le *New Public Management* introduisant un modèle de gestion issu de l'entreprise privée amène un tournant gestionnaire et managérial à l'hôpital. « Cette "nouvelle gouvernance" de l'hôpital a généré une redéfinition des missions des cadres de santé qui les contraint à s'éloigner du rôle de la surveillante pour endosser celui de la gestionnaire ou (...) à agir (...) en tant que membre de l'organisation, chargés de la réalisation du projet de l'établissement » (Divay, 2013, p. 137). Les cadres infirmiers, ou les chefs de service en Belgique, doivent dès lors davantage défendre les intérêts de « l'entreprise » plutôt que ceux du personnel. Pourtant, ils restent exclus des débats politiques et financiers de l'organisation.

En France toujours, la nouvelle gouvernance hospitalière de 2005 amène une nouvelle logique, celle du résultat. Pour Yves Clot, psychologue du travail, « ce sont désormais les recettes issues des activités hospitalières qui vont déterminer les dépenses et non l'inverse. La qualité du travail de gestion s'en est trouvée améliorée si l'on entend par là l'efficacité accrue de l'hôpital » (2015, p. 70). Il est vrai qu'un progrès gestionnaire est visible, mais n'est-il pas au détriment du travail des soignant-e-s ? Toute une série d'indicateurs de performance sont mis en place afin d'optimiser l'utilisation du temps de travail ou la productivité d'un service hospitalier. Pourtant, « il est bien difficile de voir comment sont pris en compte (...) la qualité de l'acte, le confort du patient et les conditions de travail de l'ensemble des personnels » (Clot, 2015, p. 77). La culture professionnelle, ou l'éthique du *care*, semble presque un obstacle à une meilleure productivité. Comme s'il ne fallait voir l'hôpital que d'une façon ou d'une autre : soit c'est une maison d'accueil de la souffrance, tel le *domus* de l'Ancien Régime, soit c'est une entreprise moderne qui doit faire du profit. N'y aurait-il pas moyen de trouver un juste milieu pour que tout le monde s'y retrouve ? Selon Clot, « le point de vue gestionnaire (...) ne peut être regardé avec condescendance dans l'analyse de la qualité du travail » (2015, p. 77). Un hôpital en faillite faillit aussi à l'éthique du *care*, *in fine*. Alors que deux logiques s'affrontent à l'hôpital, ne peut-on pas trouver un entre-deux dans lequel l'organisation du travail prend ses responsabilités et les soignant-e-s aménagent leur sens au travail ? Cette vision dichotomique belliqueuse devra sans doute arrondir les angles, à long terme.

B. Changement de mentalité : des patient-e-s impatient-e-s

Les patient-e-s ne portent pas bien leur nom : c'est plutôt l'impatience qui les habite et les pousse à aller « au-plus-offrant-plus-vite ».

Puis vous avez la pression des gens, (...) des patients (...) qui ne peuvent pas attendre, parce que ceci, parce que ça fait mal, parce que... Quand vous prenez un rendez-vous chez un chirurgien pour vous faire opérer des varices, vous attendez 4 mois, les gens disent « si c'est comme ça, je vais autre part ». Ils attendront peut-être deux semaines et ils seront peut-être mal opérés, c'est pas ça, je peux pas dire, il y a des gens, c'est au plus vite au mieux, hein. (Pascale, 56 ans)

Le sens du *care* doit se redéfinir. Le temps imparti pour la relation entre l'infirmier-ère et le-la patient-e se réduit de plus en plus et se résume bien souvent à prodiguer des soins plus aigus en moins de temps. La relation avec le-la patient-e s'en voit donc modifiée. En outre, les attentes des malades ont aussi évolué. L'autorité ne va plus de soi et le respect attendu vis-à-vis d'un-e soignant-e n'est plus automatique. Il devient dès lors de plus en plus ardu pour les infirmiers-ères de croire en un contact social facile. La société de consommation a modifié les attentes des patient-e-s, de plus en plus informé-e-s, exigeant-e-s, et donc inquiets-ètes. La confiance aveugle

des malades n'est plus de mise : il est important de garder une forme de contrôle sur sa santé, augmentant par là le temps d'explication de chaque acte médical ou infirmier. Peut-on dire que les patient-e-s sont plus engagés dans leur processus de guérison ? Pourquoi veulent-ils connaître les étapes de travail des soignant-e-s et avoir une illusion de contrôle sur leur santé ? Est-ce une forme de surveillance due à une méfiance des professionnel-le-s ? À l'ère du zapping et de la société de consommation où tout peut être obtenu rapidement, ont-ils oublié qu'une guérison prend du temps ? Leur notion du temps a-t-elle tellement changé qu'une attente, quelle qu'elle soit, devienne insupportable ? L'obéissance aveugle dans la blouse blanche (ou verte) n'est plus de rigueur, la suspicion s'installe et les questions fusent : les patient-e-s requièrent plus d'informations, sont plus exigeant-e-s car plus inquiets-ètes.

1) Plus d'informations

Les patient-e-s et leur famille sont plus informé-e-s, plus curieux-ses. Non seulement, l'accès aux multiples informations sur Internet leur donne l'impression de mieux connaître leur(s) pathologie(s), mais aussi leur donne l'audace de demander plus de détails aux soignant-e-s quant à leur cas.

C'est sûr que la vie d'un patient n'a pas de prix, mais maintenant les gens connaissent fort leurs droits, et euh, enfin, c'est normal, faudrait pas commencer à dire que (...) il faut agir n'importe comment, mais on regarde comment on fait, quoi, les gens cherchent la faute chez l'autre. (...) La mentalité des gens a changé aussi, les parents sont beaucoup mieux informés, et tout ça. (Denise, 51 ans)

Ils viennent beaucoup plus au bureau demander des renseignements... (...) Plus savoir, oui, ils n'attendent pas que le médecin passe dans la chambre, ils viennent dans le couloir pour avoir des renseignements, beaucoup plus qu'avant. (...) Quand on fait l'après-midi, on a le travail des patients, mais on a beaucoup les familles à gérer. (Michèle, 46 ans)

2) Plus d'exigence

Les patient-e-s et leur famille sont plus informé-e-s et donc respectent moins le savoir du soignant ou de la soignante. Il faut alors prendre beaucoup plus de temps pour leur expliquer le bienfondé d'un soin ou d'une prise de médicament. Ils-elles sont plus exigeant-e-s, voire irrespectueux-ses.

Au fil du temps, oui, les patients sont plus exigeants et plus difficiles. (...) Ils vont beaucoup plus rouspéter, ils vont beaucoup plus râler sur les petits détails qu'avant. Je pense qu'avant on respectait plus la profession. Le médecin qui était encore plus respecté... [l'est moins maintenant]. (...) Mais quelqu'un qui va sonner, même si on est en train de courir dans tous les coins, la famille va voir, peut-être voir qu'on est plus occupé, mais si vous n'arrivez pas directement, ils vont râler. Donc on ira vous chercher dans une autre chambre ! Que jamais avant on n'aurait fait. Jamais avant une famille ne se serait permis de venir dans une chambre, de venir frapper pour vous appeler, (...) à partir [du moment] qu'il n'y a pas un danger...mais pour des détails, (...) pour mettre une panne, pour un verre d'eau ! (...) Plus qu'avant ! (Michèle, 46 ans)

Mais c'est vrai qu'au fil des années, il me semble que ça augmente mais je ne pense pas que c'est rien que lié au fait que moi je vieillis et que peut-être moi je supporte moins, parce que dans les jeunes collègues j'en entends quand même beaucoup qui soupirent aussi pour les mêmes questions. Donc je pense aussi qu'il y a une évolution des mentalités en général qui fait que les enfants sont plus froids et donc les parents exigent peut-être des choses qui ne sont pas toujours compatibles avec le fait de soigner des enfants. Il faudrait les soigner sans que les enfants n'en ressentent des effets, enfin, je veux dire, qu'ils n'aient pas mal, qu'ils soient tout de suite guéris, qu'on trouve toute suite le médicament, qu'ils puissent rentrer à la maison, (...) alors donc nous on doit un peu gérer, je veux dire le fait que les parents n'ont pas...ils attendent une baguette magique qui n'existe pas et qu'il faut gérer. Que dans l'ancien temps, proportionnellement on avait moins ça ! Les gens disaient « le médecin fait ce qu'il peut, il faut attendre et puis c'est tout », ils sont tristes parce que l'enfant n'est pas bien mais ils ne

vont pas nous taper dessus parce que ça ne va pas au rythme où ils auraient voulu, quoi. (...) C'est une chose qui évolue progressivement. Mais bon, c'est une chose, je pense, qui évolue de la même façon partout, de la même façon qu'on entend les enseignants qui en ont de plus en plus ras le bol de leur métier, je pense que c'est la même chose, on soigne des enfants, eux ils ont les enfants à l'école, c'est je pense la même évolution qu'on a à subir. Que nous on a peut-être un peu moins que les enseignants parce que bon les enfants restent moins longtemps ici, donc je veux dire, ça change, les enseignants, s'ils ont un souci avec un parent, c'est toute l'année qu'il faut assumer. (Nadine, 47 ans)

Il y a 40 ans ou 35 ans, j'ai travaillé pendant 2 ans dans une unité et là c'était encore, les gens étaient, on disait comme ça, il est comme ça [pouce vers le haut]. Et maintenant je travaille depuis 2000 en hôpital de jour, là je le vois bien, le non-respect, le non-respect de tout : des instructions qui sont données, du personnel, du médecin, les jeunes, c'est fou, hein ! (Pascale, 56 ans)

Les soignant-e-s doivent tellement moduler leur pratique, les explications données aux patients, voire même les techniques utilisées, que leur quotidien prend parfois la forme d'un travestissement ou d'un mensonge, ce qui peut provoquer de la souffrance chez les soignant-e-s (Dejours, 2015). Une stratégie pour encourager les patient-e-s à aller au bout de l'opération, c'est parfois de leur mentir sur la future douleur probable.

Je leur fais peur. Et bien je leur dis, lorsqu'on leur dit « tu peux pas boire », « pourquoi je ne peux pas boire ? », « si tu bois, tu vas faire une fausse déglutition, tu vas aller en réanimation... », alors là ça y est. Mais si tu lui dis « tu sais, c'est des risques », si vous ne leur faites pas une grosse peur, ils n'écoutent pas, et c'est tout comme ça. (...) Ils ne réalisent pas que ça peut être dangereux, que si on leur dit, c'est pas pour leurs beaux yeux. (...) Ils croient connaître plus et en vérité ils ne connaissent pas. Dans le temps, ils ne connaissaient pas, les gens, mais il n'y avait pas Internet, il n'y avait rien, c'était ce que le médecin avait dit. « Tu dois rester pendant une semaine comme ça avec le bras comme ça, il l'a dit ! » Maintenant on leur dit « tu dois rester une semaine avec le bras comme ça », ils vont t'interroger, ils vont aller sur Internet, ils vont dire « oui, tu sais, c'est une idée ». Ils sont beaucoup plus...ils ne connaissent pas, ils n'ont pas la connaissance. Et donc ils prennent des risques, il y en a qui mentent. Ça, je suis très étonnée de la non maturité du patient [rires] ! (...) À tous les âges. Enfin, les plus âgés sont plus dociles, si je puis dire. Mais les jeunes sont...ils veulent pas croire, ils se croient tout à fait... Et alors [il y a] un gros problème par rapport à la douleur puisqu'on raconte toujours aux gens, « tu n'auras pas mal, tu n'auras pas mal, tu n'auras pas mal », euh, c'est pas vrai, on a toujours mal, on a toujours des désagréments, on n'est jamais bien. Une opération, c'est une opération ! On ment aux gens, alors, je ne dirais pas pour les attirer, mais pour qu'ils ne fassent pas marche à arrière « oh ben non, ça ne fait pas tellement mal », alors ils se retrouvent avec un mensonge. Comment gérer quand on vous a dit « t'as pas mal » ? Il a mal, il faut encore expliquer. (Pascale, 56 ans)

3) Plus d'inquiétude

Les patient-e-s et leur famille sont plus informé-e-s et alors plus inquiets-ètes, angoissé-e-s, affolé-e-s. Il vaudrait presque mieux rester dans l'ignorance et la confiance, pour ne pas surcharger les infirmiers-ères ou les urgences, avec des inquiétudes parfois complètement bénignes.

On n'a pas le temps. On est pressé, le chirurgien, il a vite expliqué ce que lui pensait, l'anesthésiste lui dit ça et alors le patient lui se fait un monde, comme il veut, selon de ce qu'il a entendu à gauche et à droite, ça peut être positif ou négatif. (...) À la limite quand on arrive dans l'ignorance, on est moins inquiet que quand on arrive dans quelque chose qu'on a vaguement... Non c'est très drôle comme problème, il y a trop d'informations qui circulent qui ne sont pas assez précises. Pas assez précises, et quelque part qui ne veulent pas être précises. On se dit, tout peut arriver, alors si on doit tout raconter ça ne va pas non plus. (Pascale, 56 ans)

Alors y a aussi, euh, les charges de travail, quoi, les gens, les gens sont différents, la mentalité a changé avec le temps, euh, la mentalité des personnes hospitalisées. (...) Les familles se trouvent, sont un peu moins aidantes qu'au début. (...) Y a aussi maintenant une partie de la population qui n'arrive plus à gérer des petits bobos et alors y a des hospitalisations sociales, (...) je trouve parfois qu'y a des jeunes parents qui s'affolent, enfin, là c'est plutôt peut-être pas social mais comportemental. (...) Aux

urgences par exemple, ah oui, ça se montre bien, euh, voilà quelques années, arrivaient, aux urgences, des urgences. (...) Mais maintenant, y a des gens qui se présentent encore vite aux urgences parce qu'ils trouvent que les cheveux de leurs enfants ne poussent pas assez vite. (...) Ceux-là, on ne les hospitalise pas mais alors les gens qui travaillent aux urgences, ils ne sont plus terriblement accueillants, hein. (...) Y a aussi les médecins traitants, mais ça c'est vrai qu'on rencontre à tour de bras, euh, qui ne se déplacent plus non plus à domicile pour des petites choses, comme par exemple le petit a remis à midi, il lui a donné quelque chose, le petit refait une petite indigestion à 6h au soir, la maman affolée retéléphone « ben allez aux urgences, hein ». (...) Alors, qu'est-ce qu'ils font les pédiatres ? (...) Hein, la maman est affolée et, alors, ben, qu'est-ce qu'ils font ? « Oh, ben, écoute, on va le garder 24h (...) on va l'envoyer en pédiatrie ». (Denise, 51 ans)

On est des assistés médicaux. Des assistés médicaux. Vous avez un petit peu mal au crâne, pouff, on se plaint. (Pascale, 56 ans)

3. Stratégies ou compensations de l'homo faber

A. Face aux facteurs constitutifs

Les horaires hospitaliers, le stress permanent ou encore l'intensification des tâches médicales ont toujours existé. Il existe alors évidemment plus de stratégies développées face à ces facteurs constitutifs de l'homo faber. Le revers de la médaille des horaires infernaux réside dans leur flexibilité. Ensuite, le stress peut parfois être diminué grâce à des aménagements locaux pour faire moins de gardes, moins de nuits, ou encore changer de service hospitalier. Enfin, malgré les inconvénients résultant des nouveautés medicotechniques à apprendre constamment, la logique du care et du bien-être du patient est préservé.

1) Horaires adaptables

Si les horaires du métier ne conviennent pas, le métier offre d'autres possibilités en changeant de service ou d'institution. Aussi, s'il faut travailler les week-ends, par exemple, les primes de travail ne sont pas négligeables et pèsent dans la balance de ces horaires inconfortables.

A) QUAND LA FLEXIBILITÉ A DU BON

Les infirmiers-ères qui préfèrent les horaires de bureau peuvent quand même s'arranger, ou même trouver un emploi dans un autre cadre que celui de l'hôpital, car le métier, flexible, offre plusieurs possibilités.

Je trouve que la porte est quand même fort ouverte point de vue boulot. Bon, d'accord, il faut aimer ce qu'on fait aussi. Mais que si on veut des horaires, moi je connais des jeunes, par exemple, qui sont parties travailler dans un centre où on fait passer des examens médicaux aux sociétés. Et pourtant elle est toute jeune. Donc c'est, pourquoi est-ce qu'elle a fait ça ? Je ne sais pas. (...) Donc je pense que la porte...le choix est assez varié dans notre domaine, il y a assez de services différents que pour, par exemple, il y en a qui sont plus personnelles, bon ben elles vont choisir les soins à domicile, par exemple. (Patricia, 54 ans, quartier opératoire)

Alors maintenant comme horaire j'ai 7h30-15h45, 10h30-18h30. (...) Non, non, je ne fais plus les week-ends. Non, le bloc opératoire ne travaille pas le week-end. [Et ça a allégé ma vie] d'avoir moins de stress. (Laure, 60 ans, quartier opératoire)

[Comme elle est à 80%, elle travaille] 6h par jour, ou bien du matin, vers 7h-7h30 jusque 13h-13h30, ou bien de alors de 13h à 19h. (...) En gros, en 7 ans, 2, 3 fois qu'on est parti vers 8h30 ou 9h du soir. (...) Après, on ferme la porte jusqu'au lendemain, on n'y pense plus et on a fini le vendredi soir jusqu'au lundi matin. (...) Il n'y a jamais de week-end. (Nicole, 62 ans, hôpital de jour depuis 7 ans après 22 ans d'expérience au bloc opératoire)

B) PRIMES PARTICULIÈRES OU COMPENSATIONS

L'avantage aussi de travailler en dehors des heures de bureau, c'est d'obtenir des primes particulières de nuits ou de week-ends. Pour les infirmiers-ères qui ont des petits enfants, c'est compliqué de travailler les week-ends, mais quand ils sont plus grands, ça pose moins de soucis. Donc à part pour les jeunes parents, les infirmiers-ères préfèrent travailler les week-ends, principalement pour bénéficier de la prime.

Maintenant si on propose, parce que ça moi j'ai fait des tests, à des personnes d'avoir des week-ends supplémentaires de libres, on ne trouve pas d'amateurs, parce qu'alors ils n'ont pas des primes le week-end. Moi j'ai eu la possibilité au lieu que les infirmières travaillaient un week-end sur deux de dire à plusieurs infirmières « voilà, vous pouvez tous les mois avoir un week-end en plus de libre ! ». Une fois de temps en temps, elles ne voulaient pas parce que sinon ça leur faisait une grande différence dans le salaire. (Bénédicte, 48 ans, anesthésie)

Les mercredis sont plutôt réservés aux mamans qui ont des congés parentaux, il est donc exclus pour les « grands-mères » d'essayer de travailler moins ce jour-là.

Les jours verts, comme on les appelle, dans leur temps de carrière, par exemple un 4/5, puisque elles viennent d'avoir un enfant, le congé parental ou quoi, elles doivent les faire en journée pleine, avoir un jour de congé, ce jour-là n'est jamais fixe. C'est le même dans les horaires, (...) ce jour-là n'est jamais fixe. Et moi, si je débarque par exemple, il n'y a que le mercredi après-midi qui m'intéresserait pour au moins m'occuper de mon petit-fils. Je suis déjà certaine que je ne pourrais pas avoir un mercredi sur 2. (Laure, 60 ans, quartier opératoire)

2) Aménagements officiels ou personnels pour réduire le stress

À partir d'une cinquantaine d'années, les infirmiers-ères peuvent mettre en place une série d'aménagements de fin de carrière officiels, comme la réduction des gardes, des nuits, ou carrément un changement de service, afin de réduire leur stress et optimiser leur récupération.

A) MOINS DE GARDES

L'âge avançant, il est plus difficile de supporter les horaires irréguliers des gardes. La récupération de la fatigue est plus lente à partir de 50-55 ans. Pour certain-e-s infirmiers-ères, il est préférable de diminuer ou d'arrêter les gardes à partir de cet âge-là, en négociant avec le-la chef de service et l'équipe d'infirmiers-ères.

[Si on avait supprimé ses gardes après 50 ou 55 ans, elle serait peut-être restée dans le même service, mais le débat n'était pas à l'ordre du jour, car elle se serait mis des collègues à dos.] Comme on n'en parlait pas du tout, du tout, du tout de supprimer, et de supprimer des gardes et alors de nouveau je pense que là c'était se mettre mal à l'aise par rapport à une série de collègues qui n'auraient pas bien accepté ça. (...) La difficulté c'est que en fait si vous avez beaucoup de personnes qui ne feraient plus de gardes dans un bloc opératoire, ça oblige à faire une tournante. (...) Ou alors il faudrait beaucoup plus de gens. (...) Parce que moi j'ai quand même commencé en 1979, dans un bloc où c'était rare qu'on n'était pas 2 infirmières dans la salle d'op. Mais alors ça fait vite vite de l'activité, tout ça s'est rapidement, dans le début des années 80, ça a augmenté, rapidement on s'est retrouvé tout à faire toute seule, pour s'occuper du patient, donc l'installer, l'anesthésiste, s'occuper d'installer le chirurgien, mais j'ai connu encore un petit peu l'époque où c'était 2. Alors dans la mesure où on aurait encore éventuellement cette perspective, alors on pourrait toujours penser que presque dédoubler le personnel, avec du personnel qui ne fait pas de gardes et du personnel qui fait des gardes, mais... (Nicole, 62 ans)

Dans certaines équipes, il y a un vote chaque année pour autoriser les plus de 50 ans à ne plus faire de gardes, ni de nuits, ni de week-ends.

C'est une règle interne qui est votée par le groupe chaque année, (...) dans le quartier opératoire. La direction ne voulait pas prendre de décision et donc, quand moi j'étais chef, j'ai instauré ça à la demande de plusieurs personnes, même des gens, des plus jeunes, parce qu'ils voyaient bien que les gens d'un certain âge qui étaient de garde, de un, ça n'allait pas, alors ces gens allaient mendier chez tout le monde pour essayer de reprendre leurs gardes en les payant. Et donc il y a des gens, qui se sentaient un peu obligés de dire « moi je ne me sens plus du tout à l'aise quand je dois être de garde et ce n'est plus possible » et euh donc même des gens plus jeunes. Alors moi, j'ai réfléchi, j'ai été à la direction, direction du nursing et du personnel qui ne voulait pas prendre de décision et donc moi j'ai dit « voilà il y a une, j'ai eu la demande de plusieurs personnes, il y a une possibilité, soit on vote d'année en année mais quitte à ce qu'il y a une année, s'il n'y a plus suffisamment de jeunes personnes et que la moyenne d'âge devient de plus en plus longue qu'il va y avoir un souci, et que là, au lieu de mettre à partir de 50 ans que ce sera à partir de 53 ans ou 54 ». Je dis « Ça il faut le savoir ». Les gens ont accepté, ils ont dit « pour l'instant il n'y en a que 2, c'est oui ! » (...) A partir de 50 ans. (...) Plus de garde du tout. Ni la nuit, ni le week-end. Plus de garde du tout parce qu'on se rendait bien compte que les gens étaient stressés comme tout, étaient « un peu de mauvaise humeur ». Physiquement, ils n'en pouvaient plus, et que les plus jeunes, euh, mais non ils sentaient aussi et finalement, il y a certaines...ça dépend du caractère des personnes, certaines se sentaient obligées tellement les gens venaient demander « vous voulez pas reprendre ma garde, on va vous payer ! », à la limite, je disais on se sent presque obligé. (...) Et donc, je pense que 50 ans c'est quand même un âge où il y a un grand changement. (...) A partir de 50 ans depuis quelques années ça fait maintenant ! (...) Donc, la direction est au courant, n'était pas très d'accord ! Ils ont dit « voilà, ça c'est une règle intérieure au bloc ! », et c'est 2 règles, il y a plusieurs réunions où tout le personnel de service est invité et c'est voté. (...) Et donc ici, ils ont dit « ben si, voilà, si le groupe est d'accord », et c'est acté chaque fois dans la réunion de service, c'est, chaque année, c'est revu et donc ça se fait anonymement par le petit papier. (...) [Pourquoi pas 45 ans ?] 45 c'est mieux mais... (...) ça je pense que c'est un peu tôt [pour ne plus faire de gardes]. (...) Et moi, j'ai senti vraiment des gens qui l'ont fait au-delà de 50 ans, c'était lourd et ça se ressentait dans plein de détails. (...) Moi je pense que c'est peut-être, au lieu de mettre des jours supplémentaires, que c'est quand même important de dispenser les gens des gardes, peut-être pas des week-ends, mais des gardes. (...) Ça, à partir de 50 ans. (Bénédicte, 48 ans)

Mais disons qu'ici on n'a fait quand même une petite convention et on le vote, c'est que à partir de 50 ans. (...) A partir de 50 ans, on ne les fait plus [les gardes]. Mais bon, moi j'en fais encore quand même pour dépanner parce que comme aujourd'hui je suis de 2^{ème} garde, c'est vrai que je ne fais plus que des 2^{èmes}, comme ça, moins de chance d'être appelée en 2^{ème} qu'en première mais bon il faut quand même... Mais j'ai ma collègue, par exemple, elle n'en fait plus elle, depuis qu'elle a... Même avant, à 48 ans, elle ne savait plus, quoi, elle disait c'est trop lourd, c'est trop fatigant. (...) Non, je trouve ça bien, mais le problème c'est que je me sens mal vis-à-vis de certaines collègues et puis quand je vois qu'elles ont déjà leur quota de gardes sur tout le mois, ça me fait mal quelque part, je me dis « non je ne vais pas encore leur en rajouter une », alors je la fais, moi. (...) Parce que normalement, vis-à-vis de la direction, bon, la direction elle est au courant, mais normalement il n'y a rien de légal dans cette histoire de ne plus faire de gardes. Et en fait ici, chez nous, c'est contractuel et quand on est en salle d'op, on sait qu'on doit assumer un service de garde. (...) [Refaire des gardes comme si elle n'avait pas plus de 50 ans] je crois que je serais trop fatiguée. (...) Je veux bien le faire pour dépanner mais sans plus, quoi. (...) Et puis c'est quand même accorder, puisque que de toute façon, c'est quand même revoté au sein de l'équipe, hein, puisque ça, la direction nous a quand même conseillé de le faire, c'est de revoter au sein de l'équipe chaque année. Chaque fois qu'il y a la réunion de service en début d'année, hop, on passe au vote, et si jamais un jour il y en a qui ne sont pas d'accord... Évidemment maintenant c'est un peu facile, et c'est vrai que, c'est pour ça que la direction ne voulait pas s'engager, c'est que pour l'instant nous ne sommes que 2 de plus de 50 ans. Mais après, derrière nous, il y en a quand même, je crois qu'ils sont quand même bien 4, plus ou moins du même âge, donc si c'est 4 là, hop, au bout de 50 ans, à 50 ans, ils ne font plus de garde. (...) Ce qu'il y a c'est que oui, je trouve que ça devrait être uniformisé. (Patricia, 54 ans)

Supprimer les gardes à partir de 50 ans pour certain-e-s serait vraiment nécessaire, mais il ne faudrait pas en faire une règle absolue pour tout le monde car certaines personnes supportent les gardes plus tard que d'autres. Il faudrait donc pouvoir arrêter si on ne les supporte plus, mais aussi pouvoir les continuer si on y arrive.

Ça c'est indispensable, indispensable pour l'aménagement de fin de carrière, plus de gardes parce que quand on vieillit on récupère beaucoup moins bien. (...) Mais donc des gardes, non, ça je ne ferais pas plus tard. (...) Je pense aussi que c'est ça un gros problème, on ne définit pas assez les droits des uns, les droits des autres, les devoirs des uns, les devoirs des autres. On veut tous être à la même chose, mais on n'est pas tous les mêmes. On n'est pas tous les mêmes. Et si une fille de 54 ans veut continuer avec des gardes, qu'elle fasse des gardes mais ne plus l'obliger à faire des gardes. C'est toujours le problème, c'est parce que on va vous obliger à arrêter à 50 ans alors qu'il y en a qui sont encore tout à fait à même de le faire et qui ont envie, qui sont dynamiques, et il y en a des qui... (...) Plus de liberté, qu'on ne soit pas obligé de faire des gardes à 50 ans mais qu'on ait la possibilité... Des créneaux, pourquoi toujours tout légiférer, obliger, ça je crois que ça tue, ça tue tout. (...) Mais je sais que ce n'est pas possible parce qu'il y a toujours des gens qui vont abuser, en disant, « ah ce n'est pas dans la loi donc on n'y a pas droit ». (Pascale, 56 ans)

B) MOINS DE NUITS

Avec l'âge, non seulement les gardes sont plus difficiles à supporter, mais aussi le travail de nuit. Il s'agit toujours de la récupération physique qui se fait moins facilement. Le temps de récupération peut donc être aménagé en demandant de faire moins de nuits.

Rien déjà qui ne soit des nuits. Peut-être comme on dit « à 50 ans, hop, plus de nuits » mais que la chef de service puisse évidemment avoir une aide à ce niveau-là. (Vinciane, 48 ans)

C'est quand même déjà maintenant 3, 4 ans, je pense que je fais déjà beaucoup moins [de nuits], (...) parce que les nuits c'est lourd, parce que (...) il faut bien dormir dans la journée aussi. (...) Parfois c'est très lourd quand même, et donc ça aussi, la charge pendant la nuit est parfois quand même assez lourde, et naturellement, il faut aussi récupérer après ! Dormir pendant la journée et après surtout aussi récupérer quelques jours. (Paul, 49 ans)

La seule chose qui me perturbait, c'était les nuits. Moi je m'étais fixé comme objectif, à 50 ans, je ne ferai plus de nuits parce que j'ai entendu dire que il n'y avait pas de législation pour les femmes de 50 ans pour les nuits et que c'était au bon vouloir de l'employeur. Alors je me suis dit que pour le mois de mai, parce qu'en fait, les nuits, ça ne m'a jamais dérangée, mais l'année dernière comme je suis entrée en ménopause et tout ça, et je prends des hormones, ça me perturbe comme c'est pas possible. Quand je fais 4 nuits d'affilée, je ne fais rien chez moi. Parce que je dormais la journée mais j'étais fatiguée, ne rien savoir faire d'autre, traîner toute la journée en pyjama, avant d'aller travailler, ça n'allait plus du tout et alors la médecine du travail m'a dit : « vous savez, il n'existe pas de législation, c'est au bon vouloir de l'employeur » et puis j'en avais parlé à ma chef de service qui m'a dit « écoute c'est pas possible parce que si je dois le faire avec toi, je dois le faire avec des autres ». Je suis la seule à avoir 50 ans dans le service. (...) Et puis j'ai été parler à la directrice de nursing qui m'a dit « et bien écoute il y a moyen de changer dans le service et comme il y a quand même pas mal de jeunes infirmières qui sont chez vous, donc il y aura peut-être moyen d'arranger quelque chose ». (...) Mais j'avais pas de papier officiel, rien du tout. Puis j'en fais part à ma chef de service et puis alors pendant 3 mois je n'ai pas fait de nuits. J'étais super bien. En forme et tout. Et puis début juillet j'ai dû refaire des nuits. Parce que soi-disant elle n'arrivait pas à...alors qu'elle aurait bien pu s'arranger ! (...) Et puis bon, là elle m'a donné la certitude que je n'en ferais pas, elle a trouvé une solution et elle les a remplacées, elle a mis une jeune à la place, « écoute, ce n'est pas possible, je ne saurais plus faire de nuits ». (Sylvie, 50 ans)

« Faire les nuits » devrait être réservé aux volontaires et aux moins de 50 ans, mais il faudrait que l'institution aide à pallier le manque, sinon c'est injuste pour les personnes qui doivent travailler à la place des plus âgées. Si un vote anonyme est fait et que les infirmiers-ères ne veulent pas faire plus de nuits, que faut-il faire alors ? Les infirmiers-ères qui ne veulent plus de nuits peuvent aussi menacer de partir. Pour soulager une ou plusieurs personnes, il faudrait alors imposer aux autres de faire plus de nuits, ce qui semble également délicat. Il est évident que si on permet aux infirmiers-ères plus âgé-e-s de ne plus faire de nuits, ce sont les plus jeunes qui devront en faire davantage, ce qui ne semble pas équitable. Les seules solutions résident encore dans des solutions locales et tacites.

Il faut que l'équipe soit d'accord aussi parce que maintenant si on ne nous met personne d'autre et qu'on dit à 50 ans plus de nuits, ou que ça soit vraiment occasionnel quoi, ça je veux bien, mais je ne peux pas promettre, je peux pas promettre, ça on ne sait pas, on ne se rend pas compte. (...) Alors je me dis maintenant je ne peux pas, je me dis quelque part, je ne peux pas mettre la pression. C'est aussi mettre une forme de pression ? (...) Mais je me dis que si j'arrive mais je ne peux pas promettre toute l'année, c'est tout. Parce que c'est moi aussi qui ai le couteau là, hein. Alors bon, c'est facile ça, hein. Mais on a déjà beaucoup de pression, j'ai déjà beaucoup de pression... C'est vrai, on ne s'en rend pas compte parfois ! Et après on s'étonne qu'on est fatigué ! (Vinciane, 48 ans)

Mais au niveau législation, il n'y a rien, il n'y a pas, donc c'est vrai que c'est au bon vouloir de la chef de service. Mais quelque part, c'est pas qu'au bon vouloir de la chef de service, si j'ai pas le personnel pour faire les nuits, si j'ai du nouveau personnel, je ne peux pas les mettre faire les nuits. (...) C'est ça que je dis parfois, c'est difficile de dire « ok, je ne t'en mets plus », parce que il y a toujours des impondérables. Et même, voilà, ici maintenant, on peut dire que c'est une nouvelle équipe puisqu'il y a énormément de nouvelles, qui ne sont pas toujours formées pour les faire. (...) On ne peut pas non plus mettre le couteau sur la gorge des autres parce qu'il y en a qui n'ont pas envie. Il y en a une, elle a 3 enfants, elle est à 50% je ne vais quand même pas aller lui mettre 4 nuits, je ne sais pas, moi. (...) C'est pas évident quelque part à gérer c'est vrai qu'il n'y a rien là-dessus, il n'y a pas de protection, il n'y a pas de législation, c'est tout... Alors qu'on ne dise pas que c'est au gré, au bon vouloir de la chef, quoi, parce que si elle n'a pas quelqu'un d'autre pour faire ces nuits-là, donc, moi je me sens acculée, j'ai du mal à faire plaisir, j'ai un peu des « menaces », parce qu'on m'a dit clairement « écoute, (...) si tu me mets encore des nuits, je demande mon transfert ». Qu'est-ce qu'il faut faire ? Et dans tout ça, je suis mal mise en tant que responsable ! (...) On en a encore parlé ensemble sans vraiment le dire parce que, en parler en équipe qu'est-ce que ça va amener ? En me disant qu'unetelle, unetelle et unetelle n'aime pas les nuits, qu'est-ce que je ferais ? Ben, j'aurais personne pour faire les nuits, moi ! (Vinciane, 48 ans)

C) CHANGER DE SERVICE POUR UN HORAIRE PLUS CONFORTABLE

Les gardes, les nuits, les horaires irréguliers sont parfois tels qu'un changement de service, avec des horaires plus confortables, s'impose.

Par exemple, d'aller en chirurgie du jour où il n'y a pas de gardes à faire, pas de week-ends à faire et la chirurgie du jour c'est travailler que en semaine. (Bénédicte, 48 ans)

Je pense aussi que le stress de soigner des enfants parce que là, c'était au néonatal et en plus dans le néonatal, on avait, je vais dire, c'était le même service mais il y avait une partie où on s'occupait des enfants qui étaient vraiment mal et puis une partie des enfants, je veux dire, qui arrivaient en fin de séjour qui commençaient à aller mieux. Moi, j'étais dans la partie des enfants qui étaient vraiment mal et c'est vrai, je reconnais, que je ne pense pas que je pourrais encore travailler à cette cadence, travailler à temps plein dans ce cas maintenant à mon âge, je pense que je n'aurais plus la patience de supporter. Parce qu'à l'époque déjà pour me détresser, j'allais faire du jogging, j'allais faire beaucoup de sport en sortant de mon travail que ici non c'est un service qui est quand même beaucoup plus cool. (...) Soigner un enfant je vais dire qui a une pneumonie ou il est atteint de grippe, il est vite remis, il ne garde pas de séquelles que quand on a un grand prématuré qui naît vraiment très prématuré, qui, tous les jours, les parents viennent sans savoir, est-ce qu'il va être bien ? Pas bien ? Le lendemain, quel sera son avenir ? C'est quand même beaucoup plus lourd, ça je dois le reconnaître, j'ai travaillé là, je pense que je serais là, j'aurais demandé pour travailler dans le secteur où il fait plus calme, quoi. (Nadine, 47 ans)

C'était un peu l'élément [ne plus faire de gardes] qui m'a fait quand même changer, passer de l'un à l'autre parce que bon, moi je savais qu'on allait partir vers, euh...en ne faisant plus que des petites chirurgies, alors que moi j'aime encore bien faire la traumatologie, enfin un peu de tout, et alors j'ai dû longtemps hésiter [avant de changer de service]. (...) [Depuis qu'elle a changé de service, elle ne fait plus de gardes, elle ne travaille pas les nuits, ni les week-ends, elle a un horaire 7h-13h ou 13h-19h. Elle doit rarement travailler jusque 20h, 21h, même si c'est déjà arrivé. C'est donc un horaire confortable, qu'elle pourrait envisager de garder jusqu'à sa fin de carrière.] Ça aussi, ça participe à pouvoir continuer. (...) [Plusieurs infirmières de plus de 45 ans ont décidé de travailler en hôpital de jour, en partie grâce aux horaires, et certaines ont été mises en priorité pour remplir ce nouveau service,

comme une visée de rendre la fin de carrière plus confortable.] C'était, euh, on voyait bien. Oui c'est clairement ça pour ne plus avoir de nuits pour certaines et pour...avoir les week-ends et tout ça. (...) La directrice (...) avait déjà mis un peu le projet en place avec quand même donner priorité aux infirmières plus âgées pour faire ça, parce que c'était quand même un horaire moins lourd, quoi. (Nicole, 62 ans)

Le changement de rythme physique, en raison de l'âge, devrait aller de pair avec un changement de rythme de travail, via un horaire aménagé ainsi qu'un allègement du temps de travail.

[La formule idéale pour favoriser le fait de rester à l'emploi de manière supportable serait] à mon avis, (...) pouvoir alléger le nombre d'heures sur la semaine et les horaires. (...) Et peut-être des collègues, mais là c'est à voir, des collègues qui travaillent dans des services où c'est plus lourd, de pouvoir aussi leur donner la possibilité, éventuellement, mais avec tout ce que ça implique aussi de devoir se réadapter aussi peut-être, de pouvoir peut-être trouver des aménagements de se retrouver dans des services moins lourds physiquement. Ça peut-être, ça peut aider. C'est vrai qu'il y en a qui le font, hein, quand on ouvre des postes en consultation, des choses comme ça, c'est vrai que souvent ce sont des infirmières qui sont plus âgées pour qui ça commence à devenir lourd de travailler avec des horaires irréguliers avec le fait, physiquement, de soulever des gens, des choses comme ça, qui essaient d'avoir des postes comme ça pour un peu alléger, je vais dire, un petit peu leur fin de carrière. (...) Il n'y a pas de règle absolue parce que c'est chacun qui doit voir pour lui ce qui lui convient le mieux, il n'y a pas de règle, parce que c'est en fonction de l'état de chacun, de sa façon de s'adapter à son travail ou à éventuellement un changement de travail ou... Il faudrait avoir le choix de pouvoir diminuer un petit peu la charge de travail. Voilà, je pense que c'est ça. Si on doit faire des règles, les seules règles qu'on sait faire, c'est éventuellement, comme maintenant, de dire « on donne la possibilité d'avoir des jours de congé en plus ou éventuellement avoir des meilleurs horaires », ça, ça pourrait peut-être être imposé de façon générale, mais dire des changements de service, vous ne pourriez jamais imposer ça, parce que ça dépend de chaque hôpital et des possibilités qu'il y a et ça dépend aussi du goût des personnes et ça, ça ne peut jamais être imposé. (Nadine, 47 ans)

Pour Mireille, c'est l'inverse : elle trouve justement qu'à partir de 50 ans, il faudrait rester dans le même service, car c'est le changement d'affectation qui est difficile à supporter.

Moi ce que je dis et dirais justement, c'est que, pour les personnes qui ont au moins 50 ans et plus, qu'on les laisse dans leur service mais qu'on ne nous mette pas dans des autres services, quoi ! (...) Parce que les méthodes ont changé, les techniques ont changé. Tandis qu'on reste dans son service, on est efficace puisque que bon, c'est notre service ! Non c'est plutôt ça, qu'on nous laisse tranquille ! Mais bon, quand j'étais sortie d'études, ça ne me dérangeait pas d'aller dans un service à l'autre parce que je sortais de l'école, donc, mais là ! (...) Non, c'est parce que, non je ne pense pas à l'âge, c'est parce que c'est l'expérience. On évolue partout. On a des autres infirmières, elles ne veulent pas venir ici non plus, hein ! Allez, en néonatal, en pédiatrie, elles ne veulent pas venir, parce que c'est les méthodes qui ont changé. (Mireille, 51 ans)

3) Éthique médico-sociale maintenue dans l'intensification des tâches médicales

L'intensification des tâches suite aux avancées scientifiques ou médicales est légitime car reste dans une logique du *care*. « Les soins infirmiers s'inscrivent en cela dans la tradition humaniste de la médecine et se réfèrent en même temps à la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la Santé: "Un état complet de bien-être physique, mental et social." La dimension universelle des soins infirmiers est constitutive de l'identité professionnelle du groupe infirmier. Il ne s'agit pas seulement de définir des tâches précises, mais de fixer un objectif dont la réalisation est inséparable d'une éthique médico-sociale » (Paugam, 2000, p. 190).

Si cette éthique médico-sociale est maintenue, les infirmiers-ères accepteront davantage de se former à de nouvelles techniques ou à de nouveaux soins. « Les soins infirmiers ont pour objet: de protéger, maintenir, restaurer, promouvoir la santé ou l'autonomie des fonctions vitales des personnes, de soulager la souffrance et d'assister les personnes dans les derniers instants de la vie, d'appliquer les prescriptions médicales, de participer à la surveillance clinique des malades

et des thérapeutiques mises en œuvre, de concourir aux méthodes et à l'établissement de diagnostic, de favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie habituel ou nouveau » (Paugam, 2000, p. 191).

Souvenons-nous que, à l'origine, l'infirmier-ère était l'aide du médecin, s'occupant de rassurer le-la patient-e et de prodiguer des soins non-médicaux. La relation entre l'infirmier-ère et le-la malade se base encore et toujours sur une proximité que le médecin n'a pas le temps de créer. Le *care*, comme souci des autres, est donc fondamental dans le métier infirmier. Au vu des avancées médicales prodigieuses du XX^{ème} siècle, les soins infirmiers ont dû s'adapter et se réorganiser autour de nouvelles techniques de soin, de nouveaux produits à administrer, de nouvelles machines à utiliser. Le *care* « innocent » du XIX^{ème} siècle a peu à peu laissé la place à un soin plus technique, scientifique et régulé. Même si ces avancées favorisent la guérison des malades ou la diminution de leur douleur, par exemple, le soin infirmier se complexifie et se professionnalise, exigeant une formation continue et un temps octroyé au patient toujours plus réduit, provoquant en cela un changement dans la relation humaine entre soignant-e et soigné-e. C'est plutôt dans la relation avec le-la patient-e que le *care* doit se redéfinir, car dans les avancées médicales, une certaine forme de *care* est maintenue. Contrairement à ce qui était attendu, à savoir une perte de *care* quand les avancées médicales requièrent plus de compétences techniques, l'infirmier-ère s'adapte à ces changements et réussit à préserver le *care*.

Maintenant je vois quand même que, c'est un avantage de notre service par rapport souvent que j'entends des autres services. L'aspect humain reste quand même primordial chez nous dans les soins intensifs, ou au contraire dans les autres hôpitaux ! (Jean, 48 ans)

Pour que la pratique (et le soin de proximité) fasse toujours sens, il est nécessaire de réorganiser les tâches, dans un continuel souci d'améliorer le bien-être du patient. Le *care* est donc loin d'être perdu, il est juste revisité.

Au niveau du néonatal, par exemple, et tant mieux pour les mamans et leurs bébés, hein ça c'est un grand bien, mais euh, qu'est-ce qu'on peut passer du temps avec ces mamans-là ! C'est beaucoup mieux qu'au début où je travaillais, hein, parce que au début où je travaillais (...) on faisait pas trop attention à la physiologie du bébé, à ses heures d'éveil, (...) c'était le temps des toilettes, on fait les toilettes, c'était le temps des prises de sang, on fait les prises de sang. (...) Avant ben, si on faisait la toilette avant 9h, on la faisait avant 9h, mais maintenant si le bébé n'est pas réveillé à 9h, ben on va attendre qu'il se réveille, oui. Mais alors, oh ben, le voilà qu'il se réveille à 9h30, on va faire le bain, mais à ce moment-là, y en a un autre qui pleure pour avoir son biberon et alors on est plus stressé, tandis qu'avant ben, c'était un peu notre boulot qui comptait donc ils étaient tous lavés pour 9h, on était plus organisé, mais maintenant on fait plus attention à la physiologie, quoi. (...) À la maternité aussi, là, même chose, on disait « ben il faut tous les poids des bébés pour le tour du pédiatre », hein, donc c'est pour 10h tout le monde était lavé, pesé, hein, maintenant et ben non, si, on dit à la maman « vous appellerez quand il se réveillera ? », oui des fois, elles sont 3 mamans à appeler à 11h du matin, des fois, ben, elles sont là parfois de 9 à 10, on s'est tourné les pouces parce qu'on attendait que, qu'elles appellent, on attend. (Denise, 51 ans)

C'est une plus grande écoute, on se forme, on se dit « oui, ça c'est vrai, ça ne se fait pas comme ça, on ne va pas », euh, un bébé, pour grandir et tout ça, ça a besoin d'être cocooné, de, donc il ne faut pas non plus, nous autres, qu'on reste sur nos, sur notre confort à nous, il faut aussi que, comment je vais dire, que on soit à l'écoute de toutes les études qui ont été faites et qui ont trouvé que un bébé, par exemple, dont la maman souhaitait allaiter, a eu, par exemple, un bébé, puis la maman souhaite l'allaitement maternel, ça fonctionne pas bien, soit que le bébé est d'abord prématuré, donc euh un bébé qui est prématuré, ben, il n'a pas une succion efficace donc il, il faut quand même bien l'alimenter donc au début il a une petite sonde gastrique. Et puis après, on se dit « ah ben, tiens, on va, on fait des petites, euh, comment, des estimations neuro-faciales pour un peu, je vais dire, qui réconcilient un peu avec toute la zone orale », parce que l'effort et tout ça c'est quand même agressif. Donc, euh, on fait des petits massages et tout ça, et puis euh après ça, on va commencer à l'alimenter, mais au sein, ça

ne va pas bien, il n'a pas une bonne succion au sein, oui, mais alors, on ne va pas donner, au biberon il boirait bien, parce que le biberon, c'est plus facile, on ne va pas donner le biberon parce que ça ça va entraver sa succion au sein, donc alors, on donne à la seringue ou au godet ou des choses comme ça, ça prend un temps bête de faire tout ça ! Hein, alors on y va petit à petit, on donne ça, et puis alors après ça, quand on voit que sa succion est un peu plus efficace, ben, on met au sein, ça prend beaucoup de temps, on reste à côté de la maman. (...) Avant, c'était pas du tout comme ça, c'était une maman qui souhaitait allaiter, elle tirait son lait, on le donnait au biberon, hein, ben, et on donnait au biberon, et puis quand le bébé était, avait grossi avant, en est capable, et bien on le remettait au sein, alors là, de temps en temps, lui, tout à fait perturbé parce que la succion au sein ou au biberon est différente, et des études ont prouvé que c'était ça. (Denise, 51 ans)

En pédiatrie, par exemple, les avancées médicales contre la douleur des enfants exigent plus de temps de préparation de la part de l'infirmier-ère auprès des patient-e-s. Pourtant, c'est aussi grâce à ce temps que la relation de confiance entre l'enfant et le produit (administré par le-la soignant-e) peut se faire. De plus, le temps soi-disant perdu au début des explications est gagné par la suite, quand l'enfant est familiarisé avec les soins.

Par exemple, ben, les prises de sang, allez une prise de sang, on va près de l'enfant, puis on fait une prise de sang (...). Maintenant euh on met de l'Emla, enfin une pommade anesthésiante qu'on met sur la veine et puis alors on recouvre et puis on laisse comme ça mijoter une heure. Et puis une heure après, ça a anesthésié la place, on peut le piquer mais, enfin, je veux dire, c'est une étape, il faut répéter, donc ça fait deux fois, aller près de l'enfant, expliquer et ci et là. Maintenant il existe une autre, un autre système pour atténuer les douleurs, c'est le Meopa, c'est un gaz qu'on fait respirer, qui met l'enfant dans un état un peu d'euphorie, et il est tout à fait amnésique du soin douloureux qui a été fait. Et ça prend du temps. Ben, faut être deux d'abord, obligatoirement deux, euh une qui fait respirer, il faut d'abord trois minutes de préparation à l'enfant, enfin, il faut qu'il respire au moins, d'abord le préparer psychologiquement, lui expliquer, parce que rien qu'avoir le masque sur la figure, c'est quand même quelque chose, alors il faut expliquer pourquoi on met le masque, faut faire des effets, on a décoré notre bonbonne de gaz avec un clown, hein, ben, tout ça, c'est, enfin, alors on fait respirer, on raconte une histoire. (...) Voilà, l'humanisation des soins comporte le, comment je vais dire, l'envers du décor qui est beaucoup plus temps, beaucoup plus de temps. (Denise, 51 ans)

Je vais dire au début que ça nous double notre temps de travail et puis après ça nous l'allège, parce que les enfants qui connaissent l'Emla viennent, euh je vais dire, en courant, enfin, quand ils connaissent bien la pommade, ben, c'est un plaisir que de faire la prise de sang parce que leur angoisse est partie et puis c'est tout, quoi. Le Meopa, la même chose, euh, enfin, le gaz hilarant, je vais dire, c'est la même chose, ça prend du temps d'expliquer, de mettre en conditions, mais quand on revient le lendemain pour faire le même soin...[on a gagné du temps]. (Denise, 51 ans)

Le *care* est donc garanti non seulement par certaines avancées médicales qui favorisent le bien-être du patient et donc améliorent le soin, mais aussi par les infirmiers-ères eux-mêmes qui parviennent, autant que faire se peut, à distiller du *care* dans chacun de leurs actes.

B. Face aux facteurs nouveaux

L'intensification des charges infirmières est aussi liée à des nouveaux changements managériaux, institutionnels, ainsi qu'à un changement de mentalité des patient-e-s probablement lié à l'imprégnation sociétale de ces logiques économiques. Les infirmiers-ères sont face à un paradoxe : on assiste d'un côté à une complexification du métier au niveau scientifique, et de l'autre côté, à un « rejet par les agents hospitaliers d'une rationalité dominante, celle de la productivité, du rationnement, de la procédure. La rencontre entre les deux s'est traduite hier par de l'acceptation puis de la contestation, aujourd'hui par du découragement ou du repli dans des appartenances locales » (Sainsaulieu, 2003, p. 205). Les infirmiers-ères restent convaincu-e-s « que le productivisme met en danger la rationalité plurielle de l'hôpital, en amputant notamment le travail soignant et en multipliant les tensions internes, ce que compense en partie seulement la cohésion des équipes dans les services » (Sainsaulieu, 2003, p. 221).

Ici, on ne peut pas parler de stratégies proprement dites ici car il s'agit plutôt de résistances fortes ou d'essais d'adaptation. D'ailleurs, les extraits d'entretien semblent tout à fait lacunaires pour illustrer cette éventuelle stratégie ; il semble que, s'il y a une stratégie particulière, elle soit encore si ce n'est embryonnaire du moins théorique. Même si nous avons vu des extraits prouvant une résistance et un mécontentement face à l'intensification des charges administratives et managériales et face au changement de mentalité des patient-e-s, c'est donc principalement dans la littérature que l'on puisera des ébauches de réponses à la question de la stratégie face aux nouveaux facteurs de l'*homo faber*. De plus, rappelons-le, les résistances ont été décelées pendant l'analyse catégorielle et n'ont pas été directement interrogées auprès des infirmiers-ères ; il est donc évident que les preuves de stratégies soient incomplètes.

La littérature peut alors permettre non seulement de mieux décrire cette logique gestionnaire qui desservirait le *care*, mais aussi d'émettre de nouvelles hypothèses quant à des stratégies efficaces pour contrer cette logique puisant dans une nécessaire transformation du *care*.

1) Logique gestionnaire desservant le care

L'intensification des tâches n'est pas seulement liée aux avancées médicales constantes servant plutôt une logique scientifique, mais relève aussi de changements managériaux importants servant des logiques organisationnelles et économiques. L'intensification du travail consiste en des contraintes de temps et de qualité plus fortes : il faut faire plus en moins de temps. « Les salariés sont (...) aussi confrontés à des contraintes plus fortes, tant dans les rythmes de travail que dans les normes de qualité à respecter » (Paugam, 2000, pp. 34-35). Par conséquent, les infirmiers-ères ressentent davantage de stress lors des tâches à effectuer. Les contraintes plus techniques desservent le *care*, d'où l'apparition d'une forme de perte de sens général des infirmiers-ères en place depuis quelques années, ébranlant non seulement leur idéal professionnel, mais aussi leur identité professionnelle.

Selon Luc Boltanski et Laurent Thévenot (1991), on serait face au monde marchand qui s'entrechoque avec le monde industriel. Le monde marchand préconise l'argent, la richesse, et les relations naturelles passent par des actes d'achat et de vente. Le monde industriel prône la mesure, l'expertise, et les relations naturelles sont de l'ordre du fonctionnement ou du contrôle. D'une part, la logique gestionnaire de l'institution hospitalière appartient plutôt au monde marchand, et, d'autre part, le monde industriel est plutôt évoqué par les médecins pour justifier leur logique médicale.

Paugam aussi dévoile ces différentes logiques : « Dans la recherche d'un nouveau compromis s'affrontent presque inévitablement la *logique gestionnaire*, qui s'applique à l'administration de l'hôpital impliquant notamment l'entretien et le renouvellement des infrastructures, et la *logique médicale* propre aux unités de soins, lesquelles sont plus ou moins indépendantes les unes des autres et sans lien hiérarchique avec la direction. L'opposition entre ces deux logiques n'est pas nouvelle dans le fonctionnement ordinaire des hôpitaux. Elle a été renforcée il y a une quinzaine d'années depuis que les directeurs d'hôpitaux sont devenus des gestionnaires et non pas des spécialistes de la médecine. Autrefois, ceux qui dirigeaient avaient progressé dans la hiérarchie de l'hôpital et connaissaient par expérience les contraintes médicales des hôpitaux et les problèmes du personnel. Cette division entre la partie administrative et la partie médicale a pour objectif d'améliorer la gestion, mais elle est parfois aussi à l'origine de malentendus. (...) Cet affrontement de deux logiques renforce en réalité la dislocation de l'hôpital lorsque survient une crise profonde et empêche toute régulation sereine » (2000, p. 195).

Sainsaulieu traite aussi de l'hôpital qui se situe entre deux pôles ou rôles ou rationalités : « la rationalité instrumentale risque de faire mentir l'hôpital sur ses missions, et les hospitaliers

risquent de "trahir" le patient. Ce rôle éthico-politique est d'ailleurs sans cesse fluctuant. (...) Le patient, du point de vue des acteurs, est précisément la légitimité oubliée dans le travail, il est à la fois instrumentalisé pour rendre le travail plus difficile et source de frustration du fait de ce travail instrumentalisé » (2003, pp. 33-34). Selon lui, la rationalité hospitalière est « tendue entre un pôle (d'efficacité) économique et un pôle (de légitimité) éthico-politique » (2003, p. 34). Il s'agit pour lui de faire la synthèse de ces deux pôles. Il émet l'hypothèse que « les personnels sont obligés de se coordonner autour d'un grand nombre d'incertitudes ou de problèmes à régler » (2003, p. 140). La négociation reste alors la seule solution, dans un tel paradoxe, voire chaos, au même titre que le conflit ou l'entente.

Les mêmes concepts sont aussi utilisés par Saint-Martin (2009), dans une même logique. « La vulnérabilité des travailleurs sociaux répond au "malaise de l'organisation". (...) Nous retrouvons le déni de reconnaissance de ce travail, et surtout des conditions de ce travail. (...) Et c'est l'autonomie de l'action qui est à présent questionnée. Celle-ci peut être identifiée à partir d'une "intensification du travail" (...) en lien avec le développement de contraintes de type économique (...) liées à l'insuffisance des budgets, au manque de personnel, à des exigences nouvelles d'efficacité et de rendement. (...) Les contraintes temporelles réduisent l'autonomie dans le travail » (Saint-Martin, 2009, pp. 154-155). Et si le travailleur manque d'autonomie, le sens de son travail se perd aussi.

Nous l'avons vu, les infirmiers-ères interrogé-e-s ne cautionnent pas de passer plus de temps avec les dossiers administratifs qu'avec les patient-e-s et regrettent l'époque bénie où la relation au patient pouvait se créer sur un plus long terme. Les personnes qui instaurent ces changements sont dénigrées. « Le personnel médical voit aussi dans la pression de l'administration pour imposer ses choix de rationalisation budgétaire, le signe d'une incompétence dans la gestion du personnel et d'une incompréhension majeure des problèmes humains. (...) Les salariés ont souvent le sentiment que le choix des directeurs par les autorités administratives est fait de façon à aggraver encore les problèmes de leur hôpital » (Paugam, 2000, p. 196).

La logique gestionnaire provoque une perte de sens dans la profession : ces changements sont insupportables car illégitimes dans la logique médicale ou du *care*. « Mme C. est technicienne de laboratoire (...) Elle constate aujourd'hui une mainmise croissante de l'Administration sur les pratiques médicales à tel point qu'elle se demande parfois quelle est la finalité de son travail » (Paugam, 2000, p. 199). Les conclusions de l'étude d'Alderson confirment aussi « l'impact défavorable de la logique économique sur la pratique des soins. Cette logique induit des changements de valeurs faisant en sorte que la performance emboîte le pas au soin holiste empreint de *caring* ; lequel est précisément au cœur de l'idéal professionnel des infirmières » (2005, p. 83).

C'est dans cette prégnance de logique gestionnaire que l'indicateur de manque de sens au travail de l'enquête Woqual montre toute son importance. Si l'éthique médico-sociale n'est pas visée par les changements managériaux, l'adaptation à ces changements n'a pas de sens. Les infirmiers-ères sont poussé-e-s à se spécialiser, exerçant de plus en plus de tâches spécifiques, d'où leur autonomie qui devient plus restreinte. La perte de sens et le manque d'autonomie peuvent alors augmenter le stress. Il devient dès lors impossible de s'adapter à cette nouvelle logique illégitime, aucune stratégie ne semble pertinente, sauf la résistance collective. Refuser certaines mesures prises par la direction, boycotter les enquêtes internes ou bâcler certains rapports peuvent alors sembler le seul ajustement réalisable.

2) Nécessaire transformation du care

La partie traitant du changement de mentalité des patient-e-s est intimement reliée à la partie traitant de l'*homo sociologicus*, car, dans sa position d'intermédiaire, l'infirmier-ère doit aussi gérer la relation aux patient-e-s et aux familles. L'option a été de détailler cette relation ici tant elle est liée à un changement de situation qui intensifie davantage le travail. Le changement de relation est tel qu'il influe fortement sur les conditions de travail. Si un-e patient-e veut connaître plus en détails son cas médical, l'infirmier-ère doit passer plus de temps à lui expliquer, à déconstruire éventuellement les connaissances qu'il-elle aurait pu glaner au cours de ses recherches internet. La curiosité et la mauvaise information des patient-e-s causent alors un travail supplémentaire didactique pour les soignant-e-s. Le temps, déjà compté en raison des notifications accrues et des soins acutisés, se voit encore plus réduit. Le soin, idéalement créé dans une certaine lenteur pour créer un climat de confiance, devient urgent, technique et à expliquer. Afin de préserver le *care*, et donc le sens octroyé à son travail, le-la soignant-e doit redéfinir la relation de soin, et accepter plus de petits moments d'échange.

Comme Gollac le précise, « les opérateurs sont souvent confrontés à des injonctions contradictoires. Ils doivent arbitrer eux-mêmes entre les objectifs (ce qui est une tâche supplémentaire invisible) ou inventer des manières de faire susceptibles de produire un résultat acceptable, quel que soit le point de vue dont on le juge (ce qui impose un effort) » (2005, p. 197). Les infirmiers-ères sont en effet tiraillé-e-s entre deux stratégies possibles. La première est de louvoyer entre différents objectifs : octroyer des soins plus aigus et techniques, le faire en moins de temps, rester au courant des derniers médicaments, du matériel récent et des progrès scientifiques, notifier tous les actes infirmiers, créer un climat de confiance avec le-la patient-e pour favoriser la relation de soin, etc. Il s'agit alors de prioriser les objectifs en fonction des résultats attendus par l'hôpital, le-la chef de service ou soi-même. Une autre stratégie est de redéfinir le soin : avec moins de temps, et des moyens différents, l'infirmier-ère cherche à maintenir une relation de soin acceptable pour lui-elle et pour les patient-e-s. Il s'agit alors de repenser le soin autrement et d'inventer une nouvelle manière de soigner, compte tenu des contraintes imparties. L'une ou l'autre stratégie nécessite un travail supplémentaire, qui est rarement reconnu à sa juste valeur.

De plus, ces adaptations doivent s'opérer dans l'urgence, ce qui ne facilite pas le temps nécessaire à ce travail supplémentaire. « Dans l'urgence, on n'a pas de temps pour prendre du recul, assimiler des informations qui permettraient, par la suite, de ne pas se dépêcher, pas de temps pour mobiliser des coopérations qui faciliteraient l'activité, pas de temps pour s'organiser. L'urgence a donc un effet instantané et un effet différé. L'intensité du travail présent empêche de se préparer au travail à venir » (Gollac, 2005, p. 198). Un soin plus compliqué, plus aigu, qui nécessite plus d'actes techniques, et qui doit être géré en même temps que de nombreux cas similaires, ne laisse pas de temps pour imaginer une nouvelle manière de gérer ces soins particuliers.

L'intensité du travail, selon Gollac, est liée à des conditions de travail dégradées, qui, elles, sont associées non seulement à des interruptions perturbatrices, mais aussi à des indications contradictoires. « S'estimer perturbé dans son travail par la nécessité de s'interrompre pour entreprendre une tâche plus urgente ; recevoir des ordres ou des indications contradictoires : il s'agit là à la fois de pénibilités psychologiques et de formes de désorganisation du travail qui peuvent être à leur tour sources de mauvaises conditions de travail. Les interruptions perturbatrices sont liées aux contraintes industrielles, à la dépendance aux collègues, à la surveillance des supérieurs et aux contraintes marchandes, qu'elles prennent une forme abstraite (répondre à une demande immédiate) ou concrète (la présence des clients). Ces interruptions sont un symptôme d'organisations innovantes, combinant logique industrielle et ouverture sur le marché, mais mal maîtrisées. Les instructions contradictoires (...) sont

particulièrement fréquentes lorsque la hiérarchie contrôle le rythme de travail : soit que les interventions de cette dernière soient intempestives (...), soit qu'elle intervienne pour pallier des dysfonctionnements » (Gollac, 2005, p. 206).

Remplir le RHM et s'adapter aux avancées médicales correspondent manifestement à des interruptions perturbatrices dans la fonction initiale de soin. Il s'agit de mettre la relation avec le-la patient-e en suspens pour notifier les actes infirmiers ou se former aux nouvelles techniques. De plus, l'exigence grandissante des patient-e-s, plus informé-e-s et angoissé-e-s, interrompt également à tout moment la pratique infirmière. Les patient-e-s relèvent plutôt d'une certaine contrainte marchande, tant il faut répondre à leur demande immédiatement. En outre, les interventions de la hiérarchie sont vues comme contradictoires par les infirmiers-ères, car le RHM, les hospitalisations plus courtes et les soins plus aigus rentrent en porte-à-faux avec l'idée initiale de la construction lente d'une relation de soin. Au niveau des avancées médicales, par contre, même si la hiérarchie médicale contrôle le rythme de travail, en attendant des infirmiers-ères d'être au courant des nouveautés scientifiques, la contradiction n'est pas ressentie de la même manière. Il est plus légitime, dans un premier temps, de devoir réduire sa relation de soin pour une formation continue, justement dans le but constant d'améliorer cette relation, dans un deuxième temps. Le lien avec le *care* semble plus direct, et donc plus accepté.

Les conditions de travail dégradées (pénibilités physiques et psychologiques, facteurs de risque), accentuées par les interruptions perturbatrices, ainsi que par les indications contradictoires, intensifient le travail. Néanmoins, les réactions face à l'intensification ne sont pas uniquement dans la tension ou dans la résistance. Il est possible qu'une intensification s'accompagne d'une certaine complexité du travail ; s'y adapter peut même devenir une certaine source de plaisir au travail. Aussi, cette adaptation s'opère en fonction de la force de l'autonomie ou du soutien social, de la position sociale du travailleur ou de la travailleuse, du déroulement de la carrière, du sens au travail et de la reconnaissance (Gollac, 2005). L'adaptation à l'intensification ne semble donc pas uniforme. En effet, dans leur enquête sur le bonheur au travail, Baudelot et Gollac repéraient déjà un « déplacement historique du centre de gravité économique de nos sociétés, de moins en moins industrielles et de plus en plus orientées vers les services qui placent la relation entre les personnes au cœur de l'activité économique » (2003, p. 180). Les ébauches de solution ou d'adaptation à l'intensification résideraient donc moins dans l'*homo faber* que dans l'*homo sociologicus*, ou plus particulièrement dans le *care*, défini comme une attention envers autrui, une sollicitude, un soin ou un souci des autres (Dorlin, 2008; Gilligan, 2008; Garrau & Le Goff, 2010; Paperman & Laugier (dir), 2011; Brugère, 2017).

Joan Tronto donne la définition suivante du *care* : « une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre "monde" de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités (*selves*) et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie » (2009, p. 37). Cette définition est holistique car le *care* s'applique à autrui, aux objets et à l'environnement, il ne se réduit pas à la sollicitude « maternelle » et il est actif dans des pratiques (Garrau & Le Goff, 2010). Pour Tronto, le *care* renvoie justement à quatre processus complexes « qui demandent de se soucier de (*caring about*), de prendre en charge (*caring for*), de donner des soins (*care giving*) et de recevoir des soins (*care receiving*). Ils requièrent aussi le raffinement de nombreuses qualités morales incluant l'attention, une réflexion profonde sur la responsabilité, la compétence dans le *care* donné (*care giving*), et la bonne réponse apportée aussi bien à ceux qui reçoivent le *care* (*care receivers*), qu'au processus effectif du *care* même » (2012, pp. 31-32). À chaque phase du *care* correspond donc une dimension morale : 1) au souci de quelqu'un (*caring about*) est associée l'attention ou la **reconnaissance** du besoin d'autrui ; 2) à la prise en charge (*taking care of*), c'est

la **responsabilité** du travail de *care* ; 3) au soin prodigué (*care giving*), c'est la **compétence** du travail concret du *care* ; et 4) au fait d'être objet de soin (*care receiving*), correspond la capacité de réponse, la réceptivité ou encore la **réactivité** (Tronto, 2009). Il importe donc de redéfinir le *care* en lui attribuant une place centrale et visible dans la vie humaine.

Pour Tronto, « le *care* fait partie des valeurs humaines essentielles, et souvent aux marges de la société moderne capitaliste plutôt que près de son centre. (...) Le monde serait très différent si nous placions le *care* plus près du centre de nos valeurs » (2012, pp. 5-6). Selon Tronto, la société du *care* est préférable à la société du risque comme théorie politique et sociale pour trois raisons. D'abord, la société du risque, qui se veut mondialisée, ne concerne qu'une partie de la population en Europe, ayant déjà un « certain contrôle de leur condition matérielle » (Tronto, 2012, p. 19). Ensuite, la théorie de la société du risque sous-estime le rôle du capitalisme comme propre cause des risques en augmentation, pour reporter la responsabilité entre autres sur l'insuffisance de la science à réagir face aux risques. Enfin, la société du risque repose sur les valeurs de contrôle et de maîtrise comme inhérentes à la condition humaine, alors que la volonté de contrôler le risque consiste en fait à le nier, et se protéger du risque en le maîtrisant relève du construit « masculin ». La théorie de la société du risque pour Tronto serait alors une manière de réaffirmer la centralité de l'homme nanti ; elle défend donc l'idée de la théorie du *care* qui concerne tout le monde, mais qui est pourtant considéré comme indigne et donc est relégué au « privé » et aux minorités. « Le *care* a toujours été, et sera toujours, une partie de la vie humaine. (...) Ce travail de soin a été laissé aux femmes et aux autres populations marginalisées : domestiques, esclaves, classes populaires et basses castes, beaucoup d'entre eux étant marqués comme "autres" par la race, la religion ou le langage, ou encore par leur travail même de pourvoyeurs de soin (*care givers*) » (Tronto, 2012, p. 30).

Le *care* est aussi une manière de penser le pouvoir politique, mais, à l'inverse de la société de risque, sans contrôle ou maîtrise. Tronto épingle trois caractéristiques du *care*. Premièrement, « le *care* est **relationnel** et admet que les personnes – les autres êtres – et l'environnement sont interdépendants. (...) Le *care* suppose que les individus deviennent autonomes et capables d'agir d'eux-mêmes à travers un processus complexe de croissance, de développement, à travers lequel ils sont les uns et les autres interdépendants et transformés dans leur vie » (Tronto, 2012, pp. 32-33). Dans cette idée d'interdépendance, Tronto rejoint notamment l'amour d'Honneth (2010), dans sa première forme de reconnaissance où il stipule que c'est par l'attachement à sa mère que l'enfant construit son autonomie. Le *care* semble donc nécessaire et inévitable : à cette interdépendance, Tronto rajoute que tous les humains sont vulnérables et fragiles et qu'ils peuvent tous, à un moment dans leur vie, être soit des receveurs de *care* (*care receivers*), soit des donneurs de *care* (*care givers*). Molinier (2011) souligne même qu'il ne peut exister qu'un seul modèle de l'humain, l'*homo vulnerabilis*, dans la perspective du *care*. La deuxième caractéristique du *care* selon Tronto est qu'il est « **contextuel** et non essentialiste » car les besoins de *care* (*care needs*) sont universels, mais demandent une pratique différente pour tous en fonction d'une situation particulière. Troisièmement, « le *care* se doit d'être **démocratique** et non exclusif. (...) Le *care* peut être déployé discursivement avec de bonnes comme de mauvaises intentions. Cela signifie que l'adéquation normative du *care* ne provient pas de sa clarté conceptuelle, mais de la théorie politique et sociale plus large dans laquelle il est placé. (...) Des sociétés du *care* doivent penser à la distribution des responsabilités. Une éthique du *care* cherche à exposer comment les institutions sociales et politiques permettent à certains de supporter les fardeaux (et les joies) du *care*, et autorisent d'autres à les fuir » (Tronto, 2012, pp. 35-36). En reconnaissant la vulnérabilité humaine, le *care* invite à considérer les nouvelles formes de risque comme non dangereuses et permet de trouver des solutions collaboratives pour s'y adapter, les traiter ou les contenir. Grâce au *care*, il est alors possible de penser les

responsabilités de manière plus large et surtout dans le long terme, ce qui augmenterait le principe de précaution et nos capacités à brider les risques excessifs.

Pour Marie Garrau et Alice Le Goff, les théories du *care* se basent sur deux principes : « d'une part, le caractère fondamental de la vulnérabilité et de la dépendance, et, d'autre part, la méconnaissance sociale dont elles font l'objet » (2010, p. 9). En effet, « l'idée d'une frontière entre personnes autonomes et personnes vulnérables » (Garrau & Le Goff, 2010, p. 9) permet de nier sa propre vulnérabilité et celle des autres ; on retrouve ici la notion de responsabilité de Tronto. C'est grâce à l'éthique du *care* que les relations de dépendance peuvent se penser directement et autrement : « la reconnaissance de nos dépendances mutuelles doit donc aller de pair avec une reconnaissance de nos responsabilités mutuelles » (Garrau & Le Goff, 2010, p. 47).

Gilligan, pionnière de l'éthique du *care*, interroge « l'éthique de la justice » en la complétant, ou en déplaçant son centre d'attention, avec la notion de *care* comme éthique, car selon elle, « il existe un problème de représentation, une conception incomplète de la condition humaine, un oubli de certaines vérités concernant la vie » (2008, p. 12). Selon l'éthique de la justice, les femmes seraient moralement inférieures aux hommes et Gilligan critique cette éthique en stipulant que « l'éthique du *care* », déterminée par le travail des femmes dans la sphère domestique, est tout aussi valide. D'autres facteurs comme principes de décision morale sont donc tout aussi importants : « le souci de maintenir la relation lorsque les désirs et les intérêts divergent, la prise en compte des particularités de la personne et de la situation, l'engagement à répondre aux besoins concrets, le rôle accordé aux sentiments et aux émotions dans la compréhension des situations » (Laugier & Paperman, 2008, p. XI). Or non seulement ces facteurs sont considérés comme inférieurs ou déficients par l'éthique de la justice, mais « naturellement féminins ». Deux types de morale alors coexistent : « celle des **droits** qui accorde un rôle primordial à la séparation et à l'individu et celle de la **responsabilité** axée sur les rapports et la connexion entre les personnes » (Gilligan, 2008, p. 41). La première est considérée comme « masculine » et la deuxième comme « féminine » ; la première préconise une solution objective et universelle, tandis que la deuxième insiste sur les limites de n'importe quelle solution et met l'accent sur un relativisme contextuel.

La « voix différente » de Gilligan (2008) contredit l'éthique de la justice en montrant son incapacité à saisir le sens moral de réponses « non conformes » à un modèle « purement rationnel » et qu'il existe une autre orientation morale. Ce n'est pas que le *care* ne comporte pas de justice, bien au contraire, le *care* repose sur l'idée de justice : pas uniquement sur la justice des règles et des lois, mais aussi sur la justice dans des cas concrets. Ce sont ces expériences vécues qui doivent être entendues, même si elles ont une orientation morale différente (ou « non conforme ») mais sensée et adaptée à la particularité de la situation. Il ne s'agit pas d'opposer raisonnement et sentiments, mais de voir dans les affects une autre manière de raisonner. « Il n'y a pas de *concepts* moraux univoques qu'il ne resterait qu'à appliquer à la réalité pour délimiter des objets, mais nos concepts dépendent, dans leur application même, de la *vision* du "domaine", de la narration ou description que nous en donnons, de notre intérêt personnel. Il s'agit alors de transformer nos concepts et de les rendre sensibles à l'expérience de la vulnérabilité » (Laugier & Paperman, 2008, p. XXI). Dans cet ordre d'idée, l'impartialité ou le détachement, par exemple, ne sont plus des signes de maturité morale, mais deviennent des problèmes moraux, car ils renforcent l'aveuglement et l'indifférence. La « voix différente » de Gilligan est un appel à « trouver une nouvelle façon de parler : un changement de paradigme, un changement dans l'organisation ou la structure même de la conversation, qu'elle porte sur le genre mais aussi sur le soi, les relations, la morale et le développement...en somme, sur la condition humaine » (2011, p. 37).

Ces deux éthiques semblent opposées, pourtant Gilligan prône leur complémentarité. La conception de la morale comme justice se centre sur la mise en œuvre des droits et des règles, alors que la conception de la morale du *care* se centre sur l'attention aux responsabilités et à la nature des rapports humains. « Le problème moral est davantage provoqué par un conflit de responsabilités que par des droits incompatibles, et demande pour être résolu un mode de pensée plus contextuel et narratif que formel et abstrait. Cette conception de la morale se définit par une préoccupation [*care*] fondamentale du bien-être d'autrui, et centre le développement moral sur la compréhension des responsabilités et des rapports humains ; alors que la morale conçue comme justice rattache le développement moral à la compréhension des droits et des règles » (Gilligan, 2008, p. 40). L'éthique de la justice se veut générale et abstraite, fondée sur des principes universels ; l'éthique du *care* est liée à des conditions concrètes, fondée sur des expériences rattachées au quotidien. Dans l'idéologie morale des droits, les deux principes fondamentaux sont la justice et l'égalité entre soi et autrui, alors que « l'éthique de responsabilité est fondée sur une notion d'équité qui reconnaît des différences dans les besoins de chacun, et cette compréhension conduit à la compassion et à la sollicitude [*care*] » (Gilligan, 2008, p. 262). D'une part, il s'agit d'égalité et d'autre part, d'équité dans la reconnaissance des différentes vulnérabilités. « Alors que l'éthique de justice est fondée sur le principe d'égalité – chacun doit être traité de la même manière –, l'éthique du *care* repose sur le précepte de la non-violence – il ne doit être fait de tort à personne » (Gilligan, 2008, p. 277).

Dans la perspective de la morale des responsabilités, ou de l'éthique du *care*, l'autonomie correspond à l'excès de responsabilité, où l'on considère que chacun-e est responsable de sa propre vie. En effet, ignorer le *care* revient à nier la dépendance humaine aux services d'autrui afin de satisfaire des besoins primordiaux et donc à négliger des pans entiers de l'activité humaine. « Si les infirmières et les aides-soignantes (...) déniaient leur propre vulnérabilité (et dévalorisaient celle des patients), elles ne pourraient pas réaliser le travail de *care* » (Molinier, 2011, p. 350). Un autre excès à éviter est l'oubli de soi : « avoir pour idéal le bien-être [*care*] des autres ne veut plus dire se sacrifier » (Gilligan, 2008, p. 92), mais veut aussi dire rester fidèle à soi-même et rester intègre.

Une des critiques de « la voix différente » de Gilligan (2008) est que ces deux éthiques sont lacunaires : si l'éthique de la justice dévalorise les femmes en prônant des principes moraux abstraits et universels (typiquement « masculins »), l'éthique du *care* de Gilligan louerait les sentiments moraux des femmes autour de la sollicitude et de l'empathie, naturalisant par là la disposition féminine au soin des autres. Or, l'idée de Gilligan n'est pas d'essentialiser le *care*, bien au contraire, elle veut montrer combien la pratique du *care* a été assignée socialement aux femmes (et aux minorités ethniques) : « les voix masculines et féminines ont été mises en contraste ici afin de souligner la distinction qui existe entre deux modes de pensée et d'élucider un problème d'interprétation. Je ne tiens pas à établir une généralisation quelconque sur l'un ou l'autre sexe » (2008, p. 12). L'intérêt justement de la notion d'éthique du *care* est de remettre en cause la vision genrée des cadres et principes de l'éthique (Dorlin, 2008). Il est alors possible d'universaliser cette éthique du *care* aux deux sexes : « l'expérience divergente des femmes devient le fondement d'une nouvelle théorie qui devrait susciter une vision plus globale de la vie des deux sexes » (Gilligan, 2008, p. 15).

Gilligan observe une perméabilité entre les deux modèles : par exemple, l'intégration du modèle du *care* dans celui de la justice amène notamment une prise de conscience de la nature contextuelle de la morale. Le langage « des responsabilités fournit des images de relations qui viennent remplacer une hiérarchie dissoute par l'égalité, et le langage des droits souligne l'importance de s'inclure, au même titre qu'autrui, dans le réseau de sollicitude [*care*]. (...) En mettant en place deux modes d'interprétation, nous parvenons à une représentation plus

complète de l'expérience humaine qui reflète les vérités de la séparation et de l'attachement dans les vies féminines et masculines. (...) Ce dialogue entre la justice et la sollicitude permet non seulement de mieux comprendre les rapports entre les sexes, mais brosse également un portrait plus complet de la vie professionnelle et familiale » (Gilligan, 2008, pp. 276-277). Il s'agit donc de complémentarité entre les deux perspectives, de justice et de *care*, pour les hommes et pour les femmes, et pour la démocratie. « Dans une société et une culture démocratiques, fondées sur l'égalité de voix et le débat ouvert, le *care* est une éthique *féministe* : une éthique conduisant à une démocratie libérée du patriarcat et des maux qui lui sont associés, le racisme, le sexisme, l'homophobie, et d'autres formes d'intolérance et d'absence de *care*. Une éthique féministe du *care* est une voix différente parce que c'est une voix qui ne véhicule pas les normes et les valeurs du patriarcat ; c'est une voix qui n'est pas gouvernée par la dualité et la hiérarchie du genre, mais qui articule les normes et les valeurs démocratiques (l'importance du fait que tous aient une voix, et qu'ils soient confrontés à des conflits inhérents aux relations) » (Gilligan, 2011, p. 41).

Pour Pascale Molinier, Sandra Laugier et Patricia Paperman (2009; 2011), il est crucial de placer le *care*, une façon de se soucier des autres, au centre de la réflexion politique. Le *care* est un construit social et n'est pas inné : « on ne naît pas *caring*, on le devient. Et on le devient par le travail. (...) C'est sous la contrainte de devoir s'occuper des autres que la disposition au *care* a quelque chance (...) de se développer. La disposition ne précède pas le travail de *care*, elle y trouve l'occasion de s'y exercer » (Molinier, Laugier, & Paperman, 2009, p. 15). Selon ces auteures, politiser le *care* « c'est accorder une autorité à l'expérience des personnes qui réalisent cette part dévaluée du travail de *care*. (...) C'est rompre avec ce monde enchanté, qui n'est rien d'autre que le monde des privilégiés, où (...) ceux qui ont l'air d'être autonomes ne sont en réalité que les plus puissants d'entre nous, ceux qui bénéficient le plus du *care* des autres, du *silence* du *care* des autres » (Molinier, Laugier, & Paperman, 2009, pp. 18-19). L'autonomie semble donc toute relative puisqu'elle dépend du travail des autres. « La perspective du *care* souligne l'interdépendance et la vulnérabilité de tous : nul ne peut prétendre à l'autosuffisance. (...) Car dans une société fondée sur l'idéal de l'autonomie, règne aussi l'idée que nous sommes les auteurs de nous-mêmes, les propriétaires de nos idées et de nos œuvres, les artisans de notre immortalité. La perspective du *care* engage à formuler quelques doutes sur l'individualisation de nos performances. (...) L'éthique du *care* demande de descendre de son ego érigé en piédestal. (...) La reconnaissance de ce que l'on doit au *care* des autres implique une modestie qui n'est pas l'arme la meilleure pour faire autorité dans le monde tel qu'il est » (Molinier, Laugier, & Paperman, 2009, pp. 25-26). Aussi, comme Tronto, les chercheuses soulignent que « si nous sommes tous des destinataires de *care*, nous ne le sommes pas tous de la même façon ni de façon égale » (Molinier, Laugier, & Paperman, 2009, p. 29). Une politique du *care* ne semble pas aller de soi car « une véritable mise en œuvre politique de l'éthique du *care* implique aussi bien l'intégration des pratiques liées au *care* dans les divers programmes de la réflexion démocratique que l'*empowerment* des personnes concernées – pourvoyeurs et bénéficiaires du *care* » (Molinier, Laugier, & Paperman, 2009, p. 30). Entre le travail conceptuel du *care* et les pratiques du *care*, des allers-retours semblent nécessaires pour mieux appréhender les différentes formes de vulnérabilités concrètes des hommes et des femmes. L'éthique du *care* ne va pas sans réflexion et application politique. « Il convient de parler de politique du *care*, d'une politique qui mette le *care* au centre de ses priorités, qui fasse du *care* un enjeu de la démocratie » (Laugier & Paperman, 2008, p. XXXIX).

Les professionnel-le-s du *care* sont donc tributaires de cette « déficience » du *care*. « Plus le *care* s'écarte de la prise en charge – sur le modèle hautement valorisé du médecin qui se rapporte à un patient en vue de le guérir –, et plus il prend la forme du souci de préoccupations locales et corporelles – comme l'aide-soignante qui nettoie un malade –, plus il est délaissé par les

puissants, peu valorisé par des sociétés converties à un marché englobant et apparemment dématérialisé » (Brugère, 2017, p. 76). Dans l'idée d'une éthique de la justice, le métier infirmier, exercé massivement par des femmes, demeure sans conteste dévalorisé. « Le travail de soin se fait à travers des chaînes d'exploitation des individus, de leurs supposées dispositions humanitaires. La dévalorisation systématique du *soin* tient à une impossibilité du système politique actuel mondialisé à prendre en compte le souci des autres » (Brugère, 2017, p. 77).

Paperman mentionne aussi la vulnérabilité des personnes qui s'occupent de la vulnérabilité, les *care givers*, qui « absorbés par les exigences des soins aux personnes vulnérables, ne peuvent sans aide extérieure pourvoir à leurs propres besoins quotidiens et deviennent ainsi plus vulnérables, (...) les effets de la vulnérabilité accrue des *care givers* pèsent en retour sur les personnes qui sont à leur charge, à leur détriment » (2011, p. 331). L'auteure met en avant le terme de « crise du *care* » qui est notamment la crise « des *care givers* traditionnels assumant une charge de plus en plus lourde du fait de l'allongement de la durée de vie. Celle des conditions de plus en plus difficiles dans lesquelles s'effectuent les activités de soins » (Paperman, 2011, p. 332).

Molinier traite aussi d'invisibilité « nécessaire », par définition, du travail de *care*, ce qui accentue, entre autres, sa dévalorisation : « pour être efficace, le travail de *care* doit s'effacer comme travail ; de son invisibilité dépend son succès. À chaque fois qu'il s'agit de soulager la souffrance (...), il faut savoir *anticiper sur la demande* et dissimuler les efforts et le travail accomplis pour parvenir au résultat souhaité. (...) Il s'agit de ne pas mettre l'autre mal à l'aise, de ne pas lui faire honte, de respecter sa pudeur, son désir d'autonomie, de lui épargner l'humiliation de la dépendance, etc. Mais les savoir-faire discrets peuvent également mobiliser des connaissances techniques, comme lorsqu'une (bonne) infirmière panseuse tend au chirurgien qu'elle "sert" le bon instrument au bon moment, *avant* qu'il n'ait pris la peine de le demander » (2011, p. 343). Si pour être réussis, les savoir-faire du *care* doivent être invisibles, sans attendre de la gratitude, c'est justement quand ils « échouent » que le travail de *care* (ou de manque de *care*) devient visible. « L'invisibilité du travail de *care*, qui lui est donc intrinsèque, (...) a pour conséquence un déficit chronique de reconnaissance » (Molinier, 2011, p. 344), ce qui renvoie au chapitre précédent consacré à l'*homo sociologicus*.

À l'instar des descriptions contextuelles dans l'éthique de *care* (Gilligan, 2008), les infirmiers-ères ne peuvent pas raconter leur pratique de manière abstraite et généralisable. « Pour (faire) comprendre ce qu'elles font, les infirmières et les aides-soignantes sont tenues de raconter une succession d'histoires tordues où vulnérabilité ne signifie aucunement "innocence" ou "transparence" ou "bonté". Cette succession d'histoires que les soignantes se racontent inlassablement à chaque fois qu'elles en ont l'occasion vise à construire une éthique commune indissociable d'une communauté de sensibilité. (...) Le travail de *care* (...) est donc accessible sous la forme d'une narration. Cette mise en intrigue ne vise pas la vérité ou l'objectivité, mais tend à formuler l'informulable » (Molinier, 2011, pp. 347-348). C'est ce que Gallez (2017) a tenté de faire avec son essai mentionné dans l'introduction, mais sa tentative de vérité dénonciatrice est presque difficile à concevoir pour les non-soignant-e-s, tant l'invisibilité du *care* est incorporée en chacun-e. « Si les infirmières et les aides-soignantes se contentaient de se plaindre ou de décrire la réalité "toute nue", un peu comme on l'attendrait d'un témoignage objectif, l'évocation des contenus de leur expérience vécue serait insupportable pour leurs interlocuteurs comme pour elles-mêmes. (...) Pour pouvoir rendre l'évocation de cette expérience supportable, il est nécessaire de s'en distancier, c'est-à-dire d'en alléger la charge anxiogène » (Molinier, 2011, pp. 350-351). Si, après la lecture d'un ouvrage ou le visionnage d'un documentaire sur le malaise infirmier, le besoin de prendre distance se fait sentir, comment les soignant-e-s, au quotidien, dans la pratique, le concret et la chair, font-ils-elles ? Raconter à ses

pairs les anecdotes et les histoires du jour prend alors tout son sens ; comme dans une salle des professeurs, un conseil de classe ou une réunion entre parents. Le *care* se raconte dans le concret et l'anecdotique et ne peut être objectivable et généralisable ; on peut même parler d'éthique du quotidien des soins (Hesbeen, 2014). Pourtant, la logique managériale de l'hôpital n'est pas la même que la logique de *care*. « Dans la perspective gestionnaire, le *care* est (...) réduit à l'évocation des "gestes élémentaires d'humanité". "Élémentaire" ne dénote pas seulement une banalisation de la complexité du *care* mais contient l'idée que le *care*, l'"humain", pourrait bien se déléguer aux seuls bénévoles. Le *care* n'est pas enraciné dans la nature humaine, il ne se déclenche pas instinctivement au contact du désarroi et de la dépendance d'autrui, le *care* est le produit d'un effort collectif, d'une culture du soin, laquelle est contingente et peut disparaître. Quand l'organisation du travail ne permet plus de solutions satisfaisantes, on a pu identifier, dans certains collectifs d'aides-soignantes, des *stratégies collectives de défense* qui autorisent à opérer un tri entre les patients. (...) Du *care* à la maltraitance instituée, il n'y a qu'un pas. Demain, un hôpital sans *care* est possible » (Molinier, 2011, p. 354).

Molinier (2011), dans ses enquêtes sur les infirmiers-ères et aides-soignant-e-s, montre aussi qu'une part importante du travail infirmier est déléguée aux aides-soignant-e-s, comportant la partie la plus ingrate du travail de *care*, comme les soins corporels d'hygiène et de confort, que Everett C. Hughes appelle « les sales boulots » (*dirty works*) (Dubar, Tripier, & Boussard, 2011). Au sein du *care* professionnel, d'autres rapports de pouvoir sont donc à l'œuvre. Pour Kergoat, le paradigme du travail de *care* serait même un outil pour observer l'intersectionnalité, car il serait « au croisement même des rapports sociaux de classe, de sexe et de "race". (...) Les trois rapports sociaux sont indémêlables et non seulement se renforcent mais aussi se coproduisent mutuellement » (2009, p. 122). En effet, le rapport de classes se situe entre femmes de capitaux économiques, culturels et sociaux opposés et crée une nouvelle classe servile. Le rapport de sexes est juste déplacé par l'externalisation du travail domestique, toujours exécuté par des femmes et non pris en charge par des politiques sociales. Le rapport de race évolue aussi car « il y a racisation du travail de *care* à travers la naturalisation des qualités qui seraient propres à telle ou telle ethnie » (Kergoat, 2009, p. 122). Molinier, Laugier et Paperman placent aussi le *care* dans l'intersectionnalité ; il s'agit de « situer, c'est-à-dire identifier et décrire, l'organisation même par laquelle les responsabilités du *care* sont fragmentées selon des lignes de genre, mais aussi de classe et de "race", et non pensées ensemble pour que soit réalisable un *care* de meilleure qualité pour les destinataires, quels qu'ils soient » (2009, p. 20). Fabienne Brugère s'inscrit dans la même veine : « le *care* fait l'objet d'un partage social selon le genre, la race et la classe. Il peut alors devenir l'objet d'un travail mal rémunéré (travail des dominés ou des faibles au service des puissants), peu considéré même s'il constitue un rouage essentiel du fonctionnement de la société de marché » (Brugère, 2017, p. 76). Dans la même lignée, Bessin imbrique l'âge au genre et utilise, presque à la place du *care*, le concept de « présences sociales », qui « s'inscrit pleinement dans les études du *care*, il vient le préciser ou peut-être plus modestement en informer un segment par l'analyse temporelle. (...) Les présences sociales viennent enrichir et politiser les perspectives du *care* en posant ses enjeux temporels et sexués » (Bessin, 2014, p. 10). En effet, « le *care* est un processus qui se développe dans le temps. (...) Le parcours de vie est une succession de périodes d'injonction et d'obligation, d'attentes de *care* et d'assignation au *care*, d'anticipations et d'ajustements de ces besoins et des réponses à leur donner » (Bessin, 2014, p. 7). Le *care* est donc non seulement genré, hiérarchique et racial, mais aussi temporel.

Dans le premier chapitre de cette thèse, ce nouveau paradigme infirmier du *caring* émergent principalement en Amérique du Nord, du moins au Québec, était déjà évoqué. Pour Blondeau, la « défense des droits de la personne s'est faite parallèlement à l'avènement du mouvement féministe. (...) Valorisée dans la société actuelle, la contribution sociale de la femme a pris la

forme d'un acquis indéniable et incontestable » (2002, p. 75). Il semble que, dans le malaise infirmier (ou même sociétal), une lueur d'espoir est permise dans ce paradigme du *care*. Le *care*, non spécifique aux femmes, comporterait alors des ébauches de stratégies pour contrer (ou compléter) la logique gestionnaire présente dans les hôpitaux. En effet, « le *caring* suggère une éthique de la solidarité qui prône le souci de l'autre à travers la vie, la maladie et la mort. À l'heure où la société s'encombre du "mal-être" de l'individualisme et se replie dans les requêtes infinies du "citoyen-à-droits", (...) le *caring* annonce un changement de cap : il rétablit la relation entre les êtres humains et fait échec à leur isolement. (...) Valeur traditionnelle au point de départ, (...) elle est recherchée aujourd'hui pour combler les manques engendrés par une rationalité stérile. Le *caring* restitue à l'être humain sa place dans l'univers et rétablit ses liens avec les autres. Pour ces raisons, c'est autour d'une éthique de la solidarité que doit se poursuivre la consolidation du soin infirmier qui (...) représente un espoir pour l'humanité » (Blondeau, 2002, pp. 75-76). Que ça soit dans les soins infirmiers ou dans la société en général, la valeur du « prendre soin », la valeur du *care* semble être l'avenir pour un vivre-ensemble plus juste et un mieux-être sociétal. « Le *care* et le *caring* ne sont pas des questions de femmes ; ce sont des préoccupations humaines » (Gilligan, 2011, p. 42). Dans le but de freiner les logiques économiques qui entament le sens du travail, cette « solution du *care* » semble assez unanime, notamment en science infirmière québécoise : « l'investissement dans la relation d'accompagnement et d'aide avec les résidents et les familles émerge comme stratégie déployée par les infirmières pour compenser l'ensemble des frustrations, des insatisfactions et des souffrances vécues. C'est dans cette relation que les infirmières (...) trouvent un sens à leur travail, construisent leur nécessaire valorisation professionnelle et récoltent l'indispensable reconnaissance. La relation d'aide et d'accompagnement est au cœur de l'équilibre psychique des infirmières ; elle ouvre sur un sens et un plaisir au travail » (Alderson, 2005, p. 83). Si l'on veut transformer les « tensions vécues au travail en sources de plaisir et de construction identitaire » (Alderson, 2005, p. 83), il s'agit donc de trouver des moyens pour réinvestir la relation d'aide et d'accompagnement avec les patient-e-s et leur famille.

Le *care* semble donc polysémique dans le malaise infirmier : non seulement, il en est une des causes, mais il en est aussi une des solutions. D'un côté, à l'heure actuelle, le *care* renforce le malaise infirmier, dans l'assignation invisibilisée faite aux femmes de prendre soin des autres. Si la dimension éthique du *care* n'est pas entendue, on reste dans « la marginalisation des pratiques de *care*, qui renvoie à la fois aux positions inégales occupées par les uns et les autres dans le processus de *care* et à la répartition inégale du travail de soin proprement dit » (Garrau & Le Goff, 2010, p. 88). D'un autre côté, une politique du *care*, universalisant la vulnérabilité de chacun-e devant être prise en charge par tout le monde, rééquilibrerait les responsabilités, et serait une manière de transformer notamment les logiques capitalistes dominantes au sein des hôpitaux. Le soin actuel, féminisé, serait alors nécessairement modifié dans une éthique du *care* plus démocratique, plus juste et plus responsable. L'injonction à l'autonomie, issue notamment du *New Public Management*, n'aurait alors plus de sens dans cette perspective. De même, la croyance en l'affaiblissement du lien social n'aurait plus lieu d'être. Réinvestir dans le *care* serait ainsi une manière non seulement de contrer les nouveaux facteurs de l'*homo faber* mais aussi d'amoindrir le malaise professionnel et sociétal.

Utopistes, idéaltypiques ou d'avant-garde, les théories du *care* semblent amener du baume au cœur des soignant-e-s, mais entre une idée de justice sociale plus ou moins aboutie et un changement de mentalité, entre l'émergence de nouveaux modèles culturels et leur intégration dans nos pratiques sociales quotidiennes, entre l'idée d'une politique sociale et son application, entre théorie et pratique, il reste encore du pain sur la planche pour la recherche en sciences sociales.

À l'issue de l'analyse catégorielle du matériau qualitatif, il est possible d'affirmer que l'on assiste à deux nouveaux modèles culturels différenciés, tous deux issus de réactions ou de stratégies face à un modèle qui ne fonctionne plus. D'abord, le paradigme de la polycentralité est une réaction individuelle de protection face à la désinstitutionnalisation, ce qui occasionne du malaise, car il n'y a plus de modèle de référence. Les injonctions d'autonomie et d'hypermodernité renforcent cette envie de chercher du sens ailleurs que dans les institutions piliers, c'est-à-dire en soi et dans plusieurs autres sphères d'activité. Ensuite, le paradigme du *care* est une réaction plutôt collective face aux modèles économiques actuels qui déshumanisent l'activité, mais aussi face aux répartitions inégales et intersectionnelles du travail. Le *care* est davantage un modèle de justice sociale pour tous, alors que la polycentralité est une stratégie de protection individuelle. Ces deux modèles sont-ils reliés ? Le premier lien qui saute aux yeux est que ces deux modèles seraient des réactions issues des deux éthiques dont discute Gilligan : la polycentralité serait une réaction de l'éthique de la justice, centrée sur le moi égalant autrui, tandis que le *care* serait une réaction de l'éthique de la responsabilité. Pourtant, ces deux paradigmes ne sont pas imperméables. Dans la polycentralité, la sphère familiale, par exemple, est aussi importante que la sphère professionnelle, donc « s'occuper » de sa famille ou de son travail est aussi important. Dans le *care*, il est important de « s'occuper » aussi de soi pour prendre soin des autres : « en l'absence de Soi, il n'y a pas de relation (il n'y a personne) ; en l'absence de relation, il n'y a pas de Soi » (Gilligan, 2011, p. 42). Ces « fissures », ou ces liens, entre éthiques permettent la complémentarité des modèles, et ce déjà au creux des nouvelles générations, qui portent en elles les germes de ces nouveaux modèles culturels ou qui vivent déjà sous leur houlette. Les plus jeunes, plutôt Pluraux, décentralisent la place du travail pour la mettre sur le même niveau que d'autres sphères (privée ou sociale). Et ce sont ces mêmes « jeunes », hommes et femmes, qui en déçoisent avec les modèles traditionnels et paternalistes de justice sociale. Ces deux modèles émergeant sont contemporains et touchent davantage les plus jeunes générations, porteuses de ces deux modèles. Le lien générationnel entre la polycentralité et le modèle du *care* est visible dans cette étude, à travers les modèles professionnels genrés, mais il serait plus que pertinent d'investiguer plus avant ce lien dans de futurs travaux. Le modèle de la polycentralité, de plus en plus ancré dans les mentalités et percolant de plus en plus toutes les générations, invite presque le modèle de *care*, encore émergeant et difficilement applicable partout, à devenir plus visible. L'*ethos de l'épanouissement personnel* complété alors du *care* deviendrait un nouveau projet de société ou un nouveau paradigme social.

CONCLUSION

Le questionnement fondamental de cette thèse de doctorat consiste à identifier et comprendre le malaise infirmier dans les hôpitaux en Belgique, à travers une organisation de facteurs de malaise selon différents niveaux et dimensions. Il s'agit donc d'une compréhension holistique du malaise professionnel des infirmiers-ères hospitaliers-ères. Ce terme de malaise est particulier car il est à la fois ancien et nouveau : il est utilisé pour exprimer du connu, mais il contient aussi du neuf. Si le terme de malaise ressort de la littérature scientifique ou médiatique, c'est justement par son côté actuel. Et pourtant, des facteurs du malaise infirmier étaient déjà à l'œuvre bien avant ces évolutions conceptuelles. Utiliser le concept de « malaise » est donc relativement récent même si une partie du contenu du malaise l'est beaucoup moins.

Tout, dans le malaise, n'est donc pas neuf ; des causes du malaise existent depuis la création-même du métier. Pourtant, l'utilisation récente de ce terme précis de « malaise » serait symptomatique d'un conflit actuel entre une insécurisation de l'individu dans sa croyance d'un affaiblissement du lien social et une injonction à l'autonomie et à l'hypermodernité (Aubert, 2003; 2004a; Ehrenberg, 2012; Monneuse, 2014). Suite à une désinstitutionnalisation et une montée de l'individualisme, l'individu est surchargé de nouvelles responsabilités et d'épreuves liées aux pressions du *New Public Management*. L'injonction à l'autonomie obligatoire est paradoxale car l'autonomie épanouissante devrait être choisie or ici elle est devenue obligatoire. L'individu doit à la fois montrer sa singularité et entrer dans les moules de la socialisation. C'est la personnalité ou l'accomplissement personnel dans le monde du travail qui est plutôt attendu, de tous les niveaux de salaire. Ces conflits intérieurs fragilisent l'individu requérant davantage de reconnaissance et exigeant plus de preuves de bonheur et d'épanouissement personnel. S'ensuit alors un mal-être ou un malaise constitutif de notre société (Ehrenberg, 2012). Deux actions possibles résultent de ce malaise : soit l'individu insatisfait et hypermoderne en souffre, soit l'individu fait preuve de résilience ou d'une volonté de prise sur le changement social, en s'occupant davantage de lui-même, toujours en quête individuelle de santé mentale et de reconnaissance. Les évolutions de la société sont à analyser comme des transformations du lien social et non son délitement, car il semble irréal de ne plus faire société (Ehrenberg, 2012; Marquis, 2014). Le terme de malaise, en tant que concept sociologique, doit alors être vu comme un révélateur de mutations sociales, et une des mutations actuelles est cette autonomie comme attendu social. Le malaise serait presque une nouvelle norme sociale ou la seule réaction possible face à une injonction paradoxale. Utiliser le concept de malaise aujourd'hui révèle non seulement des mutations sociales mais contient aussi une part inhérente, intrinsèque ou récurrente. Si certains groupes professionnels, comme celui des infirmiers-ères, sont en malaise, c'est qu'il y a à la fois une part récurrente et une part en mutation. Le terme presque polysémique de malaise contient à lui seul le propos de cette thèse.

Ainsi, si, pendant des années, l'individu attendait plus de son contrat que de son travail, il n'en est plus de même à l'heure actuelle : *l'ethos de l'épanouissement personnel* (Lalivé d'Epinay & Garcia, 1988) touche aussi le domaine professionnel. Les formes d'insatisfaction au travail (dont certaines déjà existantes) deviennent alors insupportables (Baudelot & Gollac, 2003; Théry, 2010; Clot & Gollac, 2017). Parallèlement, l'intensification du travail réclamant des rythmes effrénés (Askenazy, 2004; Saint-Martin, 2009; Gaudart, 2010) accentue ces insatisfactions et ces attentes. Les formes de malaise relativement accommodantes, ou considérées comme intrinsèques à la définition du métier, sont alors doublées et mises en exergue par de nouvelles causes de malaise vues comme illégitimes. D'une part, le malaise infirmier est donc, en partie, constitutif du métier, voire nécessaire à la construction d'une identité professionnelle forte. Même si l'identité peut se transformer (et donc ce malaise évoluer), une forme du malaise reste

partie intégrante du métier, depuis sa création. Il existe alors des facteurs immuables dans le temps ou qui se déclinent différemment avec les époques tout en restant fondamentalement les mêmes. D'autre part, d'autres facteurs issus de mutations sociales et culturelles transforment ou exacerbent certains paramètres du malaise.

Au-delà de ce premier prisme d'analyse, la théorie des intégrations professionnelles de Paugam (2000) est utilisée ici comme cadre théorique aménagé d'autres auteurs. La théorie de Paugam consiste à croiser le rapport à l'emploi (de la protection sociale vers la précarité de l'emploi stable) avec le rapport au travail (de l'épanouissement vers le déni de reconnaissance) pour créer quatre types d'intégration professionnelle. Ces deux axes de l'emploi et du travail sont particulièrement intéressants pour comprendre le malaise infirmier. L'axe du travail est lui-même découpé en trois concepts : l'*homo œconomicus*, l'*homo sociologicus* et l'*homo faber* (Paugam, 2000). Le cadre théorique comporte donc, au final, quatre grands groupes de facteurs de malaise. Le premier groupe de facteurs concerne la sécurité de l'emploi. Contrairement à d'autres groupes professionnels, cet axe de l'emploi, dans la profession infirmière, ne traite pas d'insécurité, mais bien de sécurité de l'emploi. En effet, le manque de personnel étant récurrent, il est toujours aisé en Belgique de trouver de l'emploi comme infirmier-ère. Le deuxième groupe de facteurs traite de l'insatisfaction financière ou salariale, l'*homo œconomicus*. Le troisième groupe de facteurs, c'est l'*homo sociologicus* où les relations intermédiaires et intersectionnelles de la profession infirmière éprouvent un manque chronique de reconnaissance (Honneth, 2010; Monneuse, 2014). Le quatrième et dernier groupe de facteurs est celui de l'*homo faber*, à savoir les conditions de travail intensifiées (Baudelot & Gollac, 2003) procurant plus ou moins de sens (Aubert, 2004a; Alderson, 2005; Ehrenberg, 2012), de stress (Valléry & Leduc, 2017) ou d'autonomie au travail (Saint-Martin, 2009; Ehrenberg, 2012; Monneuse, 2014).

C'est à partir de ce cadre théorique qu'une méthodologie mixte de récolte et d'analyse de données a été préconisée. Dans un premier temps, les facteurs d'un malaise infirmier sont identifiés grâce à des analyses statistiques ; et dans un deuxième temps, les expressions de ce malaise sont décortiquées en fonction des concepts de Paugam, via une vingtaine d'entretiens compréhensifs, un atelier et une Méthode d'Analyse en Groupe. Le cadre utilisé dans l'analyse quantitative se centre principalement sur tous les concepts de Paugam mentionnés précédemment, tandis que le cadre de l'analyse qualitative est enrichi à la fois de l'histoire du métier infirmier et des réactions des protagonistes (voir Tableau 42 suivant).

En effet, *a priori*, les quatre groupes de facteurs de malaise peuvent sembler relativement novateurs dans l'analyse d'un malaise professionnel. Pourtant, selon la littérature sur l'histoire du métier infirmier en Belgique, il s'avère que certaines dimensions ou des parties de dimensions existaient déjà avant ou lors de la création du métier. Certains facteurs de malaise, comme l'insatisfaction financière par exemple, ont donc la peau dure et semblent avoir toujours été présents, contrairement à d'autres, comme l'intensification du travail par exemple, qui, eux, paraissent plutôt liés à notre ère contemporaine. Aussi, les infirmiers-ères rencontrés et interrogés manifestent des réactions différentes selon l'ancienneté des insatisfactions : les plus ancrées semblent amener davantage de réponses individuelles, tandis que les nouvelles rassemblent les forces de travail dans des ripostes collectives. Les insatisfactions plus anciennes sont connues, donc légèrement moins stressantes, et des ajustements personnels ont alors pu être anticipés. À l'inverse, les nouvelles insatisfactions entraînent des résistances organisées ou discutées à plusieurs.

Les quatre dimensions précitées (la sécurité de l'emploi, l'*homo œconomicus*, l'*homo sociologicus* et l'*homo faber*) sont donc regroupées en deux grandes familles de facteurs. D'une part, il s'agit de facteurs constitutifs du métier infirmier. Même si les modalités d'expression de ces facteurs évoluent, ils ont toujours fait partie intégrante de l'identité de la profession

CONCLUSION

infirmière. Leur récurrence pose alors la question de leur caractère fondamental de l'identité professionnelle. À force d'être confronté aux mêmes facteurs depuis le début du métier, il est possible de considérer alors ces facteurs comme allant de soi, voire même comme nécessaires à la construction d'une identité infirmière forte. D'autre part, il s'agit de facteurs relativement neufs, rendant plus difficile l'adaptation ou la résilience à cette nouveauté. Qu'ils soient constitutifs ou nouveaux, les facteurs de malaise sont difficiles à supporter. Pourtant, face aux facteurs constitutifs, les infirmiers-ères ont eu plus de temps pour développer des stratégies d'adaptation, ou pour se résigner à une forme de tolérance, alors qu'il leur est quasiment impossible de faire face aux nouveaux facteurs, contre lesquels ils-elles sont en forte résistance. Dans les facteurs de malaise constitutifs du métier, toutes les dimensions de Paugam, à savoir la sécurité de l'emploi, l'*homo œconomicus*, l'*homo sociologicus* et l'*homo faber* se retrouvent. Dans les nouveaux facteurs de malaise infirmier, seules des dimensions de l'*homo sociologicus* et de l'*homo faber* manifestent des réactions exaspérées et collectives. Ces deux derniers groupes de facteurs se répartissent donc à la fois dans les facteurs constitutifs ainsi que dans les nouveaux.

Les deux tableaux suivants récapitulent d'abord le cadre utilisé dans les parties quantitative et qualitative, ensuite les compensations et stratégies en fonction du type de facteur de malaise.

Tableau 42 – Tableau récapitulatif du cadre théorique utilisé

CADRE UTILISÉ DANS L'ANALYSE QUANTITATIVE			CADRE DE L'ANALYSE QUALITATIVE	
Concepts	Dimensions	Indicateurs synthétiques	Facteurs constitutifs	Facteurs nouveaux
Rapport à l'emploi (statut)		- Sécurité de l'emploi - Perspectives de promotion	<u>1. Sécurité de l'emploi</u> Pénurie de main-d'œuvre → travail en sous-effectif	/
Rapport au travail (satisfaction)	<i>Homo œconomicus</i>	Insatisfaction financière	<u>2. Homo œconomicus</u>	/
	<i>Homo sociologicus</i>	- Manque de reconnaissance - Relations avec la hiérarchie - Relations avec les collègues - Violence	→ <u>3. Homo sociologicus</u> Intermédiaire culturel et intersectionnalité → manque de reconnaissance	<u>3. Homo sociologicus</u> Choc d' <i>ethos</i> générationnels
	<i>Homo faber</i>	- Manque de sens du travail - Stress - Manque d'autonomie - Intensification du travail	<u>4. Homo faber</u> Avancées médicales → intensification du travail → maintien du sens Stress et manque d'autonomie	<u>4. Homo faber</u> Changements managériaux → intensification du travail → perte de sens car besoin de <i>care</i>

Tableau 43 – Tableau récapitulatif des facteurs de malaise et des compensations ou stratégies

FACTEURS DE MALAISE		COMPENSATIONS OU STRATÉGIES
Constitutifs	Nouveaux	
<u>1. Sécurité de l'emploi</u> Pénurie de main-d'œuvre → travail en sous-effectif	/	Compensation individuelle: Travail à la carte
<u>2. Homo oeconomicus</u>	/	Compensation individuelle: Primes de pauses, de gardes, de week-ends, de nuits, aménagements de fin de carrière, congés de maternité, etc.
<u>3. Homo sociologicus</u> Intermédiaire culturel et intersectionnalité → manque de reconnaissance	/	Compensation individuelle: Reconnaissance dans certaines relations, à certains moments
/	<u>3. Homo sociologicus</u> Rapport de Générations → choc d' <i>ethos</i> générationnels	Résistance et stratégie collective et normative: Se regrouper par groupe générationnel pour mieux exclure les autres groupes ou socialiser les nouveaux petit à petit via une « Charte » du bon infirmier, de la bonne infirmière
<u>4. Homo faber</u> Avancées médicales → intensification du travail Stress et manque d'autonomie constants	/	Justification individuelle: Sens et logique de <i>care</i> maintenue
/	<u>4. Homo faber</u> Changements managériaux → intensification du travail → stress accentué et manque d'autonomie Perte de sens car besoin de <i>care</i> Changements de mentalité des (im)patient-e-s	Résistance collective: Manque de sens dans la logique gestionnaire Ethique du <i>care</i> comme stratégie théorique potentielle

Les différents résultats des enquêtes quantitative et qualitative sont rassemblés en fonction du type de facteur de malaise, qu'il soit constitutif ou nouveau.

1. Facteurs constitutifs de malaise infirmier

A. Sécurité de l'emploi

Rappelons la moyenne de l'indicateur synthétique de la sécurité de l'emploi qui était de 19,2 : les infirmiers-ères de la base de données sont très satisfait-e-s de la sécurité de leur contrat de travail. Selon la théorie des intégrations professionnelles de Paugam (2000), les infirmiers-ères se situeraient plutôt entre une *intégration assurée* (stabilité de l'emploi et satisfaction dans le travail) et une *intégration laborieuse* (stabilité de l'emploi et insatisfaction dans le travail). La sécurité de l'emploi infirmier reste une résultante de la pénurie de main-d'œuvre. En Belgique, l'ONEM⁹² considère le métier infirmier en pénurie. Dès lors, il permet de suivre la formation en soins infirmiers, tout en continuant à bénéficier des allocations de chômage. En 2009, le SPF Santé Publique compte un peu plus de 160.000 infirmiers-ères enregistré-e-s contre 126.000 infirmiers-ères actifs-ves. La densité d'infirmiers-ères est donc très élevée et démontre un sérieux potentiel de soignant-e-s, ce qui est non négligeable face au vieillissement de la

⁹² L'Office National de l'Emploi (www.onem.be, site consulté en 2016).

population. On pourrait donc croire qu'une pénurie de personnel infirmier est impensable, or, non seulement les besoins en terme de personnel vont s'accroître, mais il faudrait aussi que le recrutement reste stable, que les temps partiels diminuent au profit de temps plein, et que les infirmiers-ères en place restent au travail jusqu'à l'âge de la pension, ce qui est moins sûr (Joiris, 2009). Le besoin en infirmiers-ères ne va que s'accroître, au vu de la population vieillissante allant nécessiter de plus en plus de soins. Non seulement il est difficile de former et de recruter du (nouveau) personnel infirmier, mais, en plus, maintenir les infirmiers-ères à l'emploi ne semble pas une sinécure. En effet, selon l'enquête européenne NEXT, ainsi que les statistiques belges, les infirmiers-ères sont nombreux-ses à quitter leur emploi à partir de 50 ans. Il y aurait donc un questionnement à poser à l'entrée et surtout à la sortie du métier.

Cette pénurie de main-d'œuvre n'a rien de neuf. Elle a toujours existé. Le métier infirmier s'est même construit autour de cette pénurie, étant corrélée directement aux avancées médicales. Au XIX^{ème} siècle, les infirmiers-ères étaient les domestiques de l'hôpital, nettoyaient les latrines, les sols, ou faisaient la cuisine. Suite à la grande révolution médicale de l'antisepsie (1877) puis de l'asepsie (1892), les médecins ont eu davantage besoin de personnel instruit et formé. C'est à cette époque que le nouveau métier « d'infirmière auxiliaire » émerge. Les médecins forment alors les domestiques, vivant sur place donc disponibles, à devenir des auxiliaires de santé. La Guerre mondiale de 1914-1918 accentue ce besoin, au vu du grand nombre de blessés. Des infirmières anglaises sont même recrutées pour pallier ce manque de personnel soignant. Dans l'entre-deux-guerres, il est toujours très difficile de recruter du personnel hospitalier, ces besoins se faisant plus grands, au vu des avancées médicales d'après-guerre. Il semble que la pénurie d'infirmiers-ères coexiste au fil du temps avec les progrès de la médecine, toujours constants.

La pénurie de main-d'œuvre infirmière fait donc partie intégrante du métier, forçant constamment les équipes à devoir s'y adapter, afin de garantir l'offre de soins. Le travail en sous-effectifs est durement subi au quotidien et occasionne continuellement une surcharge de travail. La pénurie est parfois fluctuante mais toujours récurrente, puis accentuée par les congés des un-e-s et des autres. On observe une plus grande rotation dans les équipes de travail, et ce turnover accentue davantage le manque de personnel, y ajoutant un caractère imprévisible. Le travail en sous-effectifs, structurellement constant et à la fois fortuit, est donc constitutif du métier infirmier. Travailler dans ces conditions s'avère très inconfortable.

Néanmoins, ce manque de personnel garantit non seulement une sécurité de l'emploi, mais aussi une flexibilité dans l'agencement personnel du contrat de travail. Même si la pénurie est difficile à gérer, la possibilité du travail « à la carte » permet de compenser l'inconfort. Le manque de personnel peut alors amener l'infirmier-ère à « faire son marché » et choisir le type d'institution, d'hôpital ou même de service hospitalier, le pourcentage et le moment du travail (week-ends, nuits), voire même son horaire. Cette compensation ressemble plus à une forme de stratégie individuelle que collective, tant elle a pu être réfléchie à l'avance, même au moment du choix des études.

B. Homo œconomicus

L'*homo œconomicus*, ou la récompense financière aux efforts des individus, est la deuxième dimension composant les facteurs constitutifs du malaise infirmier. L'insatisfaction salariale est bien présente et a toujours existé. Même si Paugam sépare l'*homo œconomicus* de l'*homo sociologicus*, l'insatisfaction financière peut être considérée comme un manque de reconnaissance institutionnelle ou sociétale. Comme il existe plusieurs formes de reconnaissance, la reconnaissance salariale est séparée ici de la reconnaissance sociale, davantage inscrite dans l'*homo sociologicus*. Tout travail mérite salaire et la rémunération

correspond donc à la valeur pécuniaire du travail fourni ; autrement dit, au plus le travail est important, au plus il est rétribué. Si la plainte salariale est omniprésente et récurrente auprès des infirmiers-ères, c'est en partie parce que l'importance de leur travail n'est pas reconnue à sa juste valeur. Comme si le manque financier ne faisait que contribuer ou renforcer un manque de reconnaissance déjà existant. Comme si l'augmentation des salaires pouvait finalement leur apporter la crédibilité ou la légitimité tant désirée.

L'indicateur synthétique de la satisfaction salariale présentait une moyenne de 55,3 et une distribution normale, c'est-à-dire que les personnes interrogées étaient également partagées entre la satisfaction et l'insatisfaction financière.

Au XIX^{ème} siècle, ce sont les domestiques, peu payé-e-s, qui ont petit à petit été formé-e-s par les médecins pour les aider. Ils-elles étaient donc payé-e-s, dans un premier temps, comme des domestiques rendant un service, avant que leur statut d'auxiliaire de santé soit reconnu et rétribué en fonction de leurs nouvelles attributions. Le métier naît donc de l'initiative médicale masculine, dans un rapport hiérarchique vertical, pour être au service du patient. Les médecins souhaitaient un personnel auxiliaire instruit, obéissant, soumis, prêt à les seconder efficacement, sans prendre d'initiatives intempestives, devant connaître les tâches domestiques et les actes techniques (prise de température, pansement, bandage, piqûre, prise de sang, etc.) (Joiris, 2009). Il est entendu que ce personnel ne doit pas empiéter sur la zone du pouvoir médical, donc leur formation ne doit pas être trop intellectuelle (Piette, 1995). La norme du soin gratuit, naturel, bénévole et charitable, dans l'idée de désintérêt et de don de soi, reste puissante. On se situe donc encore bien ici dans un long processus de reconnaissance d'une profession autonome, cherchant à s'affranchir du pouvoir médical.

L'*homo œconomicus* fait tout à fait partie de l'élaboration de l'identité infirmière : l'insatisfaction financière a finalement toujours existé dans le métier infirmier, comme si elle était incontournable. Pourtant, même si la plainte est de notoriété publique, certains avantages sont aussi connus et pallient cette insécurité, facilitant en cela l'engagement dans la carrière. En effet, les primes de pauses, de travail de nuit, de gardes ou de week-ends, les aménagements de fin de carrière, les longs congés de maternité, ainsi que la prépension pour les métiers lourds, peuvent équilibrer ce manque de reconnaissance financière. L'insatisfaction et ses compensations étant connues à l'avance, le choix du métier infirmier en connaissance de cause relève plus de la stratégie individuelle que collective. Avoir la possibilité de choisir la nature des compensations d'emblée peut également favoriser l'entrée dans le métier et la poursuite d'une carrière.

C. Homo sociologicus constitutif : intermédiation culturelle et intersectionnalité

Le manque d'ascension économique vu tout au long de l'histoire du métier n'est pas uniquement pécuniaire, mais il est étroitement lié au manque d'ascension sociale ou culturelle du métier. En effet, l'insatisfaction financière semble accompagner systématiquement des rapports de pouvoir entre sexes ou classes. La troisième grande dimension de ces facteurs constitutifs est représentée par l'*homo sociologicus*, c'est-à-dire tout ce qui concerne les relations interpersonnelles au travail. Selon Paugam (2000), l'*homo sociologicus* rassemble les satisfactions par rapport aux relations avec les collègues mais aussi à l'ambiance de travail, qui indique plutôt la manière dont l'individu est intégré dans l'entreprise. Le métier infirmier se situant, par essence, au cœur de diverses relations interpersonnelles, il va de soi que l'*homo sociologicus* reste fondamentalement central dans le malaise infirmier. À travers les relations avec les collègues, les supérieur-e-s, la patientèle ou la direction, bref, dans toute relation professionnelle avec autrui, la reconnaissance ou son absence est non seulement fondamentale, mais elle est aussi tout à fait incontournable, c'est ce que Molinier (2011) appelle le « déficit

chronique de reconnaissance ». Les infirmiers-ères se situent au cœur de tant de relations différentes qu'ils-elles peuvent faire l'expérience à tout moment de reconnaissance ou du manque de reconnaissance dans l'une ou l'autre relation.

Dans l'enquête quantitative, quatre indicateurs synthétiques composaient l'*homo sociologicus* avec des moyennes autour de 38, ce qui montrait une relative satisfaction face aux relations sociales professionnelles⁹³. Pourtant, les régressions linéaires ont montré un impact significatif du manque de reconnaissance sur l'intention de départ anticipé du métier infirmier. Donc, la reconnaissance vécue par les infirmiers-ères de la base de données est tellement importante que, si elle vient à manquer, elle peut pousser à quitter définitivement sa fonction. Ce résultat statistique était assez inattendu.

Les entretiens révèlent un manque de reconnaissance institutionnelle, dans le manque de crédit donné aux syndicats et dans l'absence d'un Ordre Infirmier belge. Pour analyser et aider à structurer le manque de reconnaissance relationnelle de l'*homo sociologicus*, deux concepts sont utilisés : le concept d'intermédiaire culturel (Nadot, 2002; 2008b; 2012) et le concept d'intersectionnalité (Kergoat, 2005; 2009; Dorlin, 2008). Comme les matériaux n'ont pas été récoltés en fonction de ces concepts, certains extraits demeurent lacunaires.

Les infirmiers-ères travaillent dans un enchevêtrement de relations de différentes natures et forces. Nadot (2008b) utilise le néologisme de médiologue de la santé et parle de l'infirmier-ère comme d'un-e intermédiaire culturel-le d'abord entre différents acteurs : les médecins, les patient-e-s et leur entourage, et l'institution de soin ; ensuite entre trois systèmes de valeurs : celui du corps médical et des médecins, celui des patient-e-s et de leur famille et celui de l'institution dans laquelle il-elle travaille ; et enfin entre différentes disciplines : les sciences biomédicales, les sciences humaines et les sciences de la communication. Pour qu'un individu d'un système communique avec un individu d'un autre système, il doit obligatoirement passer par l'infirmier-ère qui transmet un message, traduit et informe. Le système médical peut être complété par toutes les relations avec les autres soignant-e-s paramédicaux-les, tels que les aides-soignant-e-s, les kinésithérapeutes, les psychologues, etc. En plus de sa fonction d'intermédiaire, l'infirmier-ère doit aussi traiter les relations avec ses collègues infirmiers-ères, jouant eux-mêmes le rôle d'intermédiaire culturel.

Cette position centrale de l'infirmier-ère existe depuis la création du métier. Les fondements historiques de l'activité infirmière reposent sur le « triptyque "*domus, familia, hominem*" c'est-à-dire du prendre soin de la vie du domaine (*domus*), du prendre soin de la vie du groupe (*familia*), et principalement, du prendre soin de la vie de "l'homme (*hominem*) objet de soins" au sein d'un espace-temps institutionnel singulier » (Nadot, 2012, p. 216). Pourtant, le métier infirmier ne se réduisait pas à une seule de ces dimensions, mais constituait déjà « une activité intégrative d'un ensemble complexe, ou de l'ensemble des pratiques profanes standardisées sur le long terme » (Nadot, 2008b, p. 362). L'infirmier-ère s'est toujours situé-e entre différents acteurs, différentes fonctions et différentes sciences. Outre le manque de reconnaissance économique évoqué plus haut, les infirmiers-ères peuvent alors ressentir un manque de reconnaissance institutionnelle (de la part de l'institution dans laquelle ils exercent), médicale ou « paramédicale » (des autres soignant-e-s non infirmiers-ères, ainsi que des autres infirmiers-ères) ou sociétale (des patient-e-s et de leur famille, encore imprégné-e-s d'une image relativement négative ou édulcorée de l'infirmier-ère aujourd'hui). Ces manques de reconnaissance pourraient même amener à un manque de reconnaissance personnelle, à une dévalorisation de soi.

⁹³ Rappelons ici les moyennes des différents indicateurs de reconnaissance (38,7), de satisfaction vis-à-vis des supérieurs (40,3), vis-à-vis des collègues (36,7) et par rapport à la violence au travail (16,4).

En plus de ces différentes natures de relations au travail pouvant procurer reconnaissance ou ingratitude, s'ajoutent ou s'incorporent différents rapports de pouvoir interpersonnels eux-mêmes entremêlés. En plus du modèle culturel de l'intermédiation, l'intersectionnalité permet de penser les rapports de domination entre sexes, classes, races (Dorlin, 2008) et âges (Bessin, 2013), dans leur « consubstantialité », c'est-à-dire dans leur côté imbriqué plutôt que cumulatif (Kergoat, 2005; 2009). L'intersectionnalité n'est pas évidente à articuler complètement dans une recherche : on est souvent tenté de mettre l'un ou l'autre rapport de pouvoir en exergue, en en minimisant (ou oubliant) un autre. La particularité du métier infirmier est que l'intersectionnalité s'ajoute aux différentes relations issues de la fonction d'intermédiaire culturel ; ce qui équivaldrait à une sorte de double consubstantialité. C'est non seulement dans leurs relations aux patient-e-s, aux autres professionnel-le-s de la santé et aux fonctions dirigeantes que l'intersection se joue, mais aussi au sein-même de la profession : entre infirmiers-ères du même sexe et du sexe opposé. Si les rapports de classe se jouent moins entre infirmiers-ères, il est clair que les rapports de pouvoir entre genre, race et âge s'imbriquent les uns dans les autres, dans tous les niveaux de relations au sein de l'hôpital. Les conflits générationnels et d'âge entre femmes infirmières s'accompagnent de rapports de modèle de genre et de race. S'y ajoutent les relations avec les hommes infirmiers, imprégnées de rapport de pouvoir entre les sexes, les races et les âges. Une multitude de relations intersectionnelles sont alors continuellement à l'œuvre pour les infirmiers-ères.

Le métier infirmier semble rester féminin, dans l'inconscient collectif, mais aussi dans les statistiques : le taux des femmes infirmières domiciliées en Belgique est presque de 90%, sans grande différence ni dans le temps (depuis 2009), ni par rapport aux régions et provinces⁹⁴. Une grande majorité féminine existe dans toutes les catégories d'âge, pour le stock d'infirmiers-ères de l'année 2017, en Belgique et en Région Wallonne, mais aussi pour les infirmiers-ères actives. Cette prédominance des femmes relève d'une longue histoire dans le métier infirmier, construite sur une image « naturelle » de la femme, d'abord prenant soin du *domus*, la maison (enfants, personnes malades et âgées, ménage, cuisine), ensuite transférée aux premiers hôpitaux publics laïcs (Nadot, 2002 & 2008). Après l'Ancien Régime, le métier a plutôt été investi par les religieuses. Cette influence catholique encore palpable à l'heure actuelle, croisée avec l'image traditionnelle normative de la femme « gardienne des valeurs humaines », a eu un impact considérable sur le métier infirmier (Collière, 1982; Nadot, 2002). Dès le début du XX^{ème} siècle, le métier infirmier naissant accepte de se laisser instruire par le corps médical et se met par conséquent sous sa tutelle pour la prescription du rôle et de la mission infirmière. Le métier étant fondamentalement féminin durant cette période, cela induit également que l'infirmière, femme, accepte le processus de domination de l'autre sexe, exercé par le médecin, homme (Joiris, 2009). Il est évident que le métier s'est constitué sur cette base de double rapport de pouvoir : entre l'homme médecin (plus qualifié) formant la femme infirmière (anciennement domestique). Ce rapport de force est donc constitutif du métier infirmier et n'est même pas questionné à l'époque.

Le caractère « empathique » est considéré comme allant de soi pour une femme, et un homme serait incapable de l'acquérir. Voir le soin comme naturellement sexué nuit réellement à la professionnalisation des infirmiers-ères. Pourtant, l'excuse de la nature pour légitimer sa place est ancrée dans le métier infirmier depuis longtemps (Collière, 1982; Tremblay, 2014). Déjà à la fin du XIX^{ème} siècle, le dévouement et l'abnégation de soi étaient automatiquement attendus pour les infirmières remplaçant les religieuses. Une formation était nécessaire pour apprendre certains gestes paramédicaux, mais engager des femmes auxiliaires de santé était évident,

⁹⁴ Selon les données du ministère de la santé publique (Banque Carrefour de la Sécurité Sociale).

puisque le don de soi leur était présumé intrinsèque et naturel. Dans le contexte de pénurie de main-d'œuvre infirmière, il faut rajouter ici que le travail des infirmiers-ères se déroule majoritairement à temps partiel. Si les infirmiers-ères travaillaient tous-tes à temps plein, la pénurie serait sans doute massivement réduite. Or il s'avère que les temps partiels sont directement liés au travail féminin. Ce sont les femmes, plus que les hommes, qui réduisent plus volontiers leur temps de travail pour prendre soin de leur famille. Le métier infirmier est historiquement hautement féminisé et les temps partiels sont plutôt choisis par des femmes pour concilier leur vie professionnelle et privée (Paugam, 2000; Vogel-Polsky & Beauchesne, 2001; Méda, 2008). Prendre soin de patient-e-s à l'hôpital et dans leur propre famille (enfants, parents) prend la forme de deux emplois à temps plein, ou de « double journée » (Ferrand, 2004; Daniellou, 2010), ce qui peut entraîner un désir de réduire son temps de travail.

Les femmes infirmières sont donc en proie à ce double rapport de sexe : la naturalisation du soin permet non seulement aux hommes d'une fonction supérieure de les cantonner dans ce rôle inné, mais elle permet aussi aux infirmières de légitimer leur prise de pouvoir dans le rôle de soignante, notamment vis-à-vis des hommes infirmiers. Comme si la première prise de pouvoir n'allait pas sans la deuxième, qui ne serait que sa réponse. Dans le contexte sociétal actuel qui vise un équilibre genré, c'est-à-dire un équilibre entre les droits sociaux des hommes et des femmes, il existe encore de fortes divergences entre certains secteurs dits « sexués ». Le métier infirmier reste traditionnellement féminin, alors que les capacités requises et à acquérir ne dépendent pas du sexe du soignant. Le genre pourrait donc aider à révéler des normes intrinsèques selon lesquelles, par essence, l'homme ne pourrait pas être un bon soignant et la femme devrait continuer à supporter seule la charge familiale (Butler, 2006; Dorlin, 2008; Méda, 2008; Scott, 1988; 2012). En réduisant ces rapports sociaux de sexe, plus d'hommes pourraient éventuellement oser affirmer leur attirance pour le métier infirmier et plus de femmes pourraient travailler davantage à temps plein, partageant plus leur charge familiale. La pénurie de main-d'œuvre pourrait alors se résorber, diminuant ainsi une partie du malaise infirmier.

Les rapports de pouvoir entre classes constituent une autre partie de l'intersectionnalité. Plutôt que les classes, le terme de fonction est utilisé ici, dans le sens où les fonctions révèlent des rapports sociaux de pouvoir entre les différents niveaux de la hiérarchie hospitalière. Au cœur d'une intermédiation culturelle, l'infirmier-ère doit gérer des rapports sociaux de pouvoir entre différentes fonctions : les médecins, les directions hospitalières (médicale, financière et de nursing), le-la chef-infirmier-ère, le personnel paramédical (aide-soignant-es, kinésithérapeutes, psychologues, etc.), le personnel non (para-)médical (cuisiniers-ères, techniciens-ennes de surface, etc.), et enfin les patient-e-s. À l'instar du genre, les rapports de classe peuvent se décliner ici en deux parties : d'abord, le métier infirmier s'est créé historiquement sous le joug médical, clairement dénoncé de la part des infirmiers-ères ; ensuite, il existe des relations entre fonctions où les infirmiers-ères exercent eux-elles-mêmes un rapport de domination, à nouveau indicible. Le pouvoir exercé par le médecin ou l'institution est tout à fait révélé, tandis que celui subi par les aides-soignant-e-s, par exemple, n'entre pas, ou peu, en ligne de compte (Molinier, 2011).

La formation pour devenir infirmier-ère est créée par des médecins au début du XX^{ème} siècle, désirant des auxiliaires pour les seconder. Le médecin « représente le pouvoir et la science reléguant les soins de base à une branche d'infirmières subalternes, dévalorisant ainsi cette fonction si importante dans l'approche d'un corps malade et l'établissement d'une relation » (Laurent, 1999, p. 11). Les médecins insistaient même sur le fait que l'infirmière devait leur rester obéissante, soumise et se cantonner à ce rôle d'auxiliaire. L'inégalité entre l'homme médecin et la femme infirmière est donc historiquement construite. De plus, avant de remplacer les religieuses dans ce rôle d'auxiliaire de soins, les infirmiers-ères endossaient un rôle de

domestique dans l'hôpital, s'occupant du ménage, de la cuisine et de la literie. Cette position inférieure imprègne encore le rôle de l'infirmier-ère à l'hôpital, dans les relations que les infirmiers-ères entretiennent avec les patient-e-s et la hiérarchie (institutionnelle et médicale). Même si l'organisation hospitalière a beaucoup évolué vers une spécialisation accrue des tâches infirmières et vers une présence croissante des technologies dans les pratiques de soin, la plupart des activités des femmes infirmières restent liées à celles du *domus*, exigeant leur polyvalence. Rappelons ici la métaphore du « **couteau suisse de l'hôpital** » donnée par une infirmière interrogée pour signifier la polyvalence des tâches attendues du rôle d'infirmière.

L'infirmier-ère subit donc des rapports de force, mais il ne faut pas oublier que d'autres fonctions sont encore moins bien considérées à l'hôpital, comme les aides-soignant-e-s, les cuisiniers-ères, les nettoyeurs-euses, etc. Des tensions existent, par exemple, entre les infirmiers-ères et les aides-soignant-e-s, par rapport aux tâches spécifiques à la formation initiale infirmière. Pourtant, ce rapport de pouvoir dans l'autre sens n'est pas abordé dans les divers discours récoltés et, rappelons-le, n'a pas été interrogé *per se*. Les zones de pouvoir exercé sont toujours moins visibles que celles qui sont subies.

Après les rapports de pouvoir entre sexes et classes, une troisième dimension de l'intersectionnalité est celle de la race. Pour pallier la pénurie de main-d'œuvre infirmière, on assiste à une vague d'engagements d'immigré-e-s venu-e-s d'Afrique ou des pays de l'Europe de l'est. Pourtant, comme la question n'a pas été posée directement ou explicitement, très peu d'extraits traitent spontanément de relations entre les races. Ce rapport de pouvoir reste ici alors plutôt théorique et à explorer davantage dans des enquêtes futures.

Le quatrième et dernier rapport de pouvoir est celui exercé entre les âges, séparé des rapports de générations qui figurent, eux, dans l'*homo sociologicus* nouveau. En effet, même si ces deux rapports ne sont pas neufs, il existe des spécificités temporelles dans les rapports entre les générations : à l'heure actuelle, les différences générationnelles peuvent être telles que l'adaptation à ces différences peut jouer négativement sur la pratique professionnelle. Le rapport de pouvoir entre les générations sera donc évoqué plus loin, dans les nouveaux facteurs du malaise infirmier. Les rapports sociaux d'âge sont des rapports de pouvoir généralement imbriqués au genre : les hommes et les femmes n'ont pas du tout les mêmes perspectives temporelles (Bessin, 2013; 2014) ; les normes biographiques sont basées sur un modèle masculin et ne prend pas en compte les tâches de *care* assignées aux femmes. Il va de soi que les rapports entre les âges sont également constitutifs du métier infirmier, surtout si certaines tranches d'âges sont plus représentées que d'autres, c'est-à-dire si des « clans » de jeunes ou d'ancien-ne-s infirmiers-ères se créent les uns contre les autres. La force du chiffre peut alors être instrumentalisée pour asseoir son pouvoir d'âge.

L'intersectionnalité révèle au moins quatre formes de rapports de pouvoir consubstantiels et existant dans différentes natures de relations composant le rôle d'intermédiaire culturel des infirmiers-ères. Dans leurs relations avec l'institution, le corps médical et paramédical, les patient-e-s et leurs familles, et le corps infirmier, des rapports de pouvoir existent entre sexes, classes, races et âges.

Cette complexité relationnelle, définissant le métier infirmier depuis sa création, est susceptible d'occasionner de la reconnaissance – ou son manque – dans la nature-même de la relation et/ou dans un (ou plusieurs) rapport(s) de domination en cours. Il y aura toujours, dans une même journée, une relation procurant de la reconnaissance et une autre fournissant l'inverse, que ça soit avec des patient-e-s, l'infirmier-ère-chef, des collègues, la direction ou encore les médecins. Ce paradoxe fait partie du quotidien des infirmiers-ères et les moments de reconnaissance peuvent alors compenser les moments entachés d'ingratitude. Dans cet imbroglio de rapports

sociaux, le manque de reconnaissance est inévitable, tout comme la gratitude. Et ce sont ces moments de gratitude, de sensation de travail utile et bien fait, qui permettent de supporter les moments plus difficiles. Cet équilibre hasardeux ne constitue pas en soi une stratégie, mais bien une sorte de promesse quant à une forme de reconnaissance dans une relation donnée, comme une compensation individuelle. Il ne s'agit donc pas de contrôle individuel ou collectif possible de cette compensation, mais d'une certitude personnelle que le soin amène, à un moment donné, une forme de mieux-être et donc de gratitude, voire même un « plaisir au travail » (Alderson, 2005). C'est donc cette promesse qui permet de supporter les nombreux moments de manque de reconnaissance.

D. Homo faber constitutif : charges de travail et intensifications médicales

La quatrième et dernière dimension des facteurs constitutifs se situe au niveau de l'*homo faber*. Ce dernier relève des valeurs intrinsèques que l'homme attribue au travail ainsi que de sa liberté d'initiative. Son épanouissement se situe alors dans la mise au service de ses qualifications personnelles pour une œuvre individuelle ou collective (Paugam, 2000). Autrement dit, l'*homo faber* inclut les conditions de travail qui accentuent ou non l'intensification et le stress au travail, le sens et l'autonomie au travail.

Dans les analyses quantitatives, rappelons les moyennes des quatre indicateurs synthétiques : l'indicateur de sens (19,3), l'indicateur de stress (41,9), l'indicateur d'autonomie (53,1) et l'indicateur d'intensification du travail (57,5). Les infirmiers-ères de la base de données se plaignent le plus du manque d'autonomie et de l'intensification des tâches au travail. Pourtant, dans les régressions linéaires, c'est le manque de sens au travail qui ressort comme contribuant massivement à l'intention de quitter la profession prématurément. Comme pour la reconnaissance, le sens au travail est tellement important pour les infirmiers-ères que, s'il venait à manquer, il pourrait pousser à abandonner son métier. Ce résultat était aussi inattendu.

Les concepts de l'*homo faber* sont en interaction les uns avec les autres : la perte de sens au travail est provoquée par l'intensification des tâches dans le métier infirmier, qui occasionne également moins d'autonomie et plus de stress. Or, deux sortes d'intensifications, liées à des logiques différentes, peuvent être distinguées : la première semble récurrente et la seconde plus neuve. La première intensification est liée aux avancées médicales et scientifiques, continuellement en évolution. La seconde intensification ressort plutôt d'une logique gestionnaire et administrative relativement récente. Face à la première, les infirmiers-ères ont eu l'habitude de devoir s'y adapter, tandis que face à la seconde, la résistance y est encore très forte. Dans un cas, le *care* est maintenu, de même que le sens au travail, alors que dans l'autre cas, le sens se perd en raison d'une visée plutôt financière que sociale. Il s'agira alors de discuter de cette deuxième intensification dans le point suivant, traitant des facteurs nouveaux de malaise infirmier.

À l'origine, l'infirmier-ère était l'aide du médecin, s'occupant de rassurer les patient-e-s et de prodiguer des soins non-médicaux. La relation entre l'infirmier-ère et le-la malade se base sur une proximité que le médecin n'a pas le temps de créer. Le *care*, défini comme une attention envers autrui, une sollicitude, un soin ou un souci des autres, est donc fondamental dans le métier infirmier (Dorlin, 2008; Gilligan, 2008; Tronto, 2009; 2012; Garrau & Le Goff, 2010; Paperman & Laugier (dir), 2011; Brugère, 2017). Les tâches précises des infirmiers-ères sont inséparables d'une éthique médico-sociale (Paugam, 2000) ou d'une éthique de *care* (Gilligan, 2008; 2011) : tant qu'elle est préservée, le travail de soignant-e garde du sens. Même si l'autonomie en est amoindrie, car il faut se former à des techniques et des tâches de plus en plus pointues, même si le stress de ne pas s'adapter assez vite à ces différentes avancées médicales

et techniques est bien présent, du moment que le sens du prendre soin de l'autre est maintenu, des stratégies d'adaptation seront à l'œuvre. Les avancées médicales sont continues et récurrentes, pourtant ces progrès conservent toujours un seul objectif : améliorer le soin, atténuer la douleur, favoriser la relation soignant-e/soigné-e, garantir un mieux-être des patient-e-s et faciliter une guérison. Même si la formation continue requiert temps, énergie et horaires complexes, l'adaptation à ces nouveautés vaut la peine si le soin en est amélioré. Non seulement les progrès médicaux sont récurrents, et donc constitutifs du métier infirmier, mais en plus ils restent totalement légitimes dans la philosophie de travail des infirmiers-ères.

Le fait que la visée du *care* (Tronto, 2009; 2012) soit maintenue ne constitue pas une stratégie en soi, mais bien une forme de compensation individuelle à cette intensification du travail récurrente. Face à l'intensification constante du métier, il est possible non seulement de suivre un horaire flexible et adapté, mais il existe aussi des aménagements officiels ou personnels afin de réduire le stress (moins de gardes, moins de nuits, changement de service pour un horaire plus confortable, par exemples).

Des facteurs constitutifs du malaise infirmier existent depuis bien avant la création des premières écoles infirmières au XIX^{ème} siècle et, même s'ils contribuent à l'équation du malaise infirmier, des stratégies d'adaptation ou de sensification ont été élaborées au fil du temps. Dans ces facteurs constitutifs, quatre dimensions ont été distinguées : la pénurie de main-d'œuvre, l'insatisfaction financière, la complexité des multiples relations sociales et la difficile adaptation aux constantes avancées médicales.

2. Nouveaux facteurs de malaise infirmier

Dans les facteurs plus récents du malaise infirmier, nous pouvons en évoquer deux : d'abord, les rapports de pouvoir entre générations, reliés à l'*homo sociologicus*, et ensuite, l'impossible adaptation aux avancées managériales, comprises dans l'*homo faber*. Aucune stratégie ou compensation concrète n'a encore vu le jour face à ces nouveaux facteurs de malaise ; seule une résistance forte et plutôt collective est encore à l'œuvre.

A. Homo sociologicus nouveau : rapport de générations

Il existe des rapports de pouvoir entre âges imbriqués ou doublés de rapports entre générations. Il s'agira ici de garder en mémoire que le rapport de générations peut être utilisé comme alibi pour justifier un rapport d'âges. Afin d'éviter cet écueil, il est important de discerner les spécificités générationnelles qui posent vraiment problème dans la pratique infirmière. Même si les différences entre générations sont évidemment récurrentes, il est important de mettre en exergue les types de difficultés liées à une époque donnée. Il est évident qu'une cohorte s'insère toujours dans un contexte socio-économico-politique particulier et que le mode de vie et les valeurs en sont influencés. Aussi, le rapport de génération peut être couplé d'un effet d'âge ; ils ne sont pas forcément ni indépendants, ni indissociables. Même si des effets d'âge agissent en parallèle, des effets de générations, et donc des marqueurs de mutation culturelle, sont aussi à l'œuvre.

La pratique infirmière reste fondamentalement collective, où toutes et tous doivent communiquer les un-e-s avec les autres, afin d'assurer un continuum dans le soin. Plusieurs cohortes doivent donc travailler ensemble, d'égal à égal, même si elles ne partagent pas exactement la même formation initiale, la même expérience ou les mêmes valeurs de travail. Travailler de concert avec un *alter ego* facilite toujours la communication, où les explications et

autres justifications n'ont pas toujours lieu d'être. Quand les valeurs au travail diffèrent ne fut-ce qu'entre deux personnes, la relation se complexifie et le temps utilisé pour la communication s'allonge. Le modèle culturel propre à chaque génération semble plus légitime et prépondérant que l'autre génération, et chacun-e est en mesure de justifier son action.

Actuellement, il existe des modèles professionnels générationnels différents qui doivent coexister dans des équipes d'infirmiers-ères : l'*ethos de l'accomplissement du devoir et du travail* (porté par les générations plus anciennes) et l'*ethos de l'épanouissement personnel et de la prise en charge de l'individu* (soutenu davantage par les générations plus jeunes) (Lalivé d'Epinaï & Garcia, 1988). Les plus jeunes générations se situent dans l'époque du malaise, c'est-à-dire dans la croyance du déclin institutionnel et dans l'injonction déstabilisante à l'autonomie (Ehrenberg, 2012), et donc dans la « subjectivation de l'individu » pour exprimer la recherche de sens en soi (Touraine, 2005; 2006). La subjectivation de l'individu contemporain amène un repli sur soi et une recherche centripète de sa sécurité. Pour ce faire, dans une logique de protection, il s'agit d'investir son temps et son énergie dans plusieurs sphères d'activités professionnelles, personnelles, sociales, culturelles, etc. (Méda, 2010a; 2010b), ce qu'on peut nommer par polycentration (Burnay, 2000), conceptions polycentrées (Mercure & Vultur, 2010) ou encore polycentralité (Méda & Vendramin, 2013). Face à cela, les modes de fonctionnement, plus anciens et plutôt basés sur des logiques de confiance institutionnelle, peuvent alors se retrouver en porte-à-faux. C'est ce qu'il été possible d'observer empiriquement. La confrontation des modèles peut générer des incompréhensions, des jugements, voire des jalousies. En effet, d'une part, les infirmiers-ères plus jeunes, né-e-s à partir des années 1970 et 1980, se caractérisent davantage par un investissement pluriel : c'est le modèle *Plural* ou polycentré. Leur temps est disséqué entre plusieurs sphères, ce qui provoque un temps professionnel amoindri et peut être perçu par les autres générations (modèles des *Bosseurs-euses*, *Parents* ou *Conciliateurs-trices*) comme un temps de moins bonne qualité. D'autre part, les évolutions en matière de politiques sociales, protégeant davantage les travailleurs-euses, sont considérées par les générations plus âgées comme heureuses mais injustes, car ce ne sont que les plus jeunes qui peuvent pleinement en bénéficier. Améliorer la compréhension au sein des différentes générations d'infirmiers-ères peut-il réellement amenuiser les conflits générationnels ? Probablement, à condition de favoriser également les générations plus âgées.

S'il existe des stratégies pour adoucir ces incompréhensions générationnelles, non seulement elles sembleraient plutôt collectives, mais en plus elles ne seraient dirigées que vers un renforcement de la légitimité de son propre système de valeurs, et non vers la construction d'une éventuelle forme d'acculturation. La résistance face à l'autre modèle culturel est encore forte et la seule adaptation envisagée concerne une forme de repli sur son groupe culturel générationnel, tout en cherchant à convaincre ou socialiser l'autre génération à une forme de registre de valeurs. C'est ainsi qu'une sorte de « Charte du bon infirmier ou de la bonne infirmière » a pu être extraite des discours récoltés. Cette Charte, investie de la « bonne parole », comporte toute une série de commandements normatifs, portés par les générations plus anciennes. Elle sert non seulement à les rassurer dans leur *ethos*, mais aussi à socialiser peu à peu les plus jeunes générations, à condition de les introduire dans l'équipe au compte-gouttes. Une autre utilité de cette Charte peut aussi résider dans une sorte de survie professionnelle : si les règles de la Charte sont appliquées, le malaise au travail devrait être plus supportable. Dans cette Charte, il s'agit d'adorer son travail, de mettre à la fois l'intérêt de l'équipe au premier plan et de penser au patient d'abord, de ne pas interrompre sa carrière, de travailler à temps plein pour rester au courant des nouveautés techniques et médicales, d'être bûcheur-euse, battant-e, fort-e physiquement, costaud-e, exigeant-e, de mordre sur sa chique, de tenir le coup, de souffrir, d'être motivé-e et loyaliste ; il s'agit surtout d'être d'accord avec le modèle culturel dominant du *devoir et du travail*, porté par les générations plus anciennes. En effet, les individus

Pluraux ou polycentrés ne semblent pas par définition compatibles avec le fait de mettre son travail au premier plan, ni de prester plus d'heures que prévu, ni de venir travailler en souffrant comme sur un champ de bataille. Les valeurs de la Charte sont celles de *l'ethos du devoir* et deviennent, toutes ou en partie, inconcevables pour les nouvelles générations. Ce choc paradigmatique peut alors, dans certains cas, empoisonner la pratique infirmière au quotidien.

B. Homo faber nouveau : logique managériale et quête du care

La deuxième dimension des facteurs inacceptables du malaise infirmier réside dans *l'homo faber*. L'intensification administrative des tâches infirmières semble moins légitime que l'intensification liée aux avancées médicales. Autant l'adaptation aux progrès scientifiques fait sens, autant l'acceptation des changements managériaux semble impossible. L'indicateur de la perte de sens était un des résultats les plus significatifs dans l'enquête statistique. Pourtant, il n'est lié qu'à une partie de l'intensification du travail, à savoir les charges supplémentaires administratives et managériales : le temps du *care* est réduit notamment par des formulaires à remplir, par la notification de chaque acte infirmier et par des soins hospitaliers plus courts mais plus aigus. Ce temps du soin, déjà réduit, l'est davantage par l'exigence intempestive des patient-e-s impatient-e-s, plus (mais souvent mal) informé-e-s et plus inquiets-ètes.

Face à l'intrusion nouvelle de la logique gestionnaire illégitime et insensée à l'hôpital, les infirmiers-ères interrogé-e-s ne développent pas de stratégie ou de compensation, mais s'y opposent féroce-ment. La résistance à *l'homo faber* nouveau reste donc encore purement théorique. Perdre le sens de leur travail semble inimaginable et il s'agit alors de tâcher de reconstruire ou de retrouver le *care* pour lequel ils-elles s'étaient engagé-e-s dans la voie infirmière. Investir la relation de soin autrement pour retrouver du plaisir dans sa pratique infirmière (Alderson, 2005) peut constituer un espoir. Cette nécessaire transformation du *care* va même au-delà en proposant un nouveau paradigme ou un nouveau modèle culturel émergent basé sur l'éthique de *care* pour compléter le modèle de l'éthique de justice trop patriarcal (Gilligan, 2008; 2011; Molinier, Laugier, & Paperman, 2009; Paperman & Laugier (dir), 2011). En effet, Gilligan observe une perméabilité ou une complémentarité entre l'éthique de la justice, qui préconise une morale « masculine » des droits et des solutions objectives et universelles (générales et abstraites), et l'éthique du *care*, qui préconise une morale « féminine » de la responsabilité et un relativisme contextuel (conditions concrètes) (2008).

Dans un souci des autres démocratique, il s'agit d'écouter la « voix différente » du *care* (Gilligan, 2008) pour amener une éthique de la responsabilité au même titre que l'éthique de la justice, pour les hommes et pour les femmes, puisque le *care* concerne tout le monde car tout le monde est vulnérable (Tronto, 2012) et dépendant d'autrui (Gilligan, 2008). La « voix différente » de Gilligan remet donc en cause la vision genrée des principes éthiques : l'éthique du *care* est universelle (pour les deux sexes) et démocratique. Or, on assiste encore à une assignation de rôles genrés, ce qui implique une invisibilité incorporée du travail du *care*. Le *care* semblerait presque polysémique dans le malaise infirmier : non seulement, il en serait une des causes, mais il en serait aussi une des solutions. D'un côté, à l'heure actuelle, le *care* renforce le malaise infirmier, dans l'assignation invisibilisée faite aux femmes de prendre soin des autres. Si la dimension éthique du *care* n'est pas entendue, on reste dans « la marginalisation des pratiques de *care*, qui renvoie à la fois aux positions inégales occupées par les uns et les autres dans le processus de *care* et à la répartition inégale du travail de soin proprement dit » (Garrau & Le Goff, 2010, p. 88). D'un autre côté, une politique du *care*, universalisant la vulnérabilité de chacun-e devant être prise en charge par tout le monde, rééquilibrerait les responsabilités, et serait une manière de transformer notamment les logiques capitalistes dominantes au sein des hôpitaux. Théoriquement, l'éthique du *care* ou de la solidarité peut amener une ouverture vers

un sens et un plaisir au travail ; une politique de l'éthique du *care* deviendrait dès lors une des solutions au malaise infirmier. Car politiser le *care* « c'est accorder une autorité à l'expérience des personnes qui réalisent cette part dévaluée du travail de *care* » (Molinier, Laugier, & Paperman, 2009, p. 18).

Aussi, la perspective du *care* souligne l'interdépendance et la vulnérabilité de tous : nul ne peut prétendre à l'autosuffisance. Donc, l'injonction à l'autonomie de nos sociétés contemporaines semble toute relative puisque tout le monde dépend du travail des autres. Même si ce modèle culturel demeure encore trop théorique car très éloigné des habitudes genrées, la culture du *care* se différencie des normes connues justement par la pratique relationnelle et contextuelle (Tronto, 2012) et demeure une ébauche de solution théorique, non seulement aux logiques managériales envahissant l'hôpital, mais aussi au malaise sociétal et professionnel issu de l'injonction contradictoire de l'autonomie obligatoire (Ehrenberg, 2012).

Face aux facteurs les plus récents du malaise infirmier, à savoir, d'une part, le conflit entre *ethos* de travail générationnels, et d'autre part, le conflit entre la logique médicale et la logique gestionnaire, les infirmiers-ères n'ont pas encore développé de réelle stratégie ou compensation. Les réactions restent collectives, mais dans une opposition ferme et non dans la recherche de solutions pratiques. Pourtant, il semble que des ébauches de solutions soient portées par les plus jeunes générations marquées par ces nouveaux modèles culturels : la polycentralité pourrait être la manifestation de la perméabilité entre l'éthique du *care* et l'éthique de la justice. Si la polycentralité, modèle centré sur le soi et donc relevant davantage de l'éthique de la justice, est en train d'incorporer le soin aux autres au même titre que la valeur du travail, et si l'éthique du *care* parvient à dérouter la logique gestionnaire en remettant le soin au centre, alors la porte pourrait être ouverte vers un tout nouveau modèle culturel combinant à la fois la polycentralité et l'éthique du *care*.

Le malaise infirmier n'est pas un mythe, mais demeure bien réel. Même si le terme du « malaise » est plutôt ancré dans notre ère contemporaine, ses manifestations existent depuis longtemps. Le malaise infirmier est donc à la fois récurrent et en mutation. Le malaise infirmier récurrent ou constitutif vient de la pénurie de main-d'œuvre causant un travail en sous-effectifs, de la plainte salariale, du manque de reconnaissance dans les nombreuses relations professionnelles complexes et des avancées médicales fulgurantes auxquelles il faut toujours s'adapter. Face à ces causes historiques de malaise, les infirmiers-ères s'y sont résigné-e-s et ont développé des compensations individuelles. Le malaise infirmier en mutation vient notamment de deux changements culturels. Le premier changement est un rapport de générations porteuses d'*ethos* de travail différents. On assiste à l'émergence d'un nouveau modèle culturel de la *Pluralité* (ou de la polycentralité). Ce nouveau modèle constitue une menace pour l'*ethos du devoir* qui s'y oppose. Pourtant, une incorporation progressive du modèle de la *Pluralité* s'observe au sein des générations plus anciennes ; l'opposition s'accompagne manifestement d'une perméabilité entre les deux modèles. Le deuxième changement culturel consiste en une intensification managériale des tâches administratives et des contraintes de temps desservant le *care* ou le sens-même de la tâche infirmière. On assiste à l'émergence encore théorique d'un nouveau modèle culturel basé sur l'éthique du *care* comme moyen de contrer cette logique

gestionnaire. Cette résistance se transforme peu à peu, et du moins de manière théorique, en stratégie incorporant davantage de *care* autrement dans la pratique.

3. Forces, limites et nouvelles perspectives

Comme Bourdieu le stipule, le sociologue a plutôt un rôle de « désenchanteur d'évidences » ou de dénonciateur des pratiques de domination « naturalisées ». Le malaise infirmier est à la fois récurrent et en mutation. De plus, le soin ne serait pas l'apanage des femmes mais dans la perspective de l'éthique du *care*, il est l'affaire de tous les hommes et de toutes les femmes.

Étudier le malaise infirmier a aussi permis de révéler des mutations sociales et culturelles profondes. La polycentralité est un modèle culturel déjà en marche depuis plusieurs décennies, imprégnant de plus en plus tous les niveaux de la société ; le modèle de l'éthique du *care* existe en théorie depuis longtemps mais ne semble émerger que depuis peu dans la pratique, à travers quelques études-pilotes balbutiantes.

Grâce à une analyse méthodique et minutieuse des causes du malaise et grâce à l'utilisation de méthodes complémentaires, une structure compréhensive a pu être dégagée : la structure, à l'aide des statistiques, et la compréhension, à l'aide d'entretiens semi-directifs. Même si l'utilisation de deux méthodes si différentes peut parfois sembler schizophrénique, c'est justement la complémentarité des méthodes qui enrichit l'analyse : la structure soutient la compréhension et c'est dans l'articulation des deux méthodes que les résultats ont pu être organisés.

La mise à l'épreuve du cadre robuste et structurant de Paugam a permis de démontrer à la fois la solidité du cadre théorique, mais aussi la nécessité de l'adapter au sujet d'étude grâce à d'autres auteurs et théories. Il existe toujours deux côtés à la médaille de la robustesse d'un cadre : il rassure et structure, mais il peut aussi enfermer les propos. Les résultats de l'enquête qualitative ont pu prouver qu'il était possible de sortir du cadre et de l'aménager.

Structurer le malaise infirmier en plusieurs niveaux et dimensions peut aussi aider les infirmiers-ères à mieux saisir leur mal-être au quotidien. D'ailleurs, c'est en général ce qui ressort de conférences ou d'ateliers organisés avec des infirmiers-ères : le sociologue permet de prendre de la hauteur ou du recul par rapport au quotidien et aussi de relativiser, voire même de trouver ensemble, si ce n'est des ébauches de solutions, au moins des pistes solides de réflexion.

Au-delà de ces forces, il existe évidemment certains écueils dans cette thèse qui n'ont pas pu être évités, à la fois dans la partie quantitative et dans la partie qualitative.

Même si, pratiquement, les analyses longitudinales s'avèrent très onéreuses ou chronophages, il serait nécessaire d'actualiser la base de données en précisant et nuanciant les mutations culturelles de ces trente dernières années. De plus, avec un taux de réponse de 60,4%, les statisticiens s'estiment souvent heureux, or il faut garder à l'esprit qu'un biais de sélection est souvent possible : les personnes qui ont répondu au questionnaire étaient probablement suffisamment en bonne santé et heureuses de leur travail. Il est donc probable que les plus insatisfait-e-s, les plus lassé-e-s ou les plus découragé-e-s par leur travail n'aient pas pris la peine de remplir le questionnaire. Aussi, la construction des indicateurs synthétiques de malaise infirmier reste contingente. Il est clair qu'avec la même base de données, d'autres indicateurs, en fonction d'autres cadres théoriques, auraient peut-être pu voir le jour. En outre, utiliser une base de données secondaire (c'est-à-dire qui n'a pas été récoltée par nos soins) comporte toujours le risque de ne pas avoir les variables nécessaires à disposition. Il s'agit alors de composer avec les données disponibles. Or il n'est pas toujours aisé ni faisable de récolter soi-même des données statistiques d'envergure et quand l'opportunité de travailler sur des données

secondaires apparaît, il faut la saisir. Il serait donc pertinent de lancer une future recherche, collective et pluridisciplinaire, sur le malaise infirmier en Belgique, où les variables récoltées correspondraient davantage aux hypothèses de recherche de plusieurs disciplines concernées.

Non seulement refaire une enquête quantitative d'envergure nationale auprès des infirmiers-ères serait intéressante, mais aussi l'échantillon d'individus interrogés en entretiens pourrait être davantage représentatif de la diversité des services hospitaliers, des institutions (maisons de repos, soins à domicile) et des âges, dans tout le territoire belge. Vu la disparité linguistique du pays, il est évident qu'une telle enquête ne pourrait se faire que grâce à une équipe de plusieurs chercheur-e-s.

En outre, et nous l'avons déjà mentionné plus haut, la structure robuste d'analyse ne semble pas exhaustive pour traiter du malaise infirmier et les matériaux s'avèrent parfois lacunaires quant à ce cadre solide. En matière d'intersectionnalité notamment, les rapports de genre et de race n'ont pas été interrogés directement. C'est bien par la suite que les concepts d'intersectionnalité et d'intermédiaire culturel ont été utilisés dans l'analyse catégorielle. Dans de futurs travaux, ils pourraient donc être davantage interrogés et approfondis, d'autant plus que des vagues migratoires d'infirmiers-ères de l'est ou du sud sont observées en Belgique. Aussi, comme dans l'étude de Charrier (2008; 2013), le sens que les hommes infirmiers donnent à leur métier hautement féminisé pourrait aussi être interrogé : les assignations de rôles sexués s'organisent-elles différemment pour un homme ou pour une femme dans le même métier ? Comment se passe l'identification d'un homme infirmier au « métier d'infirmière » ? Dans le même ordre d'idée, le modèle professionnel intergénérationnel (*Bosseurs-euses, Parents*, etc.) amélioré par la typologie de Le Feuvre (2008; Le Feuvre & Laufer, 2008; Lapeyre & Le Feuvre, 2009) pourrait être mis à l'épreuve directement via une salve d'entretiens, par exemple.

De même, les stratégies face au *New Public Management* hospitalier restent purement théoriques. Rien dans les matériaux récoltés ne laisse penser à une révolution du *care*. Le modèle éthique est peut-être encore trop d'avant-garde pour le déceler dans les matériaux, mais, surtout, il n'a pas été interrogé *per se* lors de la récolte. Il serait donc important, dans d'autres travaux, d'étudier davantage d'éventuelles traces d'émergence du modèle de l'éthique du *care*. On pourrait aussi imaginer un travail plus concret et pluridisciplinaire débouchant sur la mise en place d'études-pilotes (Cara, et al., 2016) ou de nouvelles politiques agissant sur le réel, autrement dit améliorant le malaise infirmier.

Finalement, une autre enquête pourrait investiguer des rapprochements potentiels entre les différents modèles émergents de mutation culturelle, à savoir celui de la polycentralité et celui de l'éthique du *care*, tout en analysant la transformation du modèle de l'*ethos* du devoir et de la société capitaliste du risque ou de l'éthique de la justice (Gilligan, 2008; 2011). Car ce qui saute aux yeux dans ce travail de thèse, c'est à quel point le *care* et l'éthique du *care* sont centraux dans le malaise infirmier, à la fois en tant que cause et solution. Il serait donc essentiel pour les chercheur-e-s en sciences sociales d'investiguer le souci des autres non seulement à l'hôpital mais aussi dans toutes les relations sociales et professionnelles.

ANNEXES

Annexes de la Partie I

Annexe I.1 – Guide d'entretien

Questions d'entrée du sujet

1) Les aménagements de fin de carrière :

- ont-ils des répercussions sur l'organisation du travail au niveau institutionnel ?
- ont-ils une incidence sur la qualité du travail ?
- ont-ils une incidence sur les conditions de travail (stress, pénibilités physiques, etc.) ?
- permettent-ils de récupérer au niveau de la fatigue, du stress, etc. ?

2) Comment les infirmiers-ères se réapproprient-ils-elles ces aménagements ? Que font-ils-elles de leur temps libéré ? Est-ce pour souffler ? Pour d'autres activités ? Pour une meilleure conciliation avec la vie privée ? Bref, le temps libéré permet-il de passer plus de temps pour la famille ou pour soi ?

Caractéristiques personnelles

- Prénom
- Age
- Fonction
- Horaire de travail
- Ancienneté

Aménagements de fin de carrière

- Connaissez-vous l'existence des aménagements de fin de carrière ?
- Comment avez-vous appris l'existence de ces aménagements ? (presse, collègues, direction, syndicat, etc.)
- Estimez-vous en avoir été bien informé-e ?
- De quels aménagements de fin de carrière bénéficiez-vous ? (réductions de prestation, primes ou la solution mixte) ? Et depuis combien de temps ?

Si réduction

- Pourquoi avoir choisi cette formule plutôt que la prime ? Regrettez-vous votre choix ?
- Comment cela s'organise-t-il pour que vous puissiez prendre ces jours de congé ?

- Avez-vous effectivement tous les mois vos dispenses de prestation ?
- Avez-vous le choix dans les jours (fixe ou variable) ou est-ce décidé par la direction ?
- Pensez-vous que ces jours d'aménagement de fin de carrière sont réellement compensés par des engagements supplémentaires ?
- Sentez-vous une différence significative dans votre travail grâce à ces jours de congé ? (moins de stress, moins de fatigue, moins de pénibilités du travail, meilleure qualité du travail, etc.)
 - Exercez-vous toujours le même volume de travail malgré la diminution de vos prestations ? (même travail avec moins de temps ?)
 - Vous sentez-vous prioritairement rappelable en cas d'absentéisme d'un-e collègue ?
- Vous sentez-vous mis à l'écart par rapport à l'équipe ou aux infirmiers-ères qui n'en bénéficient pas encore ? (réactions des collègues)
- Que faites-vous pendant ce temps libéré ?
 - Vous occupez-vous plus de vous ou plus de votre famille ?
 - Comment vous sentez-vous pendant ces jours de dispense ?
 - Ces jours vous permettent-ils de récupérer d'un point de vue physique ou de stress ou de pression psychologique ?

Si prime

- Pourquoi avoir choisi cette formule plutôt que la réduction de prestations ? Regrettez-vous votre choix ?
- Comment votre choix est-il perçu par vos collègues, vos responsables ? (réaction des collègues, responsables)
- Lors du « saut d'âge » suivant, vous pourrez choisir la réduction de travail, qui sera alors définitive. Savez-vous déjà ce que vous choisirez ?

Si réduction et prime (pour plus de 50 ans)

- Pourquoi avoir choisi cette formule combinée plutôt que soit la réduction ou soit la prime ? Regrettez-vous votre choix ?
- Lors du « saut d'âge » suivant, vous pourrez choisir la réduction de travail complète, qui sera alors définitive. Savez-vous déjà ce que vous choisirez ?

Opinion personnelle

- Que pensez-vous de ces aménagements de fin de carrière ?

- Les patient-e-s vous font-ils-elles part de changements de qualité du service suite à ces mesures ? (si oui, est-ce en mieux ou en moins bien)
- Pensez-vous que ces aménagements vous aideront à rester plus longtemps au travail, c'est-à-dire à retarder la pension ou la prépension ?
- Auriez-vous préféré la formule du crédit-temps du secteur privé ?
- Quel serait, selon vous, la formule idéale d'aménagement de fin de carrière ? Vers quelles formules pensez-vous que le gouvernement tende ?

Annexe I.2 – Méthode d'Analyse en Groupe ou MAG

1. PRÉSENTATION DE LA MAG

Depuis les années 1980, la MAG a réuni un nombre très élevé de groupes composés notamment de travailleurs sociaux, d'enseignants et de responsables du système éducatif, d'agents de développement, de professionnels de la santé (médecins, infirmiers, agents de prévention, etc.), de psychologues, de policiers, de magistrats, de fonctionnaires et agents de l'État de tous niveaux, de conducteurs de transports en commun... Si les professionnels du secteur public, des ONG et des associations représentent les participants les plus habituels des analyses en groupe, celles-ci ont aussi impliqué régulièrement des professionnels du secteur privé et des particuliers, considérés dans leurs différentes qualités et expériences d'habitant, d'usager, de patient, de justiciable, de bénéficiaire d'un service ou de public concerné par de l'un ou l'autre dispositif.

La principale raison de cette large mise en œuvre de la MAG est qu'elle permet d'étudier une grande diversité de problèmes, en particulier (mais pas uniquement) dans les domaines de l'action sociale, de l'action politique et du développement.

Si les applications de la MAG sont de plus en plus nombreuses depuis quelques années, c'est parce qu'elle est particulièrement adaptée au contexte social actuel. Le brouillage des repères identitaires ainsi que la fragmentation et l'individualisation des expériences sociales conduisent à un paradoxe apparent : alors que les ressources de réflexivité et les capacités d'analyse sont davantage réparties et disséminées, la compréhension d'ensemble du jeu se brouille. Chacun, là où il est situé, dispose d'un point de vue privilégié, d'une connaissance intime de certains aspects du jeu social et de compétences pour en rendre compte. Mais, parce que chaque point de vue reste isolé et chaque expérience individualisée, la vue d'ensemble fait défaut. Si la lucidité dont chacun peut se prévaloir à titre personnel n'est pas mobilisée comme ressource collective pour la compréhension de l'action sociale, le sentiment de frustration et d'impuissance s'accroît par rapport à une situation sociale en transformation rapide et, à bien des égards, problématique. La MAG vise précisément à articuler la prise en compte de la diversité des expériences et à élaborer une analyse d'ensemble, permettant de reconstruire le système d'action duquel les participants sont partie prenante. En cela elle conjugue l'engagement de chacun et la distanciation de l'analyse collective.

La MAG n'est pas pour autant la panacée. Elle présente des limites dont la moindre n'est pas la difficulté, dans certaines circonstances, de réunir, durant un laps de temps suffisant, des acteurs concernés par le problème étudié et disposés à s'impliquer dans l'exercice collectif, sur pied d'égalité avec d'autres participants, quels que soient leur âge, leur sexe ou leur statut. L'expérience montre toutefois que, lorsque prévalent la clarté (sur la démarche et sur les règles déontologiques) ainsi que la rigueur et l'honnêteté intellectuelles, une grande diversité de profils est disposée à prendre part à l'analyse et pense, à juste titre, pouvoir en retirer un bénéfice.

À partir d'une idée de Michel Mercier, la MAG a principalement été expérimentée et élaborée comme méthode de recherche et d'intervention dans le cadre du Centre d'études sociologiques des Facultés universitaires Saint-Louis à Bruxelles. Ce n'est qu'au terme de multiples expérimentations pendant plus de vingt-cinq ans dans des contextes multiples et variés qu'elle a été exposée et discutée de manière systématique dans l'ouvrage de Luc Van Campenhoudt, Jean-Michel Chaumont et Abraham Franssen, *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*. Éditions Dunod, 2005. Cet ouvrage constitue le manuel de référence de la méthode.

2. CARACTÉRISTIQUES DE LA MAG

Les principales caractéristiques de la MAG sont au nombre de cinq.

1) Un dispositif associant les acteurs

La caractéristique première du dispositif méthodologique de l'analyse en groupe est d'associer les acteurs concernés à la construction de l'analyse sociologique de leurs expériences et de leurs pratiques. En basant l'analyse sur des expériences vécues et restituées par les participants, c'est ce sens pratique qui est approché. Le récit invite à se placer dans la peau du narrateur, à voir ce qu'il voit et à sentir ce qu'il sent.

Sans confondre les positions et les compétences spécifiques des uns et des autres, il s'agit d'associer les participants à l'analyse en mobilisant leurs compétences réflexives. Loin d'être uniquement pratique ou technique, leur connaissance en effet est également réflexive, construite et critique. Donnant sens à son action, l'acteur est capable d'accéder à une certaine connaissance de celle-ci.

2) Une approche « par le bas »

Une deuxième caractéristique du dispositif de l'analyse en groupe est qu'il ne s'agit pas d'une approche *par le haut* qui consisterait à partir d'hypothèses générales et à examiner *ensuite* dans quelle mesure elles se vérifient dans l'expérience des acteurs sur le terrain. Il s'agit au contraire d'une approche *par le bas* qui vise à rendre compte des expériences de terrain dans leur diversité, leur complexité et leur dynamique. On se situe ici dans une approche inductive, où la théorisation est ancrée dans l'expérience des participants. Ce n'est donc nullement un hasard si le socle de l'analyse en groupe est constitué par les propositions de récits de situations vécues par les participants.

Au point de départ de l'analyse, chaque participant propose en effet le récit détaillé d'une expérience vécue qui lui apparaît révélatrice des enjeux sur lesquels porte la recherche. Chacune des expériences proposées à l'analyse collective constitue une situation-problème concrète qui arrime les propos des participants dans les pratiques vécues sur le terrain.

3) Une analyse interactive d'un système de relations

Une troisième caractéristique de l'analyse en groupe est de prendre en compte le caractère relationnel du social. C'est là une évidence sociologique, presque l'axiome de base de l'analyse sociologique. Pour le sociologue, ce sont les relations et les rapports entre les individus et non l'individu qui constituent les unités de base et d'analyse de la vie sociale. Dans l'analyse en groupe, les individus sont d'emblée placés et considérés dans les rapports sociaux qui les constituent comme acteurs. En associant dans le cadre d'un dispositif de recherche une douzaine de participants concernés par un même problème social, on ne se contente pas d'additionner et de juxtaposer les points de vue. On vise à saisir, avec les participants, la dynamique des relations sociales qui les réunit et les oppose autour d'un même enjeu.

Cette saisie de la dynamique des rapports sociaux s'effectue à deux niveaux. Tout d'abord, par la narration et l'analyse de récits d'expériences vécues qui mettent généralement en scène plusieurs protagonistes dont les interactions autour d'un enjeu sont ainsi « mises en drame » et contextualisées. Ensuite, la prise en compte de la construction relationnelle des phénomènes sociaux s'effectue dans de la dynamique même des échanges au sein du groupe. Les points de vue ne sont pas juxtaposés mais bien confrontés directement les uns aux autres. Les

convergences et divergences dans la vision des problèmes sont mises en évidence et permettent de reconstruire la manière dont ces problèmes sont socialement construits dans le jeu des relations sociales.

4) Une continuité et une double démarcation épistémologique

Une quatrième caractéristique de l'analyse en groupe est d'établir et de reconnaître une continuité entre savoirs sociaux et savoirs sociologiques. Le dispositif de l'analyse en groupe vise précisément à mobiliser la capacité réflexive des participants. Il s'agit de mettre l'accent sur les interdépendances entre savoirs scientifiques et savoirs profanes, dans un processus de va-et-vient entre l'univers de la vie sociale et le savoir sociologique.

Quel que soit leur bagage intellectuel, acteurs (et chercheurs) peuvent pourtant se tromper et tromper les autres, défendre la position officielle d'une institution ou d'un groupe particulier, être aveuglés par des préjugés ou trop catégoriques sous l'effet de l'emportement. Pour que l'intelligence et la compétence des acteurs puissent contribuer à la production d'un savoir scientifique, elles doivent s'exercer dans le cadre d'une méthode et d'un contexte de travail particulier. Leur réflexivité doit s'approfondir dans l'intersubjectivité, chacun confrontant sa lecture des problèmes à celle d'autres professionnels ou usagers placés sur le même terrain que lui.

5) L'analyse en groupe, un débat organisé de manière procédurale

L'analyse en groupe prend en effet la forme d'un débat organisé à partir d'un récit, réglé par des procédures et des consignes précises. Si les échanges sont libres, ils ne sont pas spontanés. Pour ne pas être des prises de pouvoir, les prises de parole respectent un protocole rigoureux dont l'animateur est le garant et qu'il s'impose d'abord à lui-même. Le chercheur doit apprendre à ne pas parler à tout prix et à imposer d'emblée son hypothèse. Il doit être capable d'écouter et de regarder, de doser pragmatiquement ses interventions et, le cas échéant, de rappeler à l'ordre quelqu'un de trop bavard, ou dont les propos sortent trop du cadre, ou qui tend à imposer au groupe sa vision des choses. Évitant de jargonner et d'impressionner le groupe sous une montagne de références, le chercheur doit être attentif aux gestes, questions et notions qui stimulent l'intelligence collective des expériences et situations sociales et politiques. Dans ces conditions, l'analyse en groupe peut agir profondément et positivement sur les chercheurs eux-mêmes, leur sensibilité, leur perspicacité, leurs compétences théoriques et méthodologiques, bref leur métier.

Chacune des étapes du travail en groupe est donc balisée par des consignes précises. Les moments et les registres de prise de parole sont régulés. Il faut voir dans ces règles l'exigence contemporaine d'établir les conditions procédurales d'une communication la moins déformée possible. En organisant les prises de parole par étapes et selon un système de tour de table, en veillant à reprendre dans la synthèse des convergences et des divergences l'ensemble des interprétations avancées par les participants, en refusant tout argument d'autorité et toute disqualification *ad hominem*, c'est bien la visée d'une égalité morale entre les participants et entre participants et chercheurs qui est visée. Il est reconnu à chacun des participants une égale compétence à faire valoir son point de vue.

Les principes méthodologiques sur lesquels repose l'analyse en groupe sont bien ceux de l'éthique communicationnelle et de l'idéal d'une communication non contrainte, mais en se gardant de toute idéalisation. Les sujets sociaux concrets, les participants aux analyses en groupe, ne sont pas des formes vides, se livrant de manière détachée à l'échange d'arguments rationnels. Dans le débat, ils engagent non seulement leurs propres convictions, leur identité,

leurs intérêts mais aussi les chocs, les tiraillements, les doutes et un arc d'émotions parfois aussi intenses que diversifiées (indignation, déception, surprise, etc.). Ils expriment leurs points de vue à partir d'une position et d'une expérience particulières, font référence à des valeurs et à des idéologies.

En cela, l'insistance sur les règles déontologiques à respecter dans le déroulement du débat (s'abstenir de formuler des jugements de valeur visant les autres participants, respecter les moments et les temps de prise de parole de chacun, respecter la confidentialité, etc.) ne vise pas à neutraliser ou à éviter les tensions. Au contraire, c'est précisément pour permettre la pleine expression du conflit – au travers des divergences interprétatives entre les participants – qu'il est important de garantir l'espace de parole.

3. ÉTAPES DE LA MAG

Une recherche ou une intervention menée à partir de la MAG se présente comme une séquence constituée de plusieurs analyses collectives de récits proposés par les participants. Chaque analyse collective d'un récit correspond à une journée de travail environ. Elle se déroule en 4 phases et 15 étapes, reprises dans le tableau ci-dessous.

Première phase : LE RÉCIT	
1 ^{re} étape	Propositions de récits
2 ^e étape	Choix des récits analysés
3 ^e étape	Narration
4 ^e étape	Enjeux vus par le narrateur ou la narratrice
5 ^e étape	Questions d'information
Deuxième phase : LES INTERPRÉTATIONS	
6 ^e étape	Premier tour de table
7 ^e étape	Réactions du narrateur ou de la narratrice
8 ^e étape	Réécoute du récit (facultatif)
9 ^e étape	Deuxième tour de table
10 ^e étape	Réactions du narrateur ou de la narratrice
Troisième phase : L'ANALYSE	
11 ^e étape	Convergences et divergences
12 ^e étape	Apports théoriques
13 ^e étape	Hypothèses des chercheurs et nouvelles problématiques
Quatrième phase : PERSPECTIVES PRATIQUES ET ÉVALUATION	
14 ^e étape	Perspectives pratiques
15 ^e étape	Évaluation

L'animateur introduit l'intervention en rappelant éventuellement le cadre de travail et les objectifs poursuivis. Un tour de table de présentations des participants (demander à chacun

d'écrire son nom sur un carton posé devant lui) est effectué. L'animateur présente ensuite la méthode d'analyse en groupe par les étapes.

P H A S E 1 : L E R É C I T

1) Propositions de récits significatifs

Au cours de la séance de travail en groupe, il est demandé à chaque participant de présenter un récit, portant sur une situation vécue où le narrateur est personnellement impliqué et qui lui semble significatif des enjeux du problème analysé. Le récit apporté par chacun des participants doit avoir une dimension narrative, être le plus factuel possible, échelonné dans le temps (cinq minutes ou plusieurs mois) et le narrateur doit avoir été directement impliqué comme acteur. Il doit pouvoir être présenté en 5 minutes.

Si la présentation des récits constitue un préalable au travail d'analyse proprement dit, en établissant un matériau au sein duquel sont choisis les récits qui seront analysés plus en profondeur par la suite, la diversité des récits amenés constitue en elle-même une première indication des préoccupations et des enjeux vus par les participants. Ils fournissent aussi des témoignages, souvent édifiants, sur les situations vécues sur le terrain. Les titres sont proposés par les participants eux-mêmes afin d'illustrer les aspects qu'ils jugent importants de souligner dans le récit.

2) Choix argumenté du ou des récits retenu(s) par les participants

Sur cette base, les participants sont invités à choisir les deux ou trois récits qui leur apparaissent les plus significatifs de la problématique analysée. Idéalement, ce choix est opéré de manière argumentée et consensuelle. Ce n'est que lorsqu'il y a nécessité de départager plusieurs récits également jugés pertinents que l'on procède à un vote indicatif.

3) Présentation du récit

Le narrateur effectue une présentation factuelle la plus complète possible du récit dans lequel il est impliqué. Cette narration est enregistrée.

4) Les enjeux vus par le narrateur

Le narrateur souligne, de son point de vue, quels sont les enjeux soulevés par la situation.

5) Questions d'informations

Les participants peuvent compléter leur information du récit par des questions d'éclaircissement. On veillera à s'en tenir strictement à des questions informatives (factuelles, temporelles), sans entrer, à ce stade, dans les interprétations.

P H A S E 2 : L E S I N T E R P R É T A T I O N S

On entre ici dans le processus de production d'analyse par le groupe : il ne s'agit donc pas pour les chercheurs de récolter des informations qu'ils analyseraient par la suite, mais d'analyser collectivement une situation.

6) Premier tour de table

Lors du premier tour de table, chaque participant, y compris les chercheurs, souligne les enjeux qu'il perçoit dans la situation rapportée. « *Pour moi, ce récit pose le problème de...* ». Au minimum, on demande aux participants de dire ce qui les a frappé, en évitant tout jugement normatif (« *Je ne suis pas d'accord...* »). L'animateur est garant que l'on reste dans le registre explicatif.

7) Réactions du narrateur

Au terme du tour de table, le narrateur peut compléter et enrichir sa propre perception des enjeux, apporter des précisions, dire si les interprétations proposées ont apporté une nouvelle compréhension du récit.

8) Réécoute du récit (Facultatif)

Il est parfois utile de procéder à une seconde écoute du récit (enregistrement) afin de permettre à chacun d'être attentif à des éléments ou dimensions négligés lors des premières interprétations.

9) Deuxième tour de table

Pour le second tour de table, les participants peuvent réagir aux interprétations proposées au cours du premier tour de table, que ce soit pour compléter ou nuancer leurs premières interprétations et pour manifester leur accord et/ou leurs désaccords avec les interprétations proposées.

10) Réactions du narrateur

À la fin du tour de table, le narrateur peut réagir, apporter des précisions, dire si les interprétations proposées ont apporté une nouvelle compréhension du récit.

P H A S E 3 : L ' A N A L Y S E**11) Convergences et divergences interprétatives**

Les différentes interprétations avancées par les participants sont ensuite organisées en fonction de leurs convergences et de leurs divergences. Il ne s'agit pas ici de se mettre d'accord sur « la bonne interprétation », mais sur une formulation conjointe des convergences et des divergences interprétatives. On travaille ici sur ce qui a été dit lors des tours de tables : cela signifie que les participants doivent y reconnaître l'essentiel de ce qu'ils ont dit et qu'il ne s'agit donc pas de proposer de nouvelles interprétations.

12) Problématiques

Il s'agit ici de formuler de façon plus élaborée les thématiques à prendre en considération. À partir de l'organisation des convergences et divergences, les questions-clés qui émergent sont restructurées sous formes de problématiques à creuser (travail de « resserrement »).

Il peut être utile d'apporter une information complémentaire aux participants pour éclairer les situations analysées et les questions posées. Ces apports peuvent être de type substantiel (des données sociologiques...), de type technique (...), de type conceptuel et théorique.

13) Apports théoriques et hypothèses

Éventuellement, les chercheurs peuvent proposer des apports théoriques (concepts sociologiques, distinction des différents niveaux d'analyse...) permettant d'éclairer et de structurer les problématiques.

Les chercheurs ne sont pas que les « notaires » du débat. Ils peuvent aussi formuler des hypothèses, proposer une clef de lecture de la situation analysée.

P H A S E 4 : P E R S P E C T I V E S E T É V A L U A T I O N

En particulier lorsque la recherche s'inscrit dans une perspective d'action, l'analyse peut déboucher sur la formulation de perspectives et de propositions d'action.

14) Perspectives pratiques

La dernière phase est consacrée à la formulation des perspectives et des pistes d'action.

Au regard des « points névralgiques identifiés », quelles sont les propositions des participants ? Quelles sont les recommandations qu'ils formulent ?

On peut procéder de manière systématique, point névralgique par point névralgique.

On ne cherche pas absolument le consensus : on peut mettre en évidence les différentes options en présence.

On cherche avec les participants à hiérarchiser les propositions.

15) Évaluation

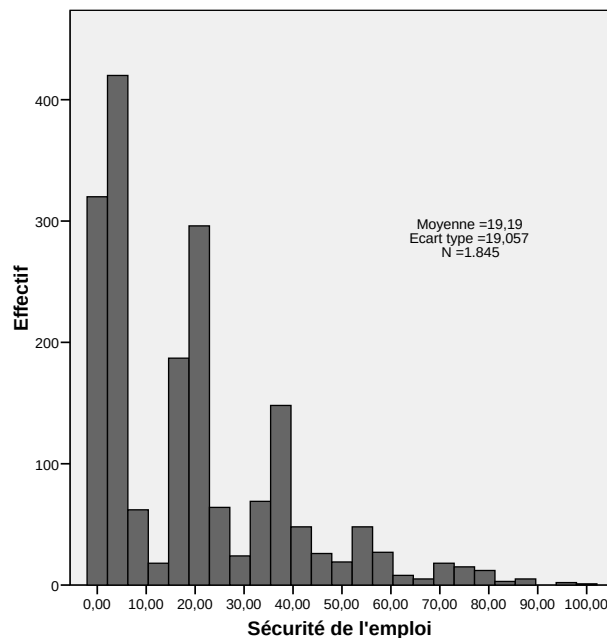
Au terme du travail, il est utile de réaliser une évaluation auprès des participants : que retirent-ils du travail mené ? En quoi celui-ci a modifié leur point de vue ?

Dans la pratique, la mise en œuvre de chacune des étapes est précédée d'explications et de directives précises.

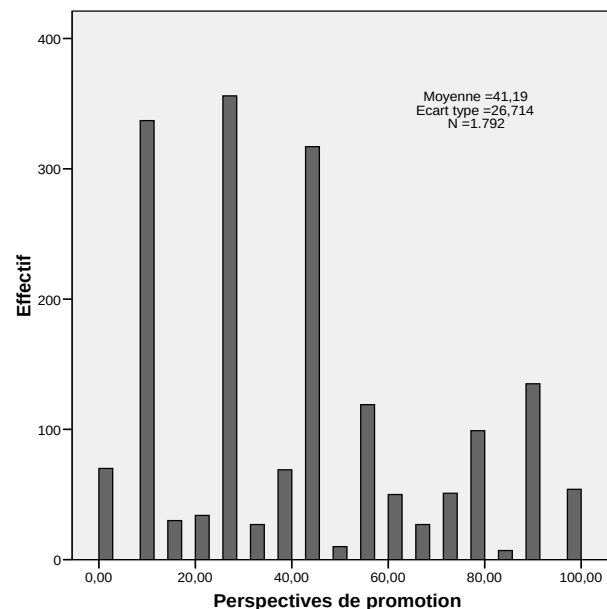
Annexes de la Partie II

Annexe II.1 – Variables composant les indicateurs de malaise et histogrammes des indicateurs

SECURITE D'EMPLOI
8 - Avez-vous un contrat à durée indéterminée?
0) Oui
1) Non
20 - Comment percevez-vous le marché de l'emploi soignant dans votre région?
0) Il est très facile de trouver un emploi
0.25) Il est plutôt facile de trouver un emploi
0.5) Il n'est pas très facile de trouver un emploi
0.75) Il est assez difficile de trouver un emploi
1) Il est très difficile de trouver un emploi
25 - Craignez-vous...
a. de perdre votre emploi?
c. d'éprouver des difficultés à trouver un autre emploi, si vous perdiez le vôtre?
d. d'être muté(e) à un autre poste/ lieu de travail contre votre gré?
0) non
1) oui
79 - Ma sécurité d'emploi est menacée.
0) Non
0,5) Oui mais ça ne me stresse pas
1) Oui et cela me stresse



PERSPECTIVES DE PROMOTION
24 - Quel degré de satisfaction éprouvez-vous à l'égard...
a. de vos perspectives professionnelles?
0) Très satisfait(e)
0.33) Satisfait(e)
0.67) Insatisfait(e)
1) Très insatisfait(e)
77 - Mes perspectives de promotion sont faibles.
0) Non
0,5) Oui mais ça ne me stresse pas
1) Oui et cela me stresse
82 - Vu tous mes efforts et réalisations, mes perspectives de promotion sont satisfaisantes.
0) Oui
0,5) Non mais ça ne me stresse pas
1) Non et cela me stresse



HOMO ŒCONOMICUS**83 - Vu tous mes efforts et réalisations, mon salaire est satisfaisant.**

- 0) *Oui*
 0,5) *Non mais ça ne me stresse pas*
 1) *Non et cela me stresse*

84 - Comment évaluez-vous votre situation financière ?

- 0) *Très bonne*
 0.25) *Bonne*
 0.5) *Ni bonne ni mauvaise*
 0.75) *Difficile*
 1) *Très difficile*

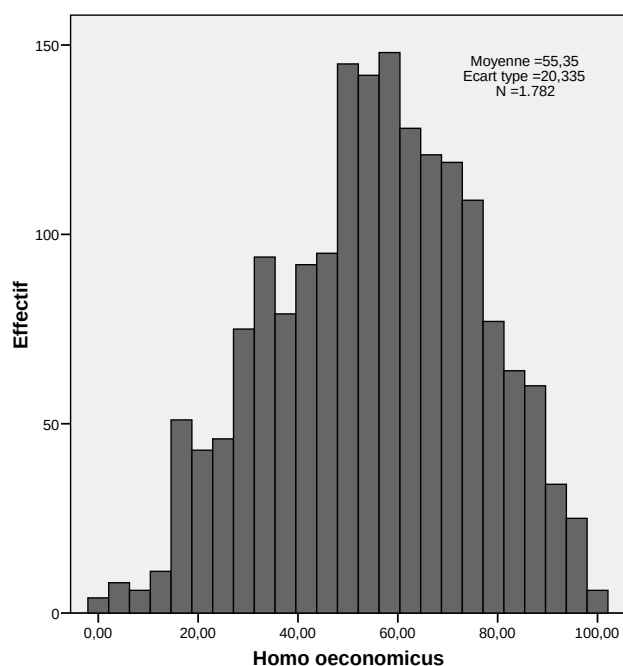
85 - Êtes-vous satisfait de votre salaire...

- a. **Considérant vos besoins financiers**
 b. **Considérant le salaire d'autres professions comparables**
 c. **Considérant le salaire d'infirmières travaillant dans d'autres institutions**

- 0) *Vraiment beaucoup*
 0.25)
 0.5)
 0.75)
 1) *Pas du tout*

91 - Est-ce un problème pour vous d'acquérir un logement à un prix abordable?

- 0) *Non*
 1) *Oui*

**HOMO SOCIO 1- RECONNAISSANCE****24 - Quel degré de satisfaction éprouvez-vous à l'égard...**

- c. **de l'utilisation de vos compétences?**
 d. **du soutien psychologique sur votre lieu de travail ?**
 f. **de votre travail en général, tout étant pris en considération ?**

- 0) *Très satisfait(e)*
 0.33) *Satisfait(e)*
 0.67) *Insatisfait(e)*
 1) *Très insatisfait(e)*

73 - Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs.

- 0) *Oui*
 0,5) *Non mais ça ne me stresse pas*
 1) *Non et cela me stresse*

75 - Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles.

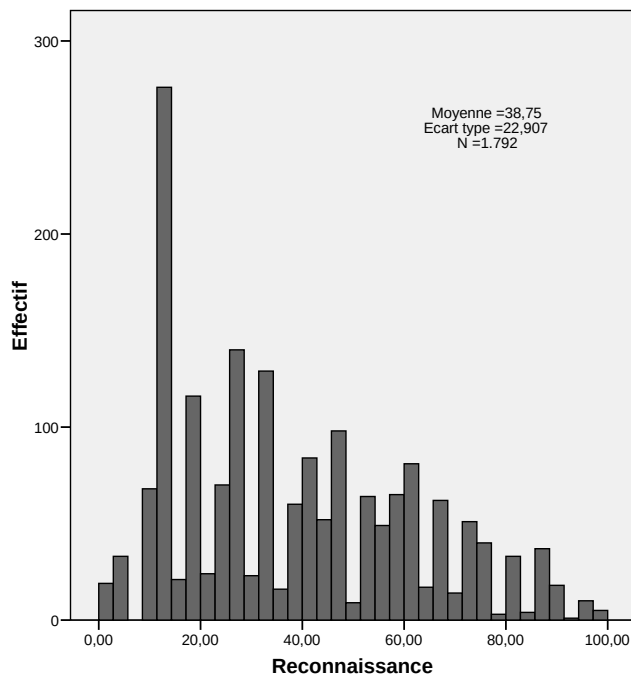
- 0) *Oui*
 0,5) *Non mais ça ne me stresse pas*
 1) *Non et cela me stresse*

78 - Je suis en train de vivre ou je m'attends à vivre un changement indésirable dans ma situation de travail.

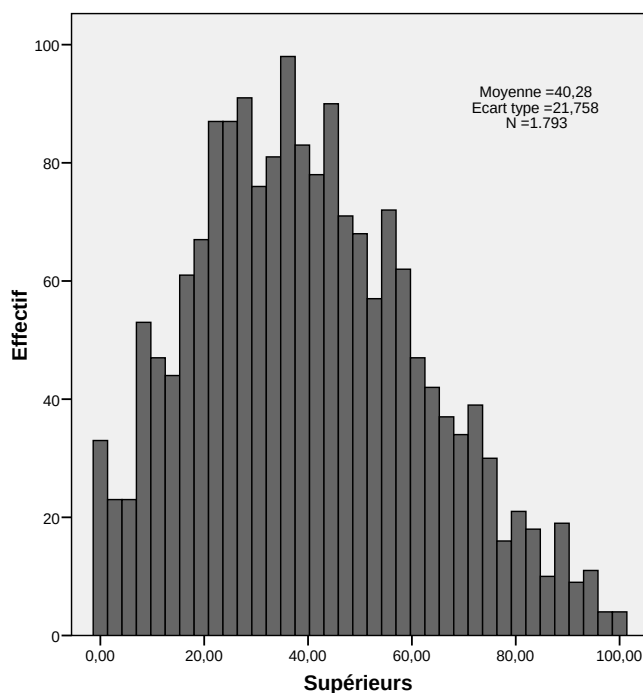
- 0) *Non*
 0,5) *Oui mais ça ne me stresse pas*
 1) *Oui et cela me stresse*

81 - Vu tous mes efforts et réalisations, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail.

- 0) *Oui*
 0,5) *Non mais ça ne me stresse pas*
 1) *Non et cela me stresse*



HOMO SOCIO 2-HIERARCHIE
57 - Cochez la réponse la plus appropriée: a. Votre responsable hiérarchique direct se rend-il compte de la valeur de votre travail et de ses résultats ? 0) <i>Tout à fait</i> 0.25) 0.5) 0.75) 1) <i>Pas du tout</i>
c. Votre responsable hiérarchique direct donne-t-il son avis sur votre travail ? 0) <i>Très souvent</i> 0.25) 0.5) 0.75) 1) <i>Jamais</i>
d. Recevez-vous le support et les conseils de votre responsable hiérarchique direct ? 0) <i>Très souvent</i> 0.25) 0.5) 0.75) 1) <i>Jamais</i>
58 - Votre responsable hiérarchique direct est-il généralement disposé à vous aider dans vos tâches? Selon moi, il / elle... 0) <i>est tout à fait disposé(e) à m'aider</i> 0.25) 0.5) 0.75) 1) <i>n'est pas du tout disposé(e) à m'aider</i>
60 - Dans votre service ou département, avez-vous la possibilité de discuter de questions professionnelles qui vous semblent importantes? 0) <i>Oui, en détail</i> 0,5) <i>Oui, brièvement</i> 1) <i>Non</i>
64 - Dans quelle mesure diriez-vous que votre supérieur immédiat (infirmier(e)-chef)... a. s'assure que chaque membre de l'équipe ait de bonnes possibilités de développement ? b. accorde une priorité importante à la satisfaction au travail ? c. planifie bien le travail ? d. résout bien les conflits ? 0) <i>dans une large mesure</i> 0.25) <i>dans une certaine mesure</i> 0.5) <i>plus ou moins</i> 0.75) <i>pas vraiment</i> 1) <i>dans une très faible mesure</i>



HOMO SOCIO 3-COLLEGUES

57 - Cochez la réponse la plus appropriée:

b. Vos collègues se rendent-ils compte de la valeur de votre travail et de ses résultats ?

0) *Tout à fait*

0.25)

0.5)

0.75)

1) *Pas du tout*

e. Vos collègues donnent-ils leur avis sur votre travail? (sens : donner son avis = positif)

f. Recevez-vous le soutien et les conseils de vos collègues?

0) *Très souvent*

0.25)

0.5)

0.75)

1) *Jamais*

59 Vos collègues sont-ils généralement disposés à vous aider dans vos tâches?

Selon moi, ils...

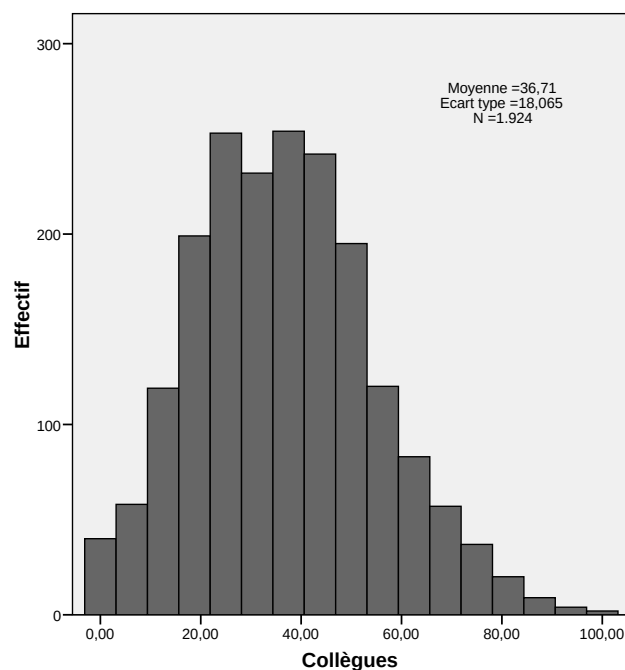
0) *sont tout à fait disposés à m'aider*

0.25)

0.5)

0.75)

1) *ne sont pas du tout disposés à m'aider*

**HOMO SOCIO 4-VIOLENCE**

63 - Au travail, êtes-vous l'objet de ...

a. harcèlement moral de la part de vos supérieurs?

b. harcèlement moral de la part de vos collègues?

c. violence de la part des patients ou de leur famille ?

d. discrimination (ex. sexuelle, raciale, politique, religieuse)?

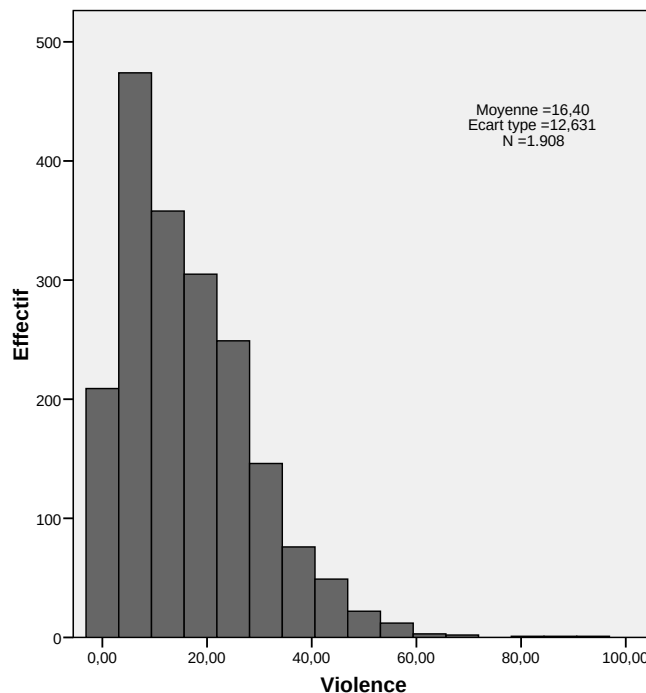
0) *jamais*

0.25) *très rarement*

0.5) *chaque mois*

0.75) *chaque semaine*

1) *chaque jour*



HOMO FABER 1-SENS

30 - Cochez la réponse la plus appropriée aux questions suivantes:

a. Votre travail nécessite-t-il que vous preniez des initiatives ?

d. Votre travail a-t-il du sens pour vous?

e. Estimez-vous que le travail que vous réalisez est important ?

f. Vous sentez-vous motivé(e) et impliqué(e) dans votre travail?

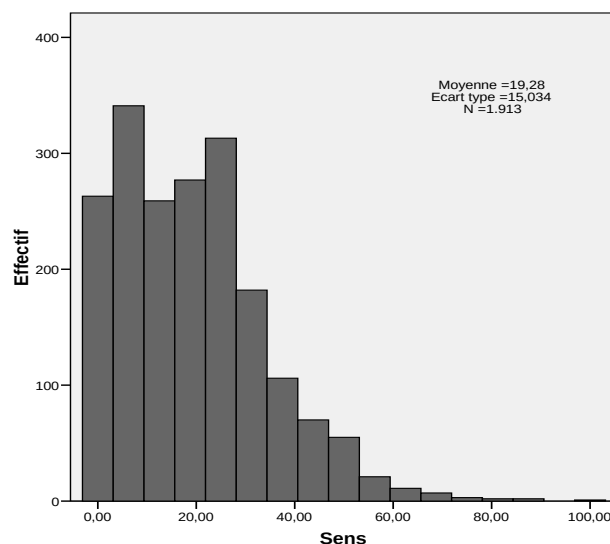
0) vraiment beaucoup

0.25) assez bien

0.5) plutôt

0.75) très peu

1) pas du tout



HOMO FABER 2-STRESS

65 - Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les propositions suivantes.

b. Dès que je me lève le matin, je songe aux problèmes du travail

d. Les personnes qui me sont proches disent que je sacrifie trop de choses pour mon travail

e. Je pense tellement au travail, qu'il m'occupe encore l'esprit lorsque je vais me coucher

f. Si je reporte une tâche qui aurait pu être accomplie aujourd'hui, j'aurai un sommeil perturbé durant la nuit

0) Pas du tout d'accord

0.33) Pas d'accord

0.67) D'accord

1) Tout à fait d'accord

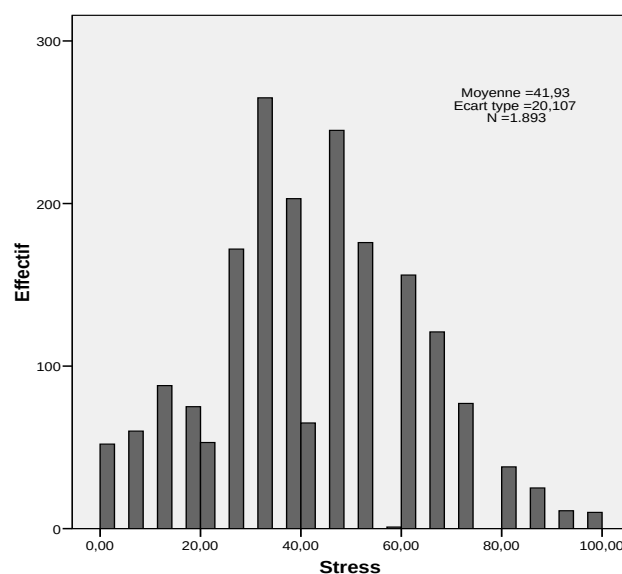
c. Lorsque je rentre chez moi, je peux facilement me détendre et me déconnecter du travail

0) Tout à fait d'accord

0.33) D'accord

0.67) Pas d'accord

1) Pas du tout d'accord



HOMO FABER 3-AUTONOMIE

32 - Quel est le degré d'exactitude des propositions suivantes concernant votre situation professionnelle?

a. J'ai mon mot à dire dans le type de tâches que l'on me demande de réaliser

b. Je peux décider moi-même comment accomplir les tâches qui me sont attribuées

c. Je peux travailler à mon propre rythme

d. Je peux décider quand accomplir les tâches qui me sont attribuées

0) Tout à fait vrai

0.25) Plutôt vrai

0.5) Partiellement vrai

0.75) Plutôt faux

1) Tout à fait faux

54 - Quelle influence avez-vous dans l'établissement de votre horaire de travail?

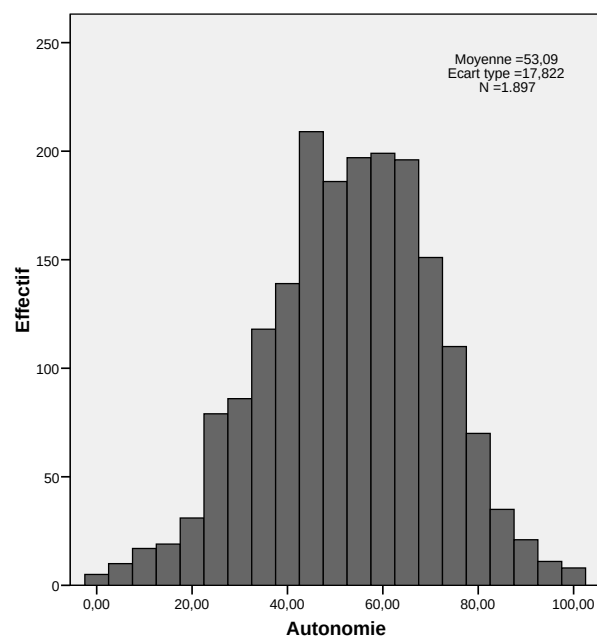
0) Je décide moi-même

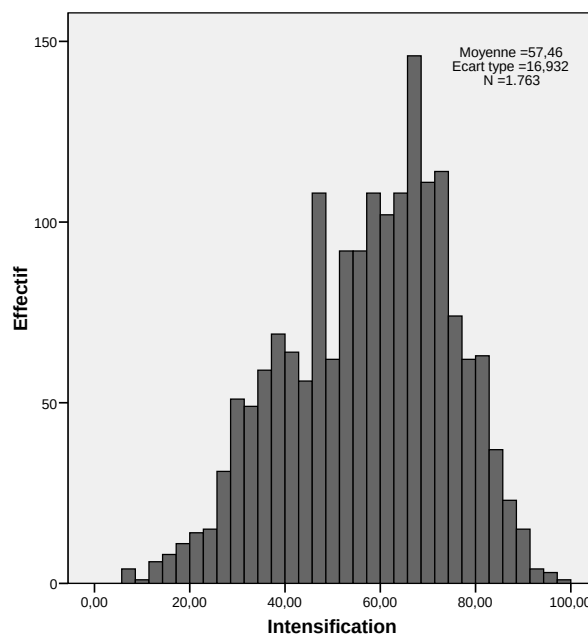
0.25) Une influence considérable

0.5) Une influence modérée

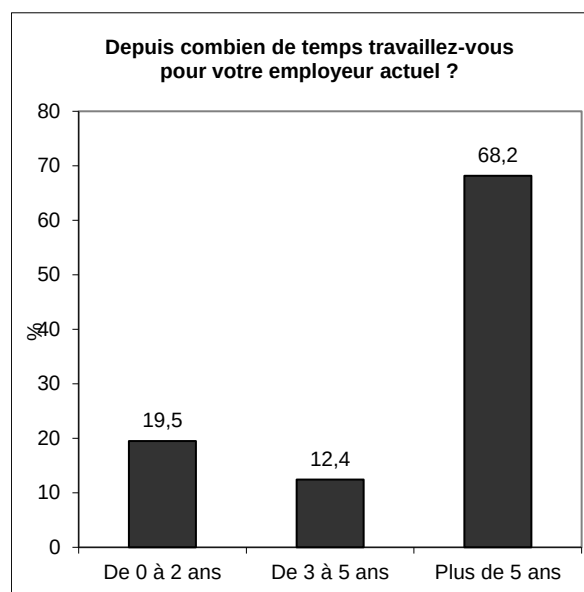
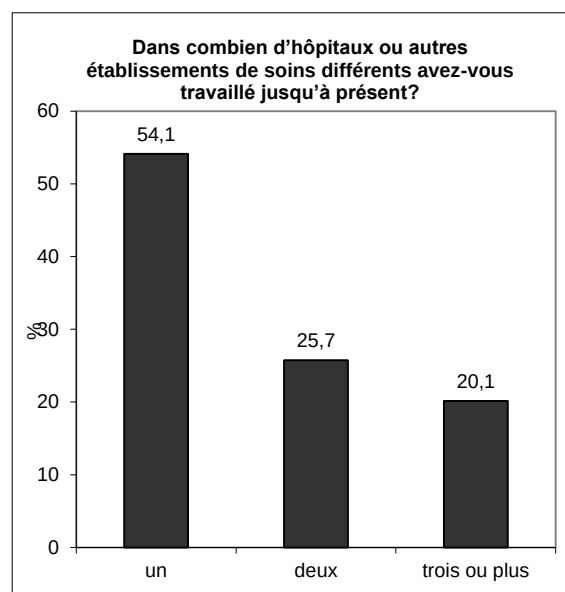
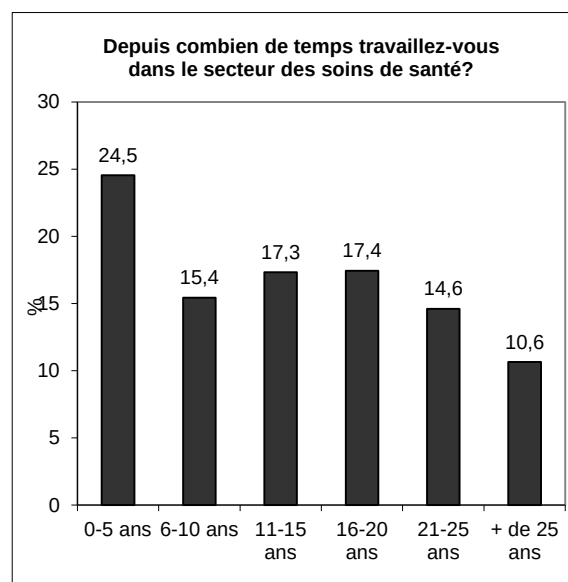
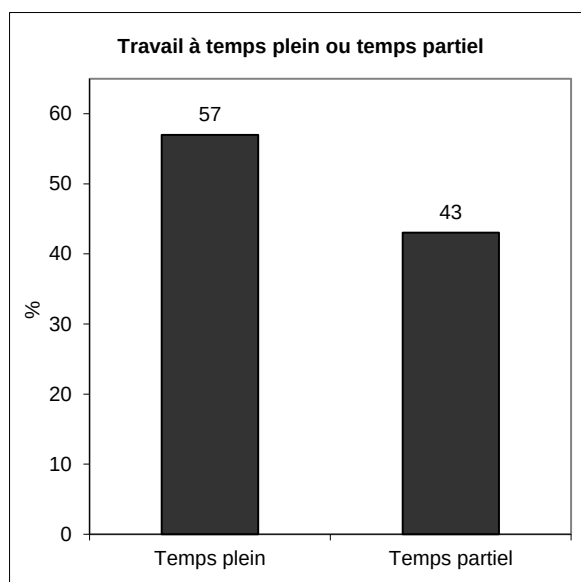
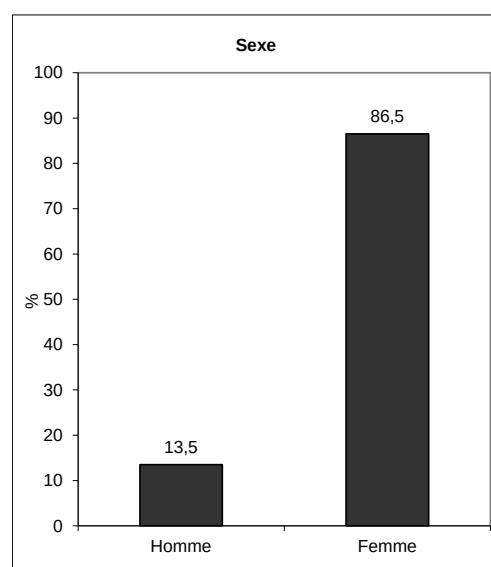
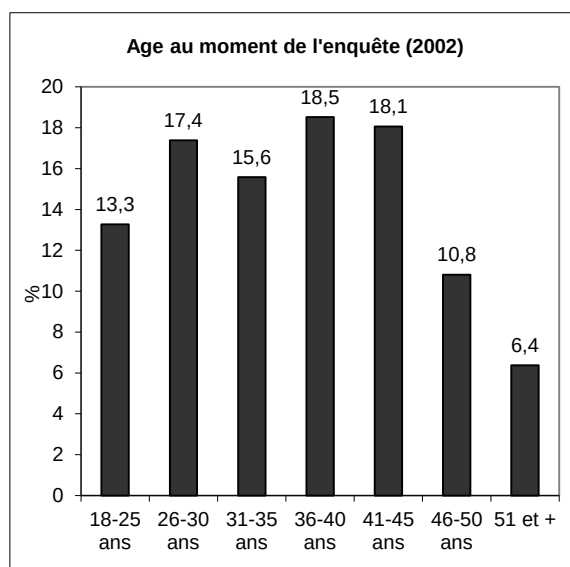
0.75) Une petite influence

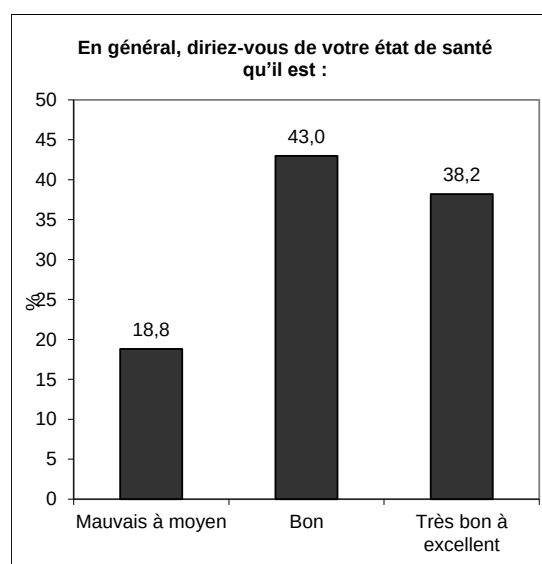
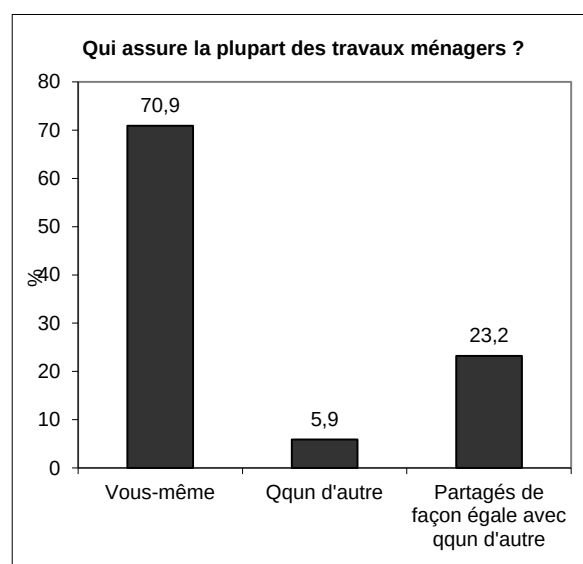
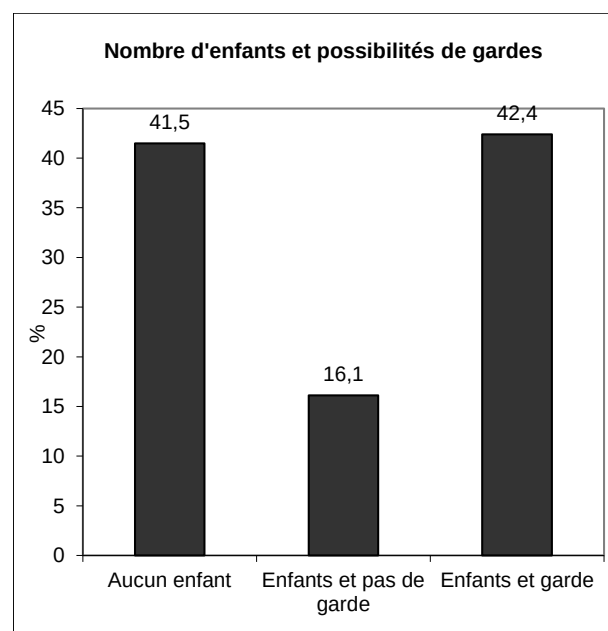
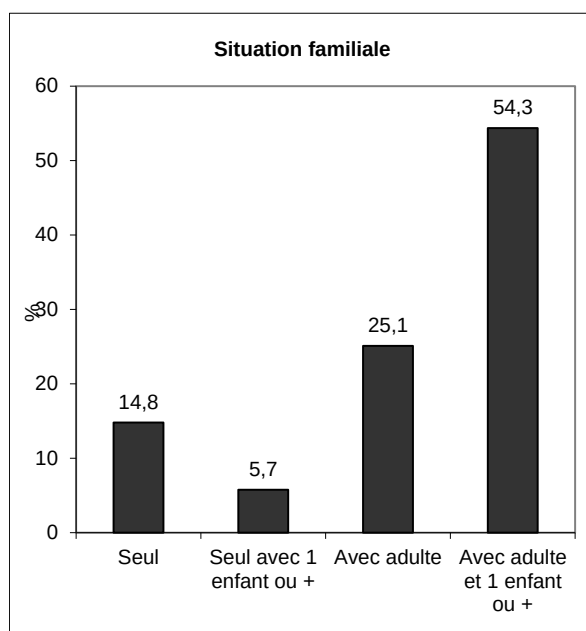
1) Aucune influence



HOMO FABER 4-INTENSIFICATION**24 - Quel degré de satisfaction éprouvez-vous à l'égard...****b. des conditions physiques de travail?****e. des possibilités d'apporter à vos patients les soins qu'ils requièrent ?***0) Très satisfait(e)**0.33) Satisfait(e)**0.67) Insatisfait(e)**1) Très insatisfait(e)***31 - Cochez la réponse la plus appropriée aux questions suivantes:****b. Avez-vous suffisamment de temps pour discuter avec les patients ?****d. Pouvez-vous prendre une pause dans votre travail lorsque vous le souhaitez ?***0) Toujours**0.25) Souvent**0.5) Parfois**0.75) Rarement**1) Jamais***c. À quelle fréquence manquez-vous de temps pour réaliser toutes vos tâches ?****f. Devez-vous travailler très rapidement?****g. Votre charge de travail est-elle inégale de manière que vous soyez débordé(e)?***0) Jamais**0.25) Rarement**0.5) Parfois**0.75) Souvent**1) Toujours***65 - Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec les propositions suivantes.****a. Au travail, je suis facilement submergé(e) par les contraintes de temps***0) pas du tout d'accord**0.33) pas d'accord**0.67) d'accord**1) tout à fait d'accord***67 - Je suis constamment pressé(e) par le temps à cause d'une forte charge de travail.***0) Non**0,5) Oui mais ça ne me stresse pas**1) Oui et cela me stresse***72 - Au cours des dernières années, mon travail est devenu de plus en plus exigeant.***0) Non**0,5) Oui mais ça ne me stresse pas**1) Oui et cela me stresse*

Annexe II.2 – Diagrammes en bâtons des variables indépendantes





Annexe II.3 – Tableaux récapitulatifs des régressions linéairesAnnexe 3.1 Variables indépendantes et indicateur de sécurité de l'emploi

Régression linéaire des variables indépendantes sur l'indicateur de sécurité de l'emploi (1)			
Méthode par blocs		Modèle 1	Modèle 2
Age au moment de l'enquête (2002)	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	-0,110 *	-0,034 (n.s.)
	36-45 ans	-0,101 *	0,068 (n.s.)
	Plus de 45 ans	-0,037 (n.s.)	0,092 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	0,036 (n.s.)	0,049 (n.s.)
Formation infirmière	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	-0,068 *	-0,065 *
Temps de travail	Plein (réf)		-
	Partiel		0,022 (n.s.)
Temps dans secteur des soins de santé	0-5 ans (réf)		-
	6-15 ans		-0,016 (n.s.)
	16-25 ans		-0,143 (n.s.)
	Plus de 25 ans		-0,090 (n.s.)
Nombre d'établissements de soins différents	Un (réf)		-
	Deux		-0,070 *
	Trois ou plus		0,019 (n.s.)
Temps pour l'employeur actuel	Moins de 2 ans (réf)		-
	De 3 à 5 ans		-0,109 **
	Plus de 5 ans		-0,082 (n.s.)
Situation familiale	Seul		-0,236 (n.s.)
	Seul avec 1 enfant ou + (réf)		-
	Avec adulte		-0,303 (n.s.)
	Avec adulte et 1 enfant ou +		-0,097 (n.s.)
Nombre d'enfants et gardes	Aucun enfant		0,300 (n.s.)
	Enfants et pas de garde (réf)		-
	Enfants et gardes		0,012 (n.s.)
Réalisation des travaux ménagers	Vous-même (réf)		-
	Qqun d'autre		-0,026 (n.s.)
	Partagés avec qqun d'autre		-0,022 (n.s.)
Etat de santé	Mauvais à moyen (réf)		-
	Bon		-0,086 *
	Très bon à excellent		-0,123 **
R		0,109	0,214
R²		0,012	0,046
Anova (signification du modèle)		0,012	0,000
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif			
(1) Les indicateurs de malaise vont de la satisfaction vers l'insatisfaction			

Annexe 3.2 Variables indépendantes et indicateur de perspectives de promotion

Régression linéaire des variables indépendantes sur l'indicateur de perspectives de promotion (1)			
Méthode par blocs		Modèle 1	Modèle 2
Age au moment de l'enquête (2002)	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,083 (n.s.)	0,054 (n.s.)
	36-45 ans	0,108 *	0,091 (n.s.)
	Plus de 45 ans	0,015 (n.s.)	0,026 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	0,091 **	0,103 **
Formation infirmière	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	0,002 (n.s.)	0,003 (n.s.)
Temps de travail	Plein (réf)		-
	Partiel		0,025 (n.s.)
Temps dans secteur des soins de santé	0-5 ans (réf)		-
	6-15 ans		-0,091 (n.s.)
	16-25 ans		-0,141 (n.s.)
	Plus de 25 ans		-0,119 *
Nombre d'établissements de soins différents	Un (réf)		-
	Deux		0,042 (n.s.)
	Trois ou plus		0,117 ***
Temps pour l'employeur actuel	Moins de 2 ans (réf)		-
	De 3 à 5 ans		0,009 (n.s.)
	Plus de 5 ans		0,093 (n.s.)
Situation familiale	Seul		0,008 (n.s.)
	Seul avec 1 enfant ou + (réf)		-
	Avec adulte		-0,058 (n.s.)
	Avec adulte et 1 enfant ou +		-0,053 (n.s.)
Nombre d'enfants et gardes	Aucun enfant		-0,132 (n.s.)
	Enfants et pas de garde (réf)		-
	Enfants et gardes		-0,181 ***
Réalisation des travaux ménagers	Vous-même (réf)		-
	Qqun d'autre		-0,020 (n.s.)
	Partagés avec qqun d'autre		-0,028 (n.s.)
Etat de santé	Mauvais à moyen (réf)		-
	Bon		-0,185 ***
	Très bon à excellent		-0,168 ***
R		0,123	0,264
R ²		0,015	0,070
Anova (signification du modèle)		0,002	0,000
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif			
(1) Les indicateurs de malaise vont de la satisfaction vers l'insatisfaction			

Annexe 3.3 Variables indépendantes et indicateur de satisfaction financière

Régression linéaire des variables indépendantes sur l'indicateur de l' <i>homo œconomicus</i> (1)			
Méthode par blocs		Modèle 1	Modèle 2
Age au moment de l'enquête (2002)	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,031 (n.s.)	0,072 (n.s.)
	36-45 ans	-0,071 (n.s.)	0,046 (n.s.)
	Plus de 45 ans	-0,115 **	-0,013 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	0,012 (n.s.)	0,030 (n.s.)
Formation infirmière	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	-0,036 (n.s.)	-0,029 (n.s.)
Temps de travail	Plein (réf)		-
	Partiel		-0,013 (n.s.)
Temps dans secteur des soins de santé	0-5 ans (réf)		-
	6-15 ans		-0,183 **
	16-25 ans		-0,264 ***
	Plus de 25 ans		-0,186 **
Nombre d'établissements de soins différents	Un (réf)		-
	Deux		0,078 **
	Trois ou plus		0,058 (n.s.)
Temps pour l'employeur actuel	Moins de 2 ans (réf)		-
	De 3 à 5 ans		-0,013 (n.s.)
	Plus de 5 ans		0,066 (n.s.)
Situation familiale	Seul		-0,212 (n.s.)
	Seul avec 1 enfant ou + (réf)		-
	Avec adulte		-0,313 (n.s.)
	Avec adulte et 1 enfant ou +		-0,159 *
Nombre d'enfants et gardes	Aucun enfant		0,056 (n.s.)
	Enfants et pas de garde (réf)		-
	Enfants et gardes		-0,196 ***
Réalisation des travaux ménagers	Vous-même (réf)		-
	Qqun d'autre		-0,089 **
	Partagés avec qqun d'autre		-0,045 (n.s.)
Etat de santé	Mauvais à moyen (réf)		-
	Bon		-0,176 ***
	Très bon à excellent		-0,283 ***
R		0,138	0,337
R ²		0,019	0,114
Anova (signification du modèle)		0,000	0,000
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif			
(1) Les indicateurs de malaise vont de la satisfaction vers l'insatisfaction			

Annexe 3.4 Variables indépendantes et indicateur de reconnaissance

Régression linéaire des variables indépendantes sur l'indicateur de reconnaissance (1)			
Méthode par blocs		Modèle 1	Modèle 2
Age au moment de l'enquête (2002)	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,190 ***	0,066 (n.s.)
	36-45 ans	0,192 ***	0,085 (n.s.)
	Plus de 45 ans	0,137 ***	-0,009 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	0,001 (n.s.)	0,033 (n.s.)
Formation infirmière	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	-0,033 (n.s.)	-0,029 (n.s.)
Temps de travail	Plein (réf)		-
	Partiel		-0,011 (n.s.)
Temps dans secteur des soins de santé	0-5 ans (réf)		-
	6-15 ans		-0,104 (n.s.)
	16-25 ans		-0,195 **
	Plus de 25 ans		-0,033 (n.s.)
Nombre d'établissements de soins différents	Un (réf)		-
	Deux		0,071 *
	Trois ou plus		0,103 **
Temps pour l'employeur actuel	Moins de 2 ans (réf)		-
	De 3 à 5 ans		0,077 *
	Plus de 5 ans		0,274 ***
Situation familiale	Seul		0,233 (n.s.)
	Seul avec 1 enfant ou + (réf)		-
	Avec adulte		0,259 (n.s.)
	Avec adulte et 1 enfant ou +		-0,071 (n.s.)
Nombre d'enfants et gardes	Aucun enfant		-0,388 *
	Enfants et pas de garde (réf)		-
	Enfants et gardes		-0,086 *
Réalisation des travaux ménagers	Vous-même (réf)		-
	Qqun d'autre		-0,041 (n.s.)
	Partagés avec qqun d'autre		-0,053 (n.s.)
Etat de santé	Mauvais à moyen (réf)		-
	Bon		-0,191 ***
	Très bon à excellent		-0,281 ***
R		0,140	0,319
R ²		0,020	0,102
Anova (signification du modèle)		0,000	0,000
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif			
(1) Les indicateurs de malaise vont de la satisfaction vers l'insatisfaction			

Annexe 3.5 Variables indépendantes et indicateur de rapport à la hiérarchie

Régression linéaire des variables indépendantes sur l'indicateur de satisfaction par rapport à la hiérarchie (1)			
Méthode par blocs		Modèle 1	Modèle 2
Age au moment de l'enquête (2002)	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,112 *	0,000 (n.s.)
	36-45 ans	0,066 (n.s.)	-0,069 (n.s.)
	Plus de 45 ans	0,080 *	-0,096 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	-0,021 (n.s.)	0,001 (n.s.)
Formation infirmière	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	-0,004 (n.s.)	-0,003 (n.s.)
Temps de travail	Plein (réf)		-
	Partiel		-0,046 (n.s.)
Temps dans secteur des soins de santé	0-5 ans (réf)		-
	6-15 ans		-0,059 (n.s.)
	16-25 ans		-0,067 (n.s.)
	Plus de 25 ans		0,069 (n.s.)
Nombre d'établissements de soins différents	Un (réf)		-
	Deux		-0,004 (n.s.)
	Trois ou plus		0,039 (n.s.)
Temps pour l'employeur actuel	Moins de 2 ans (réf)		-
	De 3 à 5 ans		0,091 *
	Plus de 5 ans		0,206 ***
Situation familiale	Seul		0,196 (n.s.)
	Seul avec 1 enfant ou + (réf)		-
	Avec adulte		0,185 (n.s.)
	Avec adulte et 1 enfant ou +		0,018 (n.s.)
Nombre d'enfants et gardes	Aucun enfant		-0,279 (n.s.)
	Enfants et pas de garde (réf)		-
	Enfants et gardes		-0,053 (n.s.)
Réalisation des travaux ménagers	Vous-même (réf)		-
	Qqun d'autre		-0,021 (n.s.)
	Partagés avec qqun d'autre		-0,028 (n.s.)
Etat de santé	Mauvais à moyen (réf)		-
	Bon		-0,096 *
	Très bon à excellent		-0,117 **
R		0,081	0,196
R ²		0,007	0,038
Anova (signification du modèle)		0,156	0,000
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif			
(1) Les indicateurs de malaise vont de la satisfaction vers l'insatisfaction			

Annexe 3.6 Variables indépendantes et indicateur de rapport aux collègues

Régression linéaire des variables indépendantes sur l'indicateur de satisfaction par rapport aux collègues (1)			
Méthode par blocs		Modèle 1	Modèle 2
Age au moment de l'enquête (2002)	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,111 *	0,060 (n.s.)
	36-45 ans	0,146 **	0,083 (n.s.)
	Plus de 45 ans	0,191 ***	0,070 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	-0,003 (n.s.)	0,022 (n.s.)
Formation infirmière	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	0,029 (n.s.)	0,034 (n.s.)
Temps de travail	Plein (réf)		-
	Partiel		-0,045 (n.s.)
Temps dans secteur des soins de santé	0-5 ans (réf)		-
	6-15 ans		-0,085 (n.s.)
	16-25 ans		-0,059 (n.s.)
	Plus de 25 ans		0,053 (n.s.)
Nombre d'établissements de soins différents	Un (réf)		-
	Deux		0,030 (n.s.)
	Trois ou plus		0,025 (n.s.)
Temps pour l'employeur actuel	Moins de 2 ans (réf)		-
	De 3 à 5 ans		0,082 *
	Plus de 5 ans		0,133 *
Situation familiale	Seul		-0,099 (n.s.)
	Seul avec 1 enfant ou + (réf)		-
	Avec adulte		-0,094 (n.s.)
	Avec adulte et 1 enfant ou +		-0,050 (n.s.)
Nombre d'enfants et gardes	Aucun enfant		0,017 (n.s.)
	Enfants et pas de garde (réf)		-
	Enfants et gardes		-0,046 (n.s.)
Réalisation des travaux ménagers	Vous-même (réf)		-
	Qqun d'autre		-0,064 *
	Partagés avec qqun d'autre		-0,041 (n.s.)
Etat de santé	Mauvais à moyen (réf)		-
	Bon		-0,078 *
	Très bon à excellent		-0,124 **
R		0,147	0,217
R ²		0,022	0,047
Anova (signification du modèle)		0,000	0,000
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif			
(1) Les indicateurs de malaise vont de la satisfaction vers l'insatisfaction			

Annexe 3.7 Variables indépendantes et indicateur de violence

Régression linéaire des variables indépendantes sur l'indicateur de violence (1)			
Méthode par blocs		Modèle 1	Modèle 2
Age au moment de l'enquête (2002)	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,144 **	0,137 *
	36-45 ans	0,063 (n.s.)	0,108 (n.s.)
	Plus de 45 ans	0,107 **	0,105 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	0,059 *	0,073 *
Formation infirmière	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	0,001 (n.s.)	0,000 (n.s.)
Temps de travail	Plein (réf)		-
	Partiel		-0,059 (n.s.)
Temps dans secteur des soins de santé	0-5 ans (réf)		-
	6-15 ans		-0,052 (n.s.)
	16-25 ans		-0,137 (n.s.)
	Plus de 25 ans		-0,051 (n.s.)
Nombre d'établissements de soins différents	Un (réf)		-
	Deux		-0,052 (n.s.)
	Trois ou plus		0,038 (n.s.)
Temps pour l'employeur actuel	Moins de 2 ans (réf)		-
	De 3 à 5 ans		-0,018 (n.s.)
	Plus de 5 ans		0,141 *
Situation familiale	Seul		0,038 (n.s.)
	Seul avec 1 enfant ou + (réf)		-
	Avec adulte		0,083 (n.s.)
	Avec adulte et 1 enfant ou +		-0,067 (n.s.)
Nombre d'enfants et gardes	Aucun enfant		-0,140 (n.s.)
	Enfants et pas de garde (réf)		-
	Enfants et gardes		-0,117 **
Réalisation des travaux ménagers	Vous-même (réf)		-
	Qqun d'autre		-0,017 (n.s.)
	Partagés avec qqun d'autre		-0,039 (n.s.)
Etat de santé	Mauvais à moyen (réf)		-
	Bon		-0,118 **
	Très bon à excellent		-0,156 ***
R		0,128	0,258
R ²		0,016	0,067
Anova (signification du modèle)		0,001	0,000
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif			
(1) Les indicateurs de malaise vont de la satisfaction vers l'insatisfaction			

Annexe 3.8 Variables indépendantes et indicateur de sens du travail

Régression linéaire des variables indépendantes sur l'indicateur de sens du travail (1)			
Méthode par blocs		Modèle 1	Modèle 2
Age au moment de l'enquête (2002)	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,181 ***	0,055 (n.s.)
	36-45 ans	0,181 ***	0,037 (n.s.)
	Plus de 45 ans	0,086 *	0,006 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	0,058 *	0,108 **
Formation infirmière	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	-0,063 *	-0,050 (n.s.)
Temps de travail	Plein (réf)		-
	Partiel		0,056 (n.s.)
Temps dans secteur des soins de santé	0-5 ans (réf)		-
	6-15 ans		0,056 (n.s.)
	16-25 ans		0,024 (n.s.)
	Plus de 25 ans		-0,015 (n.s.)
Nombre d'établissements de soins différents	Un (réf)		-
	Deux		0,016 (n.s.)
	Trois ou plus		0,001 (n.s.)
Temps pour l'employeur actuel	Moins de 2 ans (réf)		-
	De 3 à 5 ans		0,070 (n.s.)
	Plus de 5 ans		0,095 (n.s.)
Situation familiale	Seul		0,016 (n.s.)
	Seul avec 1 enfant ou + (réf)		-
	Avec adulte		0,029 (n.s.)
	Avec adulte et 1 enfant ou +		-0,059 (n.s.)
Nombre d'enfants et gardes	Aucun enfant		-0,175 (n.s.)
	Enfants et pas de garde (réf)		-
	Enfants et gardes		-0,131 **
Réalisation des travaux ménagers	Vous-même (réf)		-
	Qqun d'autre		-0,028 (n.s.)
	Partagés avec qqun d'autre		-0,072 *
Etat de santé	Mauvais à moyen (réf)		-
	Bon		-0,012 (n.s.)
	Très bon à excellent		-0,114 **
R		0,155	0,241
R ²		0,024	0,058
Anova (signification du modèle)		0,000	0,000
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif			
(1) Les indicateurs de malaise vont de la satisfaction vers l'insatisfaction			

Annexe 3.9 Variables indépendantes et indicateur de stress au travail

Régression linéaire des variables indépendantes sur l'indicateur de stress au travail (1)			
Méthode par blocs		Modèle 1	Modèle 2
Age au moment de l'enquête (2002)	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,010 (n.s.)	0,015 (n.s.)
	36-45 ans	0,042 (n.s.)	0,030 (n.s.)
	Plus de 45 ans	0,125 **	0,029 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	-0,122 ***	-0,121 ***
Formation infirmière	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	-0,049 (n.s.)	-0,044 (n.s.)
Temps de travail	Plein (réf)		-
	Partiel		-0,023 (n.s.)
Temps dans secteur des soins de santé	0-5 ans (réf)		-
	6-15 ans		-0,133 *
	16-25 ans		-0,136 (n.s.)
	Plus de 25 ans		0,024 (n.s.)
Nombre d'établissements de soins différents	Un (réf)		-
	Deux		-0,001 (n.s.)
	Trois ou plus		0,043 (n.s.)
Temps pour l'employeur actuel	Moins de 2 ans (réf)		-
	De 3 à 5 ans		-0,030 (n.s.)
	Plus de 5 ans		0,105 *
Situation familiale	Seul		0,369 **
	Seul avec 1 enfant ou + (réf)		-
	Avec adulte		0,452 **
	Avec adulte et 1 enfant ou +		0,140 *
Nombre d'enfants et gardes	Aucun enfant		-0,505 **
	Enfants et pas de garde (réf)		-
	Enfants et gardes		-0,175 ***
Réalisation des travaux ménagers	Vous-même (réf)		-
	Qqun d'autre		-0,017 (n.s.)
	Partagés avec qqun d'autre		-0,026 (n.s.)
Etat de santé	Mauvais à moyen (réf)		-
	Bon		-0,223 ***
	Très bon à excellent		-0,328 ***
R		0,182	0,347
R ²		0,033	0,121
Anova (signification du modèle)		0,000	0,000
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif			
(1) Les indicateurs de malaise vont de la satisfaction vers l'insatisfaction			

Annexe 3.10 Variables indépendantes et indicateur d'autonomie dans le travail

Régression linéaire des variables indépendantes sur l'indicateur d'autonomie au travail (1)			
Méthode par blocs		Modèle 1	Modèle 2
Age au moment de l'enquête (2002)	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,005 (n.s.)	0,090 (n.s.)
	36-45 ans	-0,047 (n.s.)	0,105 (n.s.)
	Plus de 45 ans	-0,031 (n.s.)	0,089 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	-0,110 ***	-0,112 ***
Formation infirmière	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	-0,082 **	-0,077 **
Temps de travail	Plein (réf)		-
	Partiel		0,032 (n.s.)
Temps dans secteur des soins de santé	0-5 ans (réf)		-
	6-15 ans		-0,142 *
	16-25 ans		-0,204 **
	Plus de 25 ans		-0,128 *
Nombre d'établissements de soins différents	Un (réf)		-
	Deux		0,064 *
	Trois ou plus		0,057 (n.s.)
Temps pour l'employeur actuel	Moins de 2 ans (réf)		-
	De 3 à 5 ans		-0,039 (n.s.)
	Plus de 5 ans		-0,024 (n.s.)
Situation familiale	Seul		-0,010 (n.s.)
	Seul avec 1 enfant ou + (réf)		-
	Avec adulte		0,000 (n.s.)
	Avec adulte et 1 enfant ou +		0,022 (n.s.)
Nombre d'enfants et gardes	Aucun enfant		-0,081 (n.s.)
	Enfants et pas de garde (réf)		-
	Enfants et gardes		-0,157 ***
Réalisation des travaux ménagers	Vous-même (réf)		-
	Qqun d'autre		-0,002 (n.s.)
	Partagés avec qqun d'autre		-0,050 (n.s.)
Etat de santé	Mauvais à moyen (réf)		-
	Bon		-0,085 *
	Très bon à excellent		-0,140 ***
R		0,142	0,246
R ²		0,020	0,061
Anova (signification du modèle)		0,000	0,000
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif			
(1) Les indicateurs de malaise vont de la satisfaction vers l'insatisfaction			

Annexe 3.11 Variables indépendantes et indicateur d'intensification du travail

Régression linéaire des variables indépendantes sur l'indicateur d'intensification du travail (1)			
Méthode par blocs		Modèle 1	Modèle 2
Age au moment de l'enquête (2002)	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,062 (n.s.)	0,001 (n.s.)
	36-45 ans	0,044 (n.s.)	-0,003 (n.s.)
	Plus de 45 ans	0,052 (n.s.)	-0,060 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	-0,066 *	-0,051 (n.s.)
Formation infirmière	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	-0,108 ***	-0,109 ***
Temps de travail	Plein (réf)		-
	Partiel		-0,006 (n.s.)
Temps dans secteur des soins de santé	0-5 ans (réf)		-
	6-15 ans		-0,090 (n.s.)
	16-25 ans		-0,134 (n.s.)
	Plus de 25 ans		0,004 (n.s.)
Nombre d'établissements de soins différents	Un (réf)		-
	Deux		0,054 (n.s.)
	Trois ou plus		0,006 (n.s.)
Temps pour l'employeur actuel	Moins de 2 ans (réf)		-
	De 3 à 5 ans		0,039 (n.s.)
	Plus de 5 ans		0,190 **
Situation familiale	Seul		0,032 (n.s.)
	Seul avec 1 enfant ou + (réf)		-
	Avec adulte		0,024 (n.s.)
	Avec adulte et 1 enfant ou +		0,050 (n.s.)
Nombre d'enfants et gardes	Aucun enfant		-0,060 (n.s.)
	Enfants et pas de garde (réf)		-
	Enfants et gardes		-0,191 ***
Réalisation des travaux ménagers	Vous-même (réf)		-
	Qqun d'autre		-0,059 *
	Partagés avec qqun d'autre		-0,004 (n.s.)
Etat de santé	Mauvais à moyen (réf)		-
	Bon		-0,184 ***
	Très bon à excellent		-0,296 ***
R		0,136	0,321
R ²		0,019	0,103
Anova (signification du modèle)		0,000	0,000
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif			
(1) Les indicateurs de malaise vont de la satisfaction vers l'insatisfaction			

Annexe 3.12 Variables indépendantes et intention de départ

Régression linéaire des variables indépendantes sur l'intention de partir			
Méthode par blocs		Modèle 1	Modèle 2
Age au moment de l'enquête (2002)	18-25 ans (réf)	-	-
	26-35 ans	0,129 **	0,078 (n.s.)
	36-45 ans	0,108 **	0,003 (n.s.)
	Plus de 45 ans	0,041 (n.s.)	-0,023 (n.s.)
Sexe	Femme (réf)	-	-
	Homme	0,059 *	0,064 *
Formation infirmière	Brevet (réf)	-	-
	Graduat	0,039 (n.s.)	0,041 (n.s.)
Temps de travail	Plein (réf)		-
	Partiel		0,073 **
Temps dans secteur des soins de santé	0-5 ans (réf)		-
	6-15 ans		0,094 (n.s.)
	16-25 ans		0,105 (n.s.)
	Plus de 25 ans		0,006 (n.s.)
Nombre d'établissements de soins différents	Un (réf)		-
	Deux		0,062 *
	Trois ou plus		0,102 ***
Temps pour l'employeur actuel	Moins de 2 ans (réf)		-
	De 3 à 5 ans		0,003 (n.s.)
	Plus de 5 ans		-0,002 (n.s.)
Situation familiale	Seul		0,173 (n.s.)
	Seul avec 1 enfant ou + (réf)		-
	Avec adulte		0,191 (n.s.)
	Avec adulte et 1 enfant ou +		-0,005 (n.s.)
Nombre d'enfants et gardes	Aucun enfant		-0,181 (n.s.)
	Enfants et pas de garde (réf)		-
	Enfants et gardes		-0,089 **
Réalisation des travaux ménagers	Vous-même (réf)		-
	Qqun d'autre		0,031 (n.s.)
	Partagés avec qqun d'autre		-0,024 (n.s.)
Etat de santé	Mauvais à moyen (réf)		-
	Bon		-0,161 ***
	Très bon à excellent		-0,227 ***
R		0,115	0,270
R ²		0,013	0,073
Anova (signification du modèle)		0,000	0,000
*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; (n.s.) : non significatif			
(1) Les indicateurs de malaise vont de la satisfaction vers l'insatisfaction			

BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrages et articles

- Alderson, M. (2005, mars). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée: entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*(80), pp. 76-86.
- Arguello, J. (1995). L'introduction du nursing laïque en Belgique (1882-1914). D'une vocation à l'émergence d'une profession. *Femmes et médecine, Sextant*, 3.
- Askenazy, P. (2004). *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*. Paris: Éditions du Seuil et La République des Idées.
- Aubert, N. (2003). *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. Paris: Flammarion. Champs Essais.
- Aubert, N. (2004a). L'intensité de soi. Dans N. Aubert (dir), *L'individu hypermoderne* (pp. 97-118). Toulouse: Editions érès.
- Aubert, N. (2004b). Un individu paradoxal. Dans N. Aubert (dir), *L'individu hypermoderne* (pp. 13-29). Toulouse: Editions érès.
- Aubert, N. (2006, octobre). Hyperperformance et combustion de soi. *Etudes*, 405, pp. 339-351.
- Baudelot, C., & Gollac, M. (2003). *Travailler pour être heureux? Le bonheur et le travail en France*. Paris: Fayard.
- Becker, H. S. (2013). Préface. Écrire une thèse, enjeu collectif et malaise personnel. Dans M. Hunsmann, & S. Kapp (dir), *Devenir chercheur. Écrire une thèse en sciences sociales*. (pp. 9-16). Paris: Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Bertaux, D. (2005). *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie*. Paris: Armand Colin.
- Bessin, M. (2008). Les hommes dans le travail social: le déni du genre. Dans Y. Guichard-Claudic, D. Kergoat, & A. Vilbrod (dir), *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin...et réciproquement* (pp. 357-370). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Bessin, M. (2009). Parcours de vie et temporalités biographiques: quelques éléments de problématique. *Informations sociales*(156), pp. 12-21.
- Bessin, M. (2013). Temporalités, parcours de vie et de travail. Dans M. Maruani (dir), *Travail et genre dans le monde. L'état des savoirs* (pp. 107-116). Paris: La Découverte.
- Bessin, M. (2014). Présences sociales: une approche phénoménologique des temporalités sexuées du care. *Temporalités*(20), pp. 1-17.
- Bessin, M., & Dorlin, E. (2005). Les renouvellements générationnels du féminisme: mais pur quel sujet politique? *L'Homme et la société*(158), pp. 11-27.
- Bessin, M., & Vuattoux, A. (2016). Les rapports d'âge dans les pratiques judiciaires. L'expérience institutionnelle des jeunes filles confrontées à la justice. *Agora débats/jeunesses*(74), pp. 101-112.
- Blondeau, D. (2002). Les valeurs de la profession infirmière d'hier à aujourd'hui. Dans O. Goulet, & C. Dallaire (dir), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives* (pp. 63-76). Montréal: Gaëtan Morin éditeur. Chenelière éducation.

- Boivin-Desrochers, C., & Alderson, M. (2014, Septembre). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières: stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. *Recherche en soins infirmiers*(118), pp. 85-96.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.
- Bourdieu, P. (1992). La « jeunesse » n'est qu'un mot. Dans P. Bourdieu, *Questions de sociologie* (pp. 143-154). Paris: Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Paris: Editions du Seuil.
- Boussard, V., Demazière, D., & Milburn, P. (2010). *L'injonction au professionnalisme. Analyses d'une dynamique plurielle*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Brugère, F. (2017). *L'éthique du "care"*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Burnay, N. (2000). *Chômeurs en fin de parcours professionnel. Avoir 50 ans, être au chômage*. Lausanne: Delachaux et Niestlé.
- Burnay, N. (2002). Gestion des fins de carrière et exclusion sociale. *Reflets et Perspectives de la vie économique, tome XLI, 3*, pp. 87-96.
- Busiau, M., & Hérault, J. (2009). Historique de la profession. 50 ans Fédération Nationale des Infirmières de Belgique . Régionale Tournai-Mons-Centre.
- Butler, J. (2006). *Trouble dans le genre (Gender Trouble). Le féminisme et la subversion de l'identité*. Paris: La Découverte.
- Cadet, J.-P., & Guitton, C. (2013). Introduction. Dans J.-P. Cadet, & C. Guitton (dir), *Les professions intermédiaires. Des métiers d'interface au coeur de l'entreprise*. (pp. 19-26). Paris: Armand Colin / Recherches.
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., et al. (2016, Juin). Le modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM: perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*(125), pp. 20-31.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1992). L'affectif: dimension occultée des rapports de travail. *International Review of Community Development*(27), pp. 153-159.
- Castel, R. (1994). La dynamique des processus de marginalisation: de la vulnérabilité à la désaffiliation. *Cahiers de recherche sociologique*(22), 11-27.
- Charrier, P. (2008). Des hommes dans une profession "traditionnellement" féminine: choix professionnel et dénomination chez les hommes sages-femmes. Dans Y. Guichard-Claudic, D. Kergoat, & A. Vilbrod (dir), *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin...et réciproquement* (pp. 231-241). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Charrier, P. (2013). Une reconfiguration de la relation entre soin et genre : le cas des hommes sages-femmes. Dans J. Marquet, N. Marquis, & N. Hubert (dir), *Corps soignant, corps soigné. Les soins infirmiers : de la formation à la profession*. Louvain-la-Neuve: Academia-L'Harmattan.
- Clot, Y. (2015). *Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: La Découverte.
- Clot, Y., & Gollac, M. (2017). *Le travail peut-il devenir supportable?* Paris: Armand Colin.

- Cocriamont, M. (1995). Soigner les corps et les âmes. Les Sœurs Augustines des hôpitaux Saint-Jean et Saint-Pierre à Bruxelles au 19^e siècle. *Femmes et médecine. Sextant*, 3.
- Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris: InterEditions/Masson.
- Collière, M.-F. (2001). *Soigner... Le premier art de la vie*. Paris: Masson.
- Dallaire, C., & Aubin, K. (2008). Les soins infirmiers, les sciences infirmières ou la science infirmière. Dans C. Dallaire (dir), *Le savoir infirmier. Au coeur de la discipline et de la profession*. (pp. 3-26). Montréal: Gaëtan Morin éditeur. Chenelière éducation.
- Daniellou, F. (2010). Les mondes du travail. Dans L. Théry (dir), *Le travail intenable. Résister collectivement à l'intensification du travail* (pp. 29-92). Paris: La Découverte.
- Davoine, L., & Méda, D. (2008). Place et sens du travail en Europe: une singularité française? *Documents de travail du Centre d'études de l'emploi*(96-1).
- Davoine, L., & Méda, D. (2009). Quelle place le travail occupe-t-il dans la vie des Français par rapport aux Européens? *Informations sociales*(153), pp. 48-55.
- de Gaulejac, V. (2004). Le sujet manqué. L'individu face aux contradictions de l'hypermodernité. Dans N. Aubert (dir), *L'individu hypermoderne* (pp. 177-198). Toulouse: Editions érès.
- Dejours, C. (2015). *Le Choix. Souffrir au travail n'est pas une fatalité*. Montrouge: Bayard.
- Delay, B. (2008a, Septembre). Les rapports entre jeunes et anciens dans les grandes entreprises. La responsabilité organisationnelle dans la construction de dynamiques intergénérationnelles coopératives. *Documents de travail du Centre d'études de l'emploi*(103).
- Delay, B. (2008b, Septembre). Les jeunes: un rapport au travail singulier? Une tentative pour déconstruire le mythe de l'opposition entre les âges. *Documents de travail du Centre d'études de l'emploi*(104).
- Demazière, D., & Gadéa, C. (2009). Introduction. Dans D. Demazière, & C. Gadéa (dir), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis* (pp. 13-24). Paris: La Découverte.
- Divay, S. (2011). Confusion dans la transmission intergénérationnelle du métier de soignante. *Recherches familiales*(8), pp. 101-114.
- Divay, S. (2013). Cadres de santé: des encadrants de proximité au pouvoir limité. Dans J.-P. Cadet, & C. Guitton (dir), *Les professions intermédiaires. Des métiers d'interface au coeur de l'entreprise*. (pp. 135-142). Paris: Arman Colin / Recherches.
- Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualités – Introduction à la théorie féministe*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Dorlin, E. (2011). Introduction. Vers une épistémologie des résistances. Dans E. Dorlin (dir), *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination* (pp. 5-18). Paris: Presses Universitaires de France.
- Dubar, C., Tripiet, P., & Boussard, V. (2011). *Sociologie des professions*. Paris: Armand Colin.
- Dubet, F. (1995). *Sociologie de l'expérience*. Paris: Seuil.
- Ehrenberg, A. (2012). *La Société du malaise*. Paris: Odile Jacob.
- Ferrand, M. (2004). *Féminin Masculin*. Paris: La Découverte.

- Franssen, A. (1999). Les travailleurs du non-marchand: héros et victimes. Demande de reconnaissance et transaction identitaire. *Recherches Sociologiques*, XXX(2), pp. 159-181.
- Franssen, A. (2000). Les assistants sociaux : le crachin, la tempête, le parapluie. *Les Politiques Sociales*(1&2), pp. 49-66.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris: Payot.
- Gadéa, C. (2013). Les professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé et du travail social comme objet de recherche en sociologie des groupes professionnels. Dans J.-P. Cadet, & C. Guitton (dir), *Les professions intermédiaires. Des métiers d'interface au coeur de l'entreprise*. (pp. 101-120). Paris: Armand Colin / Recherches.
- Gallez, L. (2017). *Aventures et mésaventures d'une infirmière*. Paris: La Boîte à Pandore.
- Garrau, M., & Le Goff, A. (2010). *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Gaudart, C. (2010). Les âges au travail. Dans L. Théry (dir), *Le travail intenable. Résister collectivement à l'intensification du travail* (pp. 131-149). Paris: La Découverte.
- Gilligan, C. (2008). *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Paris: Flammarion/Champs essais.
- Gilligan, C. (2011). Une voix différente. Un regard prospectif à partir du passé. Dans P. Paperman, & S. Laugier (dir), *Le souci des autres. Éthique et politique du care. Nouvelle édition augmentée* (pp. 37-50). Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Gollac, M. (2005, 2). L'intensité du travail. Formes et effets. *Revue économique*, 56, pp. 195-216.
- Gollac, M., & Volkoff, S. (2007). *Les conditions de travail*. Paris: La Découverte, Repères.
- Gubin, E., & Montens, V. (1995). La symbolique de la souffrance. Les infirmières en 1914-1918. *Femmes et médecine, Sextant*, 3.
- Guérin, G., Wils, T., & Lemire, L. (1996). Le malaise professionnel : nature et mesure du concept. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 51(1), pp. 62-96.
- Guichard-Claudic, Y., Kergoat, D., & Vilbrod (dir), A. (2008). *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin...et réciproquement*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Guitton, C. (2013). Ce que les professions intermédiaires nous apprennent des transformations du travail. Dans J.-P. Cadet, & C. Guitton (dir), *Les professions intermédiaires. Des métiers d'interface au coeur de l'entreprise*. (pp. 271-288). Paris: Armand Colin / Recherches.
- Hesbeen, W. (2014). Pour une éthique du quotidien des soins. *Cancer(s) et psy(s)*(1), pp. 173-177.
- Hirschman, A. O. (1995). *Exit, voice, loyalty. Défection et prise de parole*. Bruxelles: Editions de l'Université de Bruxelles.
- Honneth, A. (2010). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris: Les Editions du Cerf.
- Jacques, C. (1995). Les infirmières dans l'entre-deux-guerres et l'action des « dames d'œuvres » . *Femmes et médecine. Sextant*, 3.
- Joiris, A. (2009). *De la vocation à la reconnaissance. Les infirmières hospitalières en Belgique 1789-1970. Genèse, émergence et construction d'une identité professionnelle*. Charleroi: Socrate Editions Promarex.

- Jolivet, A., & Molinié, A.-F. (2006, octobre). Avant-propos. *Retraite et Société, Santé et inaptitude en fin de carrière*(49), pp. 4-9.
- Kergoat, D. (2005). Rapports sociaux et division du travail entre les sexes. Dans M. Maruani (dir), *Femmes, genre et sociétés. L'état des savoirs* (pp. 94-101). Paris: La Découverte.
- Kergoat, D. (2009). Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux. Dans E. Dorlin (dir), *Sexe, race, classe. Pour une épistémologie de la domination* (pp. 111-125). Paris: Presses Universitaires de France.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Laval: Éditions études vivantes.
- Lahouze-Humbert, E. (2010). *Le choc générationnel. Faire travailler ensemble trois générations*. Paris: Maxima.
- Lalivie d'Epinay, C., & Garcia, C. (1988). *Le mythe du travail en Suisse. Splendeur et déclin au cours du XXème siècle*. Genève: Georg Editeur.
- Lambert, J. (2009). *Management intergénérationnel*. Rueil-Malmaison: Editions Lamarre.
- Lapeyre, N., & Le Feuvre, N. (2009). Avocats et médecins: féminisation et différenciation sexuée des carrières. Dans D. Demazière, & C. Gadéa (dir), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis* (pp. 424-434). Paris: La Découverte.
- Latour, B. (2012, Septembre 08-14). Bruno Latour dissèque les "Modernes". *Télérama*, 1-3.
- Laugier, S., & Paperman, P. (2008). Présentation. La voix différente et les éthiques du care. Dans C. Gilligan, *Une voix différente. Pour une éthique du care* (pp. III-XLVI). Paris: Flammarion. Champs essais.
- Laurent, R.-M. (1999). Infirmière : ni bonne, ni nonne, ni conne. *Santé conjugulée*(9&10).
- Laurent, R.-M. (2013). Les combats des infirmiers en regard de leur histoire. *Les infirmier-es sous les projecteurs, Santé conjugulée*(64), pp. 50-54.
- Le Feuvre, N. (2008). La féminisation des anciens "bastions masculins": enjeux sociaux et approches sociologiques. Dans Y. Guichard-Claudic, D. Kergoat, & A. Vilbrod (dir), *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin...et réciproquement* (pp. 307-323). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Le Feuvre, N., & Laufer, J. (2008). Quand l'avancée en mixité est le fait des hommes. Introduction. Dans Y. Guichard-Claudic, D. Kergoat, & A. Vilbrod (dir), *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin...et réciproquement* (pp. 207-213). Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Lemercier, C., Ollivier, C., & Zalc, C. (2013). Articuler les approches qualitatives et quantitatives. Plaidoyer pour un bricolage raisonné. Dans M. Hunsmann, & S. Kapp (dir), *Devenir chercheur. Écrire une thèse en sciences sociales*. (pp. 125-143). Paris: Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Loodts, P. (2005). *Médecins de la Grande Guerre. L'histoire des soins infirmiers en Belgique*. Consulté le 25 juillet, 2014, sur http://www.1914-1918.be/soigner_inf.php.
- Loriaux, M. (2002). Vieillir au Nord et au Sud : convergences ou divergences ? *Jeunesses, vieillesse, démographies et sociétés – Chaire Quételet 2001* (pp. 25-42). Louvain-la-Neuve: Academia-Bruylant/L'Harmattan.

- Loriaux, M., & Rémy, D. (2006). *La retraite au quotidien. Modes de vie, représentations, espoirs et inquiétudes des personnes âgées*. Bruxelles: De Boeck.
- Marquis, N. (2014). *Du bien-être au marché du malaise. La société du développement personnel*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Martuccelli, D. (2006). *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*. Paris: Armand Colin, Individu et Société.
- Martuccelli, D. (2010). *La société singulariste*. Paris: Armand Colin.
- Maruani, M., & Reynaud, E. (2004). *Sociologie de l'emploi*. Paris: La Découverte.
- Massart, B. (1995). Soigner la petite enfance. Des femmes au service de l'œuvre Nationale de l'Enfance. *Femmes et médecine, Sextant*, 3.
- Méda, D. (2008). *Le temps des femmes. Pour un nouveau partage des rôles*. Paris: Flammarion. Champs actuel.
- Méda, D. (2010a). *Le travail*. Paris: Presses universitaires de France. Que sais-je?
- Méda, D. (2010b). *Le travail. Une valeur en voie de disparition?* Paris: Flammarion. Champs Essais.
- Méda, D., & Vendramin, P. (2010, 12). Les générations entretiennent-elles un rapport différent au travail? *SociologieS [En ligne], Théories et recherches*.
- Méda, D., & Vendramin, P. (2013). *Réinventer le travail*. Paris: Presses universitaires de France.
- Mercadier, C. (2013). Le statut symbolique et social de l'infirmière. Dans J. Marquet, N. Marquis, & N. Hubert (dir), *Corps soignant, corps soigné. Les soins infirmiers: de la formation à la profession* (pp. 365-383). Louvain-la-Neuve: Academia-L'Harmattan.
- Mercure, D., & Vultur, M. (2010). *La signification du travail. Nouveau modèle productif et ethos du travail au Québec*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Molinié, A.-F. (2006, octobre). Les salariés quinquagénaires, entre fragilisation et protection. *Retraite et Société, Santé et inaptitude en fin de carrière*(49), pp. 11-37.
- Molinier, P. (2011). Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets. Dans P. Paperman, & S. Laugier (dir), *Le souci des autres. Éthique et politique du care. Nouvelle édition augmentée* (pp. 339-357). Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Molinier, P., Laugier, S., & Paperman, P. (2009). Qu'est-ce que le care? Dans P. Molinier, S. Laugier, & P. Paperman (dir), *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (pp. 7-31). Paris: Payot & Rivages.
- Monneuse, D. (2014). *Le silence des cadres. Enquête sur un malaise*. Paris: Magnard Vuibert.
- Nadot, M. (2002). Médiologie de la santé, de la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*(13), pp. 29-86.
- Nadot, M. (2008a). Prendre soin: aux sources de l'activité professionnelle. Dans C. Dallaire (dir), *Le savoir infirmier. Au cœur de la discipline et de la profession*. (pp. 27-51). Montréal: Gaëtan Morin éditeur. Chenelière éducation.
- Nadot, M. (2008b). La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. Dans C. Dallaire (dir), *Le savoir infirmier. Au cœur de la discipline et de la profession*. (pp. 359-382). Montréal: Gaëtan Morin éditeur. Chenelière éducation.

- Nadot, M. (2012). *Le mythe infirmier. Ou le pavé dans la mare!* Paris: L'Harmattan. Ethique et pratique médicales.
- Nadot, M. (2013). L'impossible reconnaissance d'une identité professionnelle et scientifique chez les infirmières, une problématique récurrente. Dans J. Marquet, N. Marquis, & N. Hubert (dir), *Corps soignant, corps soigné. Les soins infirmiers: de la formation à la profession.* (pp. 385-403). Louvain-la-Neuve: Academia L'Harmattan.
- Ollivier, D., & Tanguy, C. (2012). *Génération Y. Mode d'emploi. Intégrer les jeunes dans l'entreprise.* Bruxelles: De Boeck.
- Paperman, P. (2011). Les gens vulnérables n'ont rien d'exceptionnel. Dans P. Paperman, & S. Laugier (dir), *Le souci des autres. Éthique et politique du care. Nouvelle édition augmentée* (pp. 321-337). Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Paperman, P., & Laugier (dir), S. (2011). *Le souci des autres. Éthique et politique du care. Nouvelle édition augmentée.* Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Paugam, S. (1999). Formes d'intégration professionnelle et attitudes syndicales et politiques. *Revue française de sociologie*, tome XL, volume 4, pp. 715-751.
- Paugam, S. (2000). *Le salarié de la précarité. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle.* Paris: Presses universitaires de France.
- Paugam, S. (2010). *L'enquête sociologique.* Paris: Presses Universitaires de France.
- Pfefferkorn, R. (2012). *Genre et rapports sociaux de sexe.* Lausanne: Page deux. Collection "Empreinte".
- Pichault, F., & Pleyers, M. (2010). Pour en finir avec la génération Y... Enquête sur une représentation managériale. *Nouveaux comportements, nouvelle GRH? XXIème Congrès AGRH.* Rennes/Saint-Malo.
- Piette, V. (1995). Des « infirmières » avant les infirmières. Le personnel soignant laïque dans les hôpitaux bruxellois au 19^e siècle. *Femmes et médecine. Sextant*, 3.
- Poisson, C., Alderson, M., Caux, C., & Brault, I. (2014, Juin). La détresse morale vécue par les infirmières: état des connaissances. *Recherche en soins infirmiers*(117), pp. 65-74.
- Pouget, J. (2013). *Intégrer et manager la génération Y.* Paris: Vuibert.
- Pralong, J. (2010). L'image du travail selon la génération Y. Une comparaison intergénérationnelle conduite sur 400 sujets grâce à la technique des cartes cognitives. *Revue Internationale de Psychosociologie*, XVI(39), pp. 109-134.
- Purtschert, P., & Meyer, K. (2011). Différences, pouvoir, capital. Réflexions critiques sur l'intersectionnalité. Dans E. Dorlin (dir), *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination* (pp. 127-146). Paris: Presses Universitaires de France.
- Rollot, O. (2013). *La Génération Y.* Paris: Presses Universitaires de France.
- Sainsaulieu, I. (2003). *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital.* Paris: L'Harmattan.
- Sainsaulieu, I. (2008). Le syndicalisme à l'hôpital: sociologie d'une insatisfaction. *Les Tribunes de la santé*(18), pp. 83-94.
- Saint-Martin, C. (2009). *Travailleurs sociaux face à la crise. Le cas d'AZF.* Toulouse: Editions érès.

- Scott, J. W. (1988). Genre: une catégorie utile d'analyse historique. *Cahiers du GRIF, Le Genre de l'histoire*, 37(1), pp. 125-153.
- Scott, J. W. (2009). Le genre: une catégorie d'analyse toujours utile? *Diogène*(225), pp. 5-14.
- Scott, J. W. (2012). *De l'utilité du genre*. Paris: Fayard.
- Soulet, M.-H. (2005). La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique. *Pensée plurielle*(10), 49-59.
- Stordeur, S. (2002). Structure description Belgium. *Document de travail interne au groupe de recherche WOQUAL*. Bruxelles.
- Stordeur, S., Hubin, M., & Leroy, X. (2001). L'offre et la demande d'infirmier(ère)s en Communauté française et germanophone de Belgique. *Hospitals.be*(247/4).
- Thébaud-Mony, A. (2013). Recherche engagé et rigueur méthodologique. À propos de la recherche sur les cancers professionnels. Dans M. Hunsmann, & S. Kapp (dir), *Devenir chercheur. Écrire une thèse en sciences sociales*. (pp. 315-331). Paris: Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Théry, L. (2010). Introduction. Dans L. Théry (dir), *Le travail intenable. Résister collectivement à l'intensification du travail* (pp. 17-28). Paris: La Découverte.
- Touraine, A. (2005). *Un nouveau paradigme. Pour comprendre le monde d'aujourd'hui*. Paris: Fayard.
- Touraine, A. (2006). *Le Monde des Femmes*. Paris: Fayard.
- Tremblay, D.-G. (2014). *Infirmière: vocation, engagement et parcours de vie*. Montréal: Les Éditions du remue-ménage.
- Tronto, J. (2009). Care démocratique et démocraties du care. Dans P. Molinier, S. Laugier, & P. Paperman (dir), *Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité* (pp. 35-55). Paris: Payot & Rivages.
- Tronto, J. (2012). *Le risque ou le care?* Paris: Presses Universitaires de France.
- Valléry, G., & Leduc, S. (2017). *Les risques psychosociaux*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Van Campenhoudt, L., Chaumont, J.-M., & Franssen, A. (2005). *La méthode d'analyse en groupe. Applications aux phénomènes sociaux*. Editions Dunod.
- Van Campenhoudt, L., Franssen, A., & Cantelli, F. (2009). La méthode d'analyse en groupe. *SociologieS, Théories et recherches*.
- Vendramin, P. (2011, 6). Les jeunes et le travail, entre attentes et désillusions. *Notes éducation permanente*(2011-05).
- Viviers, S. (2014). Souffrance identitaire de métier. Des conseillères et des conseillers d'orientation s'interrogent sur le présent et l'avenir de leur profession en milieu scolaire. *Doctorat en sciences de l'orientation*. Québec, Canada: Université Laval.
- Vogel-Polsky, E., & Beauchesne, M.-N. (2001). *Les politiques sociales ont-elles un sexe?* Bruxelles: Labor. La Noria.
- Volkoff, S., & Gaudart, C. (2007, Janvier-Février). Âges et conditions de travail. Prévenir et accueillir le vieillissement. *La Revue de la Confédération Française Démocratique du Travail*, pp. 8-12.

- Vrancken, D. (1998). Profession, marché du travail et expertise. Dans M. De Coster, & F. Pichault (éds), *Traité de sociologie du travail*. (pp. 269-295). Paris, Bruxelles: De Boeck & Larcier.
- Walter, B. (1988). *Le "savoir-infirmier". Construction, évolution, révolution de la pensée infirmière*. Paris: Éditions Lamarre. Collection Recherche Infirmière.

2. Webbothèque

- <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be> (site consulté en septembre 2016)
- <http://statbel.fgov.be> (site consulté en septembre 2016)
- <http://www.health.belgium.be> (site consulté en octobre 2017)
- <http://www.inami.fgov.be> (site consulté en septembre 2016)
- <http://www.inrs.fr> (site consulté en juin 2018)
- <http://www.onem.be> (site consulté en avril 2017)
- <http://www.onprvp.fgov.be> (site consulté en novembre 2016)
- <http://www.setca.org> (site consulté en août 2018)
- <http://www.ugib.be> (site consulté en juin 2018)
- <https://economie.fgov.be> (site consulté en avril 2018)
- <https://pro.guidesocial.be> (site consulté en octobre 2017)
- <https://uni-wuppertal.de> et www.next.uni-wuppertal.de (sites consultés en juillet 2011)
- <https://www.afiso.be> (site consulté en août 2018)
- <https://www.insee.fr/fr> (site consulté en mars 2018)
- <https://www.leforem.be> (site consulté en avril 2017)

INDEX DES FIGURES

Figure 1 – Pyramides des âges des infirmiers-ères en Belgique et en Région Wallonne, en 2017	25
Figure 2 – Pyramides des âges des infirmiers-ères actifs-ves en Belgique, en 2009	26
Figure 3 – Proportions (%) des infirmiers-ères spécialisé-e-s, selon le sexe, en Belgique, en 2017	27
Figure 4 – Infirmières et infirmiers spécialisé-e-s en soins intensifs et d’urgence, en Belgique, de 2008 à 2017	27
Figure 5 – Schéma de synthèse des formes d’intégration professionnelle de Paugam (2000)	63
Figure 6 – Modèle causal de NEXT concernant les départs du secteur des soins de santé	90
Figure 7 – La conception de l’enquête NEXT	93
Figure 8 – Catégories d’analyse reliées entre elles	103
Figure 9 – Catégories d’analyse réorganisées selon les facteurs constitutifs et nouveaux	105
Figure 10 – Infirmiers-ères en Belgique, de 2009 à 2017, selon le sexe et les groupes d’âge	118
Figure 11 – Infirmiers-ères actifs-ves en Belgique, en 2009, selon le sexe et les groupes d’âge	119
Figure 12 – Liens entre départs anticipés, pénurie de main-d’œuvre et vieillissement de population	121
Figure 13 – Facteurs diminuant ou augmentant le nombre d’infirmiers-ères actifs-ves	124
Figure 14 – Construction de l’indicateur de sécurité de l’emploi (exemple)	138
Figure 15 – Synthèse des questionnements de la partie quantitative	142
Figure 16 – Moyennes, médianes et pourcentages d’infirmiers-ères (très) insatisfait-e-s	147
Figure 17 – Histogrammes des variables dépendantes	152
Figure 18 – Modèle causal des facteurs de malaise et de l’intention de quitter la profession d’infirmier	158
Figure 19 – Modèle causal simplifié des facteurs de malaise et de l’intention de quitter la profession d’infirmier	158
Figure 20 – Modèle causal des facteurs de malaise sur l’intention de quitter la profession d’infirmier	159
Figure 21 – Modèle causal réduit (1)	159
Figure 22 – Modèle causal réduit (2)	167
Figure 23 – Modèle causal réduit (3)	170
Figure 24 – Histogrammes des variables de conciliation	174
Figure 25 – Modèles professionnels	253
Figure 26 – Modèles professionnels et interactions	261

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 – Proportions (%) des infirmiers-ères en Belgique et en Région Wallonne, en 2017 ...	25
Tableau 2 – Proportions (%) des infirmiers-ères actifs-ves en Belgique, en 2009.....	26
Tableau 3 – Le terme « Profession » : quatre sens = quatre points de vue.....	52
Tableau 4 – Nombre d’infirmiers-ères en Belgique : selon diverses sources, résultats de l’enquête attendus et obtenus	91
Tableau 5 – Vue d’ensemble du questionnaire de base NEXT en 2002-2003***	92
Tableau 6 – Nombre d’institutions participantes par pays	92
Tableau 7 – Nombre de réponses aux questionnaires pour la Belgique	93
Tableau 8 – Résumé des entretiens	97
Tableau 9 – Tableau chronologique de la récolte des données qualitatives.....	100
Tableau 10 – Catégories d’analyse issues des entretiens	101
Tableau 11 – Analyse catégorielle par entretien	102
Tableau 12 – Analyse catégorielle par catégorie	102
Tableau 13 – Réorganisation des catégories d’analyse selon les facteurs de malaise	106
Tableau 14 – Tableau récapitulatif des facteurs de malaise et de leurs stratégies.....	106
Tableau 15 – Aperçu de la délimitation de la population analysée – Infirmiers-ères enregistré-e-s au 31/12/2009.....	118
Tableau 16 – Distribution des variables de formation et d’institution avant l’application des filtres	127
Tableau 17 – Premiers indicateurs de malaise issus de la théorie.....	128
Tableau 18 – Première analyse en composantes principales (10 indicateurs).....	130
Tableau 19 – Indicateurs de malaise issus de la première analyse en composantes principales	133
Tableau 20 – Deuxième analyse en composantes principales (11 indicateurs).....	134
Tableau 21 – Alphas de Cronbach par indicateur	136
Tableau 22 – Analyses en composantes principales par indicateur (1ères composantes principales)	139
Tableau 23 – Corrélations entre les indicateurs issus de l’ACP et de l’addition de variables.....	141
Tableau 24 – Corrélations entre les variables indépendantes et les indicateurs de malaise	153
Tableau 25 – Tests du Chi-carré entre les variables indépendantes et la variable d’intention de départ	155
Tableau 26 – Tableaux croisés (χ^2 significatifs) entre les variables indépendantes et la variable d’intention de départ	156
Tableau 27 – Tests du Chi-carré entre les indicateurs de malaise et la variable d’intention de départ	157
Tableau 28 – Régressions linéaires entre les variables indépendantes et les indicateurs de malaise (1 modèle).....	161

Tableau 29 – Régressions linéaires entre les variables d'intérêt et les indicateurs de malaise (2 modèles).....	163
Tableau 30 – Régression linéaire entre les variables indépendantes et la variable d'intention de départ (1 modèle).....	168
Tableau 31 – Régression linéaire entre les variables d'intérêt et la variable d'intention de départ (2 modèles).....	169
Tableau 32 – Régression linéaire entre les indicateurs de malaise et la variable d'intention de départ	170
Tableau 33 – Régressions linéaires de variables organisationnelles sur les indicateurs de reconnaissance, sens et stress	173
Tableau 34 – Variables composant les indicateurs de conciliation	173
Tableau 35 – Régressions linéaires de variables familiales sur les indicateurs de reconnaissance, sens et stress	175
Tableau 36 – Régressions linéaires des facteurs de malaise sur l'intention de quitter la profession par sexe	176
Tableau 37 – Régressions linéaires des facteurs de malaise sur l'intention de quitter la profession par type d'institution.....	177
Tableau 38 – Tableau récapitulatif de l'organisation des chapitres de la Partie III	184
Tableau 39 – Fiche signalétique des personnes interrogées	185
Tableau 40 – Répartition des infirmiers-ères selon la nationalité, 2009	231
Tableau 41 – Pourcentages des infirmiers-ères actifs-ves par groupe d'âges, 2009.....	239
Tableau 42 – Tableau récapitulatif du cadre théorique utilisé	333
Tableau 43 – Tableau récapitulatif des facteurs de malaise et des compensations ou stratégies	334

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
PARTIE I – DE LA PROBLÉMATIQUE À LA MÉTHODOLOGIE	7
CHAPITRE 1 – UN MALAISE INFIRMIER AUX CONTOURS FLOUS.....	8
1. <i>Le travail de l'infirmier-ère</i>	8
A. Au fil de l'histoire : du Moyen-Âge au XX ^{ème} siècle	8
1) Moyen-Âge, Ancien Régime et début du christianisme	8
2) XIX ^{ème} siècle.....	10
a) Début des conflits anticléricaux.....	11
b) Idées d'émancipation de la femme	11
c) Révolution médicale : antisepsie et asepsie.....	12
d) Emergence du métier et premières écoles infirmières.....	12
e) Poids de paradoxes des religieuses sur l'identité infirmière.....	14
3) XX ^{ème} siècle.....	14
a) Conflits clérico-libéraux	14
b) Ecoles infirmières en Belgique	15
c) 1914-1918	16
d) Entre les deux guerres	17
e) Autour de la Deuxième Guerre mondiale	19
f) Autour des années 1970.....	19
B. Hic et nunc.....	21
1) Accès à la profession	22
2) Brève description quantitative	23
3) De la pénurie à la sécurité d'emploi.....	27
4) Évolution des conditions de travail hospitalières	30
C. Valeurs professionnelles infirmières	31
D. La recherche en soins infirmiers.....	35
2. <i>Le malaise au travail</i>	41
A. Le malaise comme révélateur d'un changement social	42
B. Le malaise de l'urgence et dans l'urgence.....	43
C. Malaise accentué donc déjà existant.....	44
D. Utiliser la notion de « malaise » plutôt qu'une autre.....	46
1) Malaise ou vulnérabilité professionnelle ?.....	46
2) Malaise ou souffrance au travail ?	47
3. <i>Aborder le malaise professionnel infirmier</i>	51
A. Métier, profession ou groupe professionnel ?	51
B. Le malaise de la profession intermédiaire.....	56
CHAPITRE 2 – UN CADRE THÉORIQUE POUR L'ANALYSE DU MALAISE INFIRMIER	59
1. <i>Fondements de l'intégration professionnelle</i>	61
2. <i>Rapport à l'emploi : évolutions et inégalités</i>	65
3. <i>Rapport au travail : évolutions et facteurs de satisfaction</i>	71
A. L'homo œconomicus	74
B. L'homo sociologicus	75
C. L'homo faber	81

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 3 – UNE MÉTHODOLOGIE MIXTE	89
1. <i>L'opportunité statistique</i>	89
A. Récolte des données de l'enquête NEXT	90
B. Premiers résultats : identification du malaise infirmier	94
C. Limites	95
2. <i>Confronter les résultats chiffrés aux protagonistes</i>	96
A. Récolte des données qualitatives	97
B. Première analyse catégorielle	100
C. Rencontre entre des premiers résultats, un cadre et l'histoire des infirmiers-ères	103
D. Analyse à travers un cadre nourri et situé	105
3. <i>Réflexivité méthodologique</i>	107
A. Risques d'utiliser des méthodes différentes	108
B. Intérêts de deux méthodes dans la compréhension du malaise infirmier	110
C. Engagement du-de la chercheur-e	112
PARTIE II – IDENTIFICATION DU MALAISE.....	115
CHAPITRE 4 – OPÉRATIONNALISATION DU CADRE THÉORIQUE.....	117
1. <i>Le malaise à travers les départs anticipés</i>	117
2. <i>Création d'indicateurs de malaise</i>	126
A. Premiers indicateurs de malaise	127
B. Première analyse en composantes principales (ACP).....	128
C. Nouveaux indicateurs de malaise.....	129
D. Deuxième ACP et alphas de Cronbach	133
E. Addition des variables	136
F. Premières composantes principales	138
G. Comparaison des indicateurs	141
CHAPITRE 5 – ANALYSES STATISTIQUES	142
1. <i>Analyse univariée</i>	143
A. Variables indépendantes.....	143
B. Indicateurs de malaise.....	146
C. Variables dépendantes	151
2. <i>Analyse bivariée</i>	152
A. Variables indépendantes et indicateurs de malaise.....	152
B. Variables indépendantes et intention de départ.....	154
C. Indicateurs de malaise et intention de départ	156
3. <i>Analyse multivariée : régressions linéaires</i>	157
A. Variables indépendantes et indicateurs de malaise.....	159
1) Un modèle.....	160
2) Deux modèles.....	162
B. Variables indépendantes et intention de départ.....	167
1) Un modèle.....	168
2) Deux modèles.....	169
C. Indicateurs de malaise et intention de départ	170
D. Comprendre autrement les indicateurs de malaise	172
1) Explications de l'expérience professionnelle	172

2) Explications familiales	173
3) Les indicateurs à travers le filtre de sexe	176
4) Les indicateurs à travers le filtre de l'institution	177
PARTIE III – EXPRESSIONS DU MALAISE	181
CHAPITRE 6 – SÉCURITÉ DE L'EMPLOI	186
1. <i>Pénurie de main-d'œuvre</i>	187
A. Pénurie accentuée par les congés	188
B. Métier peu attrayant	190
C. Qui dit pénurie, dit surcharge de travail... ..	191
D. ...qui dit surcharge de travail, dit départs anticipés	193
2. <i>Stratégies ou compensations de la pénurie de main-d'œuvre</i>	193
A. Gestion de l'hôpital	193
B. Sécurité de l'emploi et « travail à la carte »	195
CHAPITRE 7 – <i>HOMO ÆCONOMICUS</i>	196
1. <i>Manque de reconnaissance financière</i>	196
A. « Pour moi »	196
B. « Pour les plus jeunes »	198
C. « Pas pour moi »	198
2. <i>Stratégies ou compensations de l'homo æconomicus</i>	199
A. Les aménagements de fin de carrière officiels	200
1) Le principe des aménagements en général.....	200
a) C'est une bonne formule	200
b) C'est bien, mais... ..	200
c) Mais c'était fait pour nous !	202
2) Dispense de travail (DT)	203
a) C'est mieux d'avoir plus de temps	203
b) Sauf si les autres triment plus et si le jour est imposé	205
3) Prime	207
a) Un peu de beurre dans les épinards	207
b) Invisible, dérisoire ou imposée, contrainte.....	207
B. Aménager sa fin de carrière en réduisant son temps de travail	208
a) Pré pensions	209
b) Interruptions de carrières ou congés parentaux	210
c) Changer son ETP.....	210
CHAPITRE 8 – <i>HOMO SOCIOLOGICUS</i>	213
1. <i>Homo sociologicus constitutif : manque de reconnaissance</i>	214
A. Manque de reconnaissance institutionnelle	216
B. Manque de reconnaissance relationnelle	218
1) Le modèle conceptuel d'intermédiaire culturelle	219
2) Intersectionnalité	221
a) Rapports de sexe ou le genre.....	223
b) Rapports de races ou backgrounds.....	230
c) Rapports de classes ou de fonctions	231
d) Rapports d'âges	238

TABLE DES MATIÈRES

e) Rapports intersectionnels	244
2. Homo sociologicus nouveau : rapport de générations	245
A. Valeur du travail	245
1) Travail central.....	245
2) Travail décentré ou dilué.....	246
B. Valeur de la famille.....	248
1) Investissement familial total	248
2) Aménagement familial par le temps partiel.....	249
3) Organisation familiale par le travail de nuit	251
C. Modèles professionnels générationnels.....	252
1) Modèle 1 : Bosseur-Bosseuse	254
2) Modèle 2 : Père-Mère de famille	255
3) Modèle 3 : Conciliateur-Conciliatrice	255
4) Modèle 4 : Plural-e	256
a) Pluralité portée par les plus jeunes.....	257
b) Pluralité fantasmée.....	257
c) Pluralité du bout des orteils	258
d) Pluralité cadencée	259
5) Décalage de générations.....	260
D. Subjectivation et pluralité/polycentralité	264
E. Effets de générations et effets d'âges	267
1) Différences intergénérationnelles.....	269
a) Stéréotypes d'âges.....	269
b) Compétences TIC	270
c) Rapport à l'entreprise	270
d) Rapport à l'emploi	271
e) Rapport au travail	272
f) Rapport à la famille.....	273
2) Similitudes intergénérationnelles	273
3) Différences intragénérationnelles.....	274
3. Stratégies ou compensations des insatisfactions de l'homo sociologicus	275
A. Signes de reconnaissance constitutifs	276
B. Résistance collective via la « Charte du bon infirmier ou de la bonne infirmière »	276
1) Il faut aimer son travail	278
2) Il faut mettre le travail en équipe au premier plan... ..	279
3) ...dans le but de mettre les patient-e-s en priorité.....	281
4) Il faut rester dans la pratique... ..	282
5) ...donc il vaut mieux travailler à temps plein.....	283
6) Il faut être bûcheur-euse, battant-e, motivé-e et loyal-e.....	284
a) Être bûcheur-euse.....	284
b) Être battant-e, fort-e physiquement, costaud-e, exigeant-e.....	284
c) Mordre sur sa chique, tenir le coup, souffrir, être motivé-e.....	285
d) Loyaliste	285
CHAPITRE 9 – HOMO FABER	287
1. Homo faber constitutif.....	289
A. Horaires d'hôpital.....	289
1) « On le sait depuis qu'on a commencé »	290

2) Horaires flexibles, souples, variables, improvisés, imposés, bref irréguliers	290
3) Horaires surchargés.....	291
B. Stress au travail	292
1) Gardes	292
a) Les gardes génèrent plus de stress	292
b) Les gardes sont « comme une loterie »	293
c) Les gardes correspondent à une charge de travail supplémentaire	293
2) Stress, gardes et âge	294
a) Stress des gardes accentué avec l'âge	294
b) Récupération physique plus lente	294
C. Charges physiques	296
1) Lourdeur des appareils.....	296
2) Longues prestations	296
D. (Manque d')autonomie au travail	296
E. Intensification des charges techniques et médicales	298
1) S'adapter à des techniques plus adaptées	298
2) Quelles techniques ?	299
3) Formation continuellement continue	300
2. <i>Homo faber nouveau : nouvelles intensifications des charges</i>	302
A. Intensification des charges administratives et managériales	302
1) RHM et manque de reconnaissance institutionnelle	303
2) Hospitalisations plus courtes et soins plus aigus.....	304
3) Changements managériaux ou politiques	305
B. Changement de mentalité : des patient-e-s impatient-e-s.....	308
1) Plus d'informations	309
2) Plus d'exigence	309
3) Plus d'inquiétude	310
3. <i>Stratégies ou compensations de l'homo faber</i>	311
A. Face aux facteurs constitutifs	311
1) Horaires adaptables	311
a) Quand la flexibilité a du bon	311
b) Primes particulières ou compensations.....	312
2) Aménagements officieux ou personnels pour réduire le stress	312
a) Moins de gardes.....	312
b) Moins de nuits	314
c) Changer de service pour un horaire plus confortable.....	315
3) Éthique médico-sociale maintenue dans l'intensification des tâches médicales	316
B. Face aux facteurs nouveaux	318
1) Logique gestionnaire desservant le care	319
2) Nécessaire transformation du care	320
CONCLUSION	331
1. <i>Facteurs constitutifs de malaise infirmier</i>	334
A. Sécurité de l'emploi.....	334
B. Homo oeconomicus	335
C. Homo sociologicus constitutif : intermédiation culturelle et intersectionnalité	336
D. Homo faber constitutif : charges de travail et intensifications médicales	341
2. <i>Nouveaux facteurs de malaise infirmier</i>	342

TABLE DES MATIÈRES

A. Homo sociologicus nouveau : rapport de générations	342
B. Homo faber nouveau : logique managériale et quête du care	344
3. Forces, limites et nouvelles perspectives	346
ANNEXES.....	348
<i>Annexes de la Partie I</i>	348
Annexe I.1 – Guide d’entretien.....	348
Annexe I.2 – Méthode d’Analyse en Groupe ou MAG	351
1. PRÉSENTATION DE LA MAG	351
2. CARACTÉRISTIQUES DE LA MAG	352
3. ETAPES DE LA MAG	354
<i>Annexes de la Partie II</i>	358
Annexe II.1 – Variables composant les indicateurs de malaise et histogrammes des indicateurs	358
Annexe II.2 – Diagrammes en bâtons des variables indépendantes	364
Annexe II.3 – Tableaux récapitulatifs des régressions linéaires.....	366
Annexe 3.1 Variables indépendantes et indicateur de sécurité de l’emploi	366
Annexe 3.2 Variables indépendantes et indicateur de perspectives de promotion.....	367
Annexe 3.3 Variables indépendantes et indicateur de satisfaction financière.....	368
Annexe 3.4 Variables indépendantes et indicateur de reconnaissance	369
Annexe 3.5 Variables indépendantes et indicateur de rapport à la hiérarchie	370
Annexe 3.6 Variables indépendantes et indicateur de rapport aux collègues	371
Annexe 3.7 Variables indépendantes et indicateur de violence	372
Annexe 3.8 Variables indépendantes et indicateur de sens du travail.....	373
Annexe 3.9 Variables indépendantes et indicateur de stress au travail.....	374
Annexe 3.10 Variables indépendantes et indicateur d’autonomie dans le travail	375
Annexe 3.11 Variables indépendantes et indicateur d’intensification du travail.....	376
Annexe 3.12 Variables indépendantes et intention de départ	377
BIBLIOGRAPHIE.....	378
1. <i>Ouvrages et articles</i>	378
2. <i>Webothèque</i>	386
INDEX DES FIGURES	387
INDEX DES TABLEAUX	388
TABLE DES MATIÈRES.....	390