



Master

2023

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Les conditions de travail des infirmières et infirmiers en Suisse : une étude
des raisons d'abandon de la profession

Oclei, Nicolas Alexandre

How to cite

OCLEI, Nicolas Alexandre. Les conditions de travail des infirmières et infirmiers en Suisse : une étude des raisons d'abandon de la profession. Master, 2023.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:171566>



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

**FACULTÉ DES SCIENCES
DE LA SOCIÉTÉ**

h e d s

Haute école de santé
Genève

Les conditions de travail des infirmières et infirmiers en Suisse : Une étude des raisons d'abandon de la profession

Nicolas Oclei

Mémoire de master en Socioéconomie

Sous la direction de : Claudine Burton-Jeangros

En collaboration avec l'HEdS sous l'expertise de Marie-Laure Kaiser

Université de Genève

Faculté des sciences de la société

2023

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier la directrice de la HEEdS Marie-Laure Kaiser pour m'avoir fait confiance en m'engageant pour réaliser un stage de recherche. Je la remercie aussi pour sa grande gentillesse, toute la confiance et l'écoute qu'elle m'a constamment apportées qui se sont révélées indispensables pour que je puisse réussir mener à bien ce travail.

J'aimerais aussi remercier ma professeure et directrice de mémoire Claudine Burton-Jeangros pour avoir su m'aider et me conseiller avec expertise et humanité. Son écoute attentive et sa grande disponibilité ont su me permettre d'avancer pas à pas, à mon rythme, dans la réalisation de ce travail.

Je tiens aussi à remercier mes camarades de Master. Ici j'ai une pensée particulière pour Bryan, Vestin, Hicham et encore Theo. Merci à mes chers parents de toujours me faire confiance et de savoir me redonner du courage quand il le faut.

Enfin, merci aussi à Julie de m'accompagner dans la vie, mais aussi de m'avoir soutenu et compris comme personne ne le pouvait dans la réalisation de ce travail.

Pour finir, je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes ayant accepté de participer à cette étude. Non seulement pour avoir pris de leur temps pour réaliser un entretien en ma compagnie mais aussi pour avoir été généreuses en acceptant de livrer des événements et récits parfois intimes, parfois violents et parfois touchants. Merci à eux et à elles.

Table des matières

Avant-propos	1
Introduction	3
Contexte professionnel et politique en Suisse.....	5
L'initiative pour des soins infirmiers forts.....	5
L'abandon de la profession : contexte et enjeux en Suisse	8
Revue de la littérature	10
Les notions clés des études sur les conditions de travail.....	10
Organisation et management.....	10
Les différents enjeux des conditions de travail	12
Approches théoriques autour du domaine infirmier.....	14
La pratique infirmière en Suisse romande et l'analyse bourdieusienne.....	14
Les recherches sur les interactions infirmières	16
La perspective du féminisme matérialiste	17
La reconnaissance du travail infirmier	18
La reconnaissance dans le travail	19
La reconnaissance de la profession infirmière	20
Problématique.....	23
Méthodes	25
Préparation du terrain	25
Constitution du terrain et prise de contact.....	26
Déroulé des entretiens	28
Méthodes d'analyse des données	29
Résultats	31
Caractéristiques des participant.e.s	31
Les profils de « carrières » infirmières.....	32

Aspirations - entrée dans le domaine de formation et de profession sanitaire	32
La vocation comme aspiration à la profession	32
Prédominance de l'aspect social	33
Les perceptions de la profession infirmière	35
Raisons de la sortie de profession	37
Les conditions de travail	41
Charge de travail	41
Le manque de reconnaissance	43
Conciliation vie privée-vie professionnelle.....	48
Impact de la pandémie.....	51
Critiques envers le modèle organisationnel.....	54
Communication et relation avec les hiérarchies.....	55
Conflit entre valeurs personnelles et directives du travail	58
Critiques de l'organisation du travail	60
Discussion	64
Entrées et abandons de la profession.....	64
La reconnaissance – les multiples incidences et traductions de cette problématique	68
Les critiques des infirmières et infirmiers.....	70
Discussion générale.....	72
Conclusion.....	75
Bibliographie.....	78
Annexes	82
Guide d'entretien.....	82
Document d'information	85
Codage de l'analyse des données	87

Avant-propos

Ce projet de recherche a démarré en juin 2022. Il s'agissait au début de réaliser, dans le cadre d'un stage de recherche à la Haute Ecole de santé de Genève, une étude de faisabilité dans l'hypothèse de l'ouverture d'une nouvelle offre de formation en ergothérapie. Cette étude entendait plus spécifiquement sonder de manière qualitative quelques personnes travaillant dans des domaines de soins divers tels qu'aide-soignante ou infirmière en situation de reconversion professionnelle.

Le travail de recherche a donc été élaboré en vue de réaliser des entretiens qualitatifs auprès de professionnel.les de la santé volontaire que nous aurions recruté via la mise en relation des services de ressources humaines d'institutions comme l'IMAD ou les HUG. Les entretiens tendaient à vouloir interroger deux sujets interconnectés : les raisons ayant amené au désir de reconversion professionnelle et l'intérêt possible d'une reconversion vers une formation en ergothérapie.

Après une phase de préparation du terrain qui a consisté en une revue de la littérature pour mieux s'imprégner des thématiques de recherche et la recherche de personnes volontaires, les entretiens ont débuté aux alentours de mois d'aout 2022. Cette recherche de personnes volontaires s'est avérée particulièrement laborieuse au début de notre enquête. Nous avons identifié comme facteur possible d'explication de cette complexité une possible appréhension des personnes en situation de reconversion professionnelle de s'adresser à nous lorsque nous étions introduits par les ressources humaines des institutions. Comme nous nous sommes demandé par la suite, il est possible que la perception de notre étude ait pu être que nous étions affiliées à une étude en lien avec les ressources humaines. L'idée étant qu'il était possible qu'une certaine forme de méfiance existe à l'égard des ressources humaines et par conséquent à notre égard.

L'autre point a été qu'après la réalisation de trois entretiens nous sommes arrivés à des résultats passablement négatifs quant à la possibilité pour les personnes interrogées d'avoir un intérêt quelconque à se réorienter vers l'ergothérapie. Les principaux arguments qui sont ressortis de ces entretiens ont été que le retour à la formation n'était plus souhaitable voire possible suivant les situations familiales et financières. Dans le même ordre d'idées, la perspective de déboucher dans un métier au niveau de rémunération semblable aux postes que quittaient les personnes représentait aussi une raison du non-intérêt. Enfin, le désir de se réorienter semblaient, chez ces

trois personnes interrogées, tendre vers des secteurs professionnels éloigné du secteur de la santé.

À la suite de ces résultats, la décision a été prise de mettre un terme au premier projet de recherche. Néanmoins, les résultats portant sur les thématiques portant sur les raisons ayant amené à vouloir se réorienter professionnellement ont abouti à la volonté de lancer un projet de recherche plus axée autour de cette problématique. Nous avons donc élaboré à nouveau un projet de recherche qui a débouché sur l'étude actuelle interrogeant les raisons d'abandon de la profession infirmière. Ce nouveau projet a alors débuté en octobre 2022.

Introduction

Le bien-être au travail, le sens du travail, les valeurs du travail ou encore la souffrance au travail sont parmi les sujets régulièrement invoqués pour discuter des conséquences, positives ou négatives, des conditions de travail.

La profession infirmière est un domaine dans lequel les questions et problématiques relatives aux conditions de travail sont particulièrement fortes et souvent discutées. La crise de la covid-19 a eu entre autres comme conséquence de mettre en lumière la condition infirmière dans les pays occidentaux. Cette mise en lumière s'est produite à la fois dans les champs médiatiques et politiques. La crise a d'abord éclairé le fonctionnement du système de santé et les impacts produit par la pandémie. Une des conséquences a été la médiatisation des personnes en première ligne, le corps médical et les infirmières et infirmiers. Au niveau politique, cela s'est traduit par la mise en avant (plus importante) du projet de loi pour les soins infirmiers forts qui sera une des conséquences de la crise.

Notre recherche s'inscrit dans ce cadre problématique et dans cette mise en lumière. En effet, les conditions de travail des infirmières et infirmiers a été l'une des raisons qui a participé à l'élaboration de ce projet de recherche. L'une des interrogations est entre autres de cerner à quel point les circonstances ont pu changer depuis la crise de la covid-19. Une autre question que nous nous posons concerne le sujet du *turn-over* chez les infirmiers et infirmières, sujet particulièrement présent dans ce corps de métier (Estryn-Béhar, Van Der Heijden, et al., 2010). En effet, l'abandon dans la profession est un enjeu majeur de ces dernières décennies et ne semble pas se résorber. Il est alors important d'en identifier les causes et raisons. C'est pour cela que nous nous demandons quelles sont les raisons qui amènent les infirmières et infirmiers à vouloir abandonner ou à effectivement abandonner l'exercice de leur profession.

Nous commençons notre travail par un état des lieux de la situation contemporaine en Suisse romande. Pour ce faire, nous nous basons sur un échantillonnage d'articles de presses ainsi que sur des rapports d'études sur les professions de la santé.

Ensuite, nous débutons notre revue de la littérature par une présentation des concepts issus de la sociologie du travail et des organisations, notamment du nouveau management. Puis, nous présentons divers travaux ayant pris pour cadre la profession infirmière en Suisse romande et dans d'autres pays afin de dresser des parallèles ainsi que de recueillir les développements

sociaux de luttes émancipatrices et l'évolution de la profession au cours du 20^e siècle. Enfin, nous proposons aussi de puiser dans la perspective du féminisme matérialiste certaines notions telles que les rapports sociaux de sexe afin d'y incorporer une réflexion sur la profession. Nous faisons de même concernant le sujet de la reconnaissance pour étudier les problématiques contemporaines du monde du travail avec un approche combinant aussi bien la philosophie politique que les courants de psychologie sociale et de sociologie afin de mobiliser cette notion de manière heuristique

Par la suite, nous formulons notre problématique de recherche en nous basant sur la revue de la littérature. Elle entend questionner les raisons actuelles amenant à abandonner la profession infirmière ou tout du moins à vouloir le faire. Pour répondre à cette question, nous proposons trois axes d'analyse distincts. Le premier axe porte sur les carrières des personnes que nous avons interrogées, allant de leur entrée dans la profession infirmière à leur situation au moment des entretiens. Le deuxième concerne les différentes thématiques liées aux conditions de travail évoquées dans nos entretiens, de la charge de travail à la question de reconnaissance jusqu'à l'impact de la pandémie. Enfin le dernier axe concerne les dimensions plus générales, macrosociales, qui sont ressorties de nos entretiens ; les problèmes relationnels et communicationnels avec les hiérarchies ou encore les perspectives critiques envers les modèles organisationnels et institutionnels.

Par la suite, nous présentons les méthodes que nous avons choisi de mobiliser en vue de notre recherche. Nous avons mené une recherche qualitative auprès de professionnel.les de la santé. Les critères de sélection étaient d'être des infirmier.ères mettant en cause leurs conditions de travail, ces problèmes les ayant amené à songer à quitter ou envisager de quitter la profession. Nous avons retenu une méthode d'analyse thématique, qui vise à constituer des thématiques générales, par rapport à notre sujet de recherche, regroupant les propos de nos participant.es.

Les résultats sont divisés selon les trois grands axes d'interrogations. Puis, ils sont subdivisés en fonction des codes construits. La discussion met l'accent sur les enjeux importants découlant des résultats. Pour finir, nous concluons le travail en essayant de dégager plusieurs pistes pour ouvrir notre discussion sur de nouveaux sujets et discutons des limites de cette recherche.

Contexte professionnel et politique en Suisse

Ce travail prend place dans un contexte politique particulier concernant les sujets sanitaires et spécifiquement la profession infirmière. Dans la section qui suit, nous allons nous intéresser aux articles de presses ainsi qu'aux différentes évolutions ayant eu lieu politiquement quant à la question infirmière en Suisse. La crise de la covid-19 a mis à l'épreuve sur de multiples niveaux le système de la santé en Suisse. Lors de cette crise, différentes problématiques ont été mises en lumière aussi bien au niveau politique que médiatique. Pour certains, cela a été « l'unique mérite » de la pandémie que de faire éclater dans l'espace des débats publics la réalité des problématiques des infirmières et infirmiers¹.

L'initiative pour des soins infirmiers forts

Néanmoins, nous allons revenir quelques années auparavant pour cadrer au mieux notre propos. L'association suisses des infirmières (ASI) a lancé le 17 janvier 2017 une initiative populaire intitulée « Initiative pour des soins infirmiers forts ». Cette initiative vise à demander aux pouvoirs publics de reconnaître l'importance primordiale des soins infirmiers et par conséquent de les soutenir. Elle pointe le décalage entre la demande en soins infirmiers et les besoins de la population². Il est notamment avancé que : « L'autonomie des soins infirmiers et des infirmières doit être reconnue dans la loi. ». Ceci implique qu'ils et elles puissent dispenser des soins de manière plus autonome et bénéficier d'un rehaussement des salaires³. Les salaires insuffisamment élevés sont pointés comme étant la raison principale d'abandon de la profession. L'idée est donc d'augmenter l'attractivité de la profession tout en diminuant l'impact négatif du manque d'autonomie.

En 2020, à la suite de la pandémie de la covid-19 mettant sous pression le système de santé de la Suisse, une accélération se fait sentir au niveau politique et une prise de conscience amène le

¹ L'effet «dévastateur» de la pandémie sur les infirmières, *SWI swissinfo.ch*, [en ligne], <https://www.swissinfo.ch/fr/societe/1-effet-d%C3%A9vastateur-de-la-pand%C3%A9mie-sur-les-infirmi%C3%A8res/47114460>, (consulté le 14 avril 2023).

² Les infirmiers veulent un meilleur statut, *Le Courrier*, [en ligne], <https://lecourrier.ch/2017/01/17/les-infirmiers-veulent-un-meilleur-statut/>, (consulté le 3 mai 2023).

³ Les soignants sonnent l'alarme, *Le Courrier*, [en ligne], <https://lecourrier.ch/2017/01/18/les-soignants-sonnent-lalarme/>, (consulté le 3 mai 2023).

Conseil des Etats à adopter le contre-projet indirect à l'initiative des soins infirmiers⁴. Ce contre-projet se concentre sur la dimension de l'attractivité de la profession et entend proposer des mesures politiques pour renforcer la formation infirmière afin d'assurer une quantité de professionnels suffisante sur le territoire suisse. C'est donc en bonne partie les demandes de l'initiative pour les soins infirmiers forts reprises dans le contexte de la pandémie qui semblent avoir accéléré les processus de décisions politiques.

Néanmoins, certaines des demandes initiales formulées par l'ASI ne sont pas reprises au sein du contre-projet du Conseil des Etats. Ce sont notamment les points relatifs aux conditions de travail et leur protection par l'introduction au sein de la Constitution fédérale d'une mention spécifique encadrant la profession infirmière et garantissant le respect de certains *minima* autour des conditions de travail⁵. C'est pourquoi l'initiative va tout de même être maintenue par l'ASI afin de la soumettre au vote populaire après la récolte des 100'000 signatures nécessaires. Qui plus est, le contexte pandémique est propice à rendre visibles les problématiques entourant la profession infirmière mais aussi pour faire avancer ces causes au niveau politique. La demande de l'ASI et des différents syndicats encadrant la profession est claire à ce moment-là, à savoir ; mettre en œuvre aussi bien l'initiative que le contre-projet⁶. C'est aussi la demande directe des professionnel.les de ce secteur disant que les applaudissements dans le contexte de la crise de la covid-19 seuls ne suffisent plus.

Mais le contexte de la pandémie est aussi propice à l'émergence d'un débat portant sur le temps de travail et son allongement possible pour le personnel soignant. Ainsi, en mars 2020 une suspension exceptionnelle est introduite pour temporairement flexibiliser le temps de travail des professionnel.les de la santé⁷. Cette mesure exceptionnelle aurait par la suite ouvert la voie à des discussions sur son entérinement au niveau légal pour l'ensemble des professionnel.les de la santé⁸.

⁴ Coup de pouce aux futurs infirmiers, *Le Courrier*, [en ligne], <https://lecourrier.ch/2020/06/10/coup-de-pouce-aux-futurs-infirmiers/>, (consulté le 5 mai 2023).

⁵ L'initiative pour les soins infirmiers va trop loin pour le Conseil fédéral, *rts.ch, infoSport*, [en ligne], <https://www.rts.ch/info/suisse/12561032-linitiative-pour-les-soins-infirmiers-va-trop-loin-pour-le-conseil-federal.html>, (consulté le 5 mai 2023).

⁶ Les infirmiers veulent des actes, *Le Courrier*, [en ligne], <https://lecourrier.ch/2020/04/21/les-infirmiers-veulent-des-actes/>, (consulté le 3 mai 2023).

⁷ «L'incompréhension est totale», *Le Courrier*, [en ligne], <https://lecourrier.ch/2020/03/25/lincomprehension-est-totale/>, (consulté le 4 mai 2023).

⁸ *Ibid.*

L'initiative, après le dépôt des 100'000 signatures nécessaires, est acceptée en vote populaire le 28 novembre 2021. L'initiative vise notamment à faire adopter une « réglementation fédérale des conditions de travail, de la rémunération, du développement professionnel et des pratiques de facturation. » (OFSP, 2023).

La mobilisation quant aux revendications des infirmier.ères ne s'est toutefois pas arrêtée depuis lors en Suisse. En novembre 2022, l'alliance des professions de la santé composée en partie de syndicats et d'une association professionnelle faisait valoir la nécessité d'adopter des mesures d'urgence pour lutter contre les abandons de profession⁹. Selon cette alliance, jusqu'à 300 personnes quitteraient chaque mois leur profession dans le secteur de la santé. Elle demande par conséquent une augmentation des salaires ainsi que des allocations, une augmentation des vacances, une rémunération du temps de travail effectif, des moyens supplémentaires et des moyens pour assurer les gardes d'enfants¹⁰. De plus, les modalités d'encadrement des conditions de travail, notamment liées aux mécanismes d'indexation des salaires, ne sont pas pratiquées uniformément sur le plan national critique l'alliance. Les débats quant à savoir qui doit avoir l'autorité sur ces sujets entre niveau cantonal et niveau fédéral sont au cœur de cette problématique.

On peut citer un autre évènement dans l'actualité récente entourant la profession infirmière ; celui de la création d'un poste d'infirmier.ère cantonale en février 2022 dans le canton de Vaud¹¹. Ce poste entend permettre d'avoir une voix et une représentation à faire valoir au niveau politique et cantonal pour les infirmières et infirmiers. Cette création participe à revaloriser sur les plans politique et public la profession infirmière et à créer un relais supplémentaire entre la profession et les processus décisionnels.

Depuis que l'initiative a été acceptée par la population, le Conseil fédéral a décidé d'appliquer les modifications demandées par l'initiative en deux temps. Le premier volet s'attarde plus spécifiquement sur la question de la formation du personnel infirmier et est en cours de mise en application. Le second volet, qui n'est pas encore mis en œuvre actuellement, se concentrera sur les questions d'amélioration des conditions de travail, d'assurance de soins suffisants et de

⁹ Plus de moyens pour les soins, *Le Courrier*, [en ligne], <https://lecourrier.ch/2022/11/25/plus-de-moyens-pour-les-soins/>, (consulté le 10 mai 2023).

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Poste pionnier en Suisse – «Les infirmières ne sont pas des exécutantes» | *24 heures*, [en ligne], <https://www.24heures.ch/les-infirmieres-ne-sont-pas-des-executantes-348218437152>, (consulté le 22 août 2023).

bonne qualité ainsi que sur l'ajustement de la rémunération du personnel infirmier (OFSP, 2023). Un « monitoring » de l'application des mesures sera mis en place pour vérifier si les mesures prises suffisent à remplir les objectifs de l'initiative¹². Le second volet risque de susciter encore des débats concernant la rémunération des prestations de soins et les conditions de travail¹³.

L'abandon de la profession : contexte et enjeux en Suisse

En 2021, le personnel infirmier représentait près de 70% des emplois au sein des hôpitaux en Suisse (OFS, 2022). Ainsi, l'abandon de la profession infirmière est pointée comme étant un des enjeux fondamentaux à résoudre tant par différents milieux professionnels, associatifs ou syndicaux, que par les pouvoirs publics. Une étude de l'OBSAN datant de 2016 s'est intéressée au phénomène de sortie, ou d'abandon, de profession dans le secteur de la santé. La sortie est distinguée selon trois modalités ; la sortie de la vie active, le changement de profession et enfin le changement de branche d'activité. Le groupe professionnel infirmier était, avec le domaine de la psychothérapie, le secteur connaissant le plus fort taux de sortie totale avec près de 46% des effectifs ayant abandonné la profession. (Lobsiger, Kägi, et al., 2016). Dans une autre étude de l'OBSAN s'intéressant spécifiquement aux parcours professionnels des infirmières et infirmiers dans une perspective longitudinale, les résultats pointent certaines des thématiques ainsi que les problèmes à large échelle pouvant concourir à une sortie de profession (Addor, Schwendimann, et al., 2016). Ainsi, le rapport mentionne comme éléments primordiaux la conciliation travail-famille, le salaire, les cas de burnout, la charge de travail et enfin le manque de participation aux processus décisionnels (Addor, Schwendimann, et al., 2016). Les raisons évoquées par les infirmier.ères comme motivations à se réorienter ou quitter la profession étaient les suivantes : identification insuffisante avec la profession, besoin de temps pour la vie privée, désir de découvrir d'autres professions, manque de soutien de la hiérarchie et enfin l'envie d'entreprendre une nouvelle formation (Addor, Schwendimann, et al., 2016). Le rapport indique en recommandations d'introduire des mesures à même de fidéliser le personnel notamment en permettant de mieux concilier vie privée et professionnelle ou encore par une

¹² La mise en oeuvre de l'initiative sous surveillance, *Le Courrier*, [en ligne], <https://lecourrier.ch/2023/06/01/la-mise-en-oeuvre-de-linitiative-sous-surveillance/>, (consulté le 10 mai 2023).

¹³ Plus d'autonomie au personnel infirmier, *Le Courrier*, [en ligne], <https://lecourrier.ch/2022/11/29/plus-dautonomie-au-personnel-infirmier/>, (consulté le 12 mai 2023).

révision des grilles salariales. Le rapport suivant de l'OBSAN datant de 2018, même s'il ne distingue plus strictement la profession infirmière, fait toujours état d'un taux d'abandon relativement équivalent au rapport de 2016 (Lobsiger et Liechti, 2021).

Le rapport national de 2021 (Merçay, Grünig, et al., 2021) portant sur le personnel de santé en Suisse nous renseigne sur différents éléments. Il y est notamment question de la nécessité, à nouveau, de renforcer les mesures permettant de mieux concilier vie privée et vie professionnelle. Un autre point est la nécessité d'assurer de bonnes offres de formation afin d'assurer la relève mais aussi de parer aux besoins de plus en plus importants en personnels de santé. Les différentes perspectives évoquées au sein de ce rapport font état de la nécessité dans un futur proche de disposer de davantage de personnels formés. Ce point conjugué avec les sorties de professions précoces des professionnel.les de la santé amène les auteurs du rapport à souligner qu'il est nécessaire que : « les milieux politiques et les autorités leur offrent, à eux comme aux autres acteurs, des conditions-cadres qui leur permettent non seulement de former suffisamment de professionnels de la santé, mais aussi de leur aménager des conditions de travail appropriées, aptes à les retenir dans la profession. » (Merçay, Grünig, et al., 2021, p.8).

Un point moins évoqué dans ces différents rapports porte sur la pénibilité. La pénibilité physique aussi bien que psychologique est pointée notamment par les syndicats comme étant à l'origine des abandons de la profession¹⁴. La pénibilité et la manière dont elle est vécue semblent être donc moins prises en compte par les pouvoirs publics, en particulier la dimension psychologique associée au caractère relationnel et humain de la profession.

Les différents points présentés dans cette section nous servent à mieux cadrer notre sujet de recherche ainsi que notre problématique. Ce tour d'horizon permet de souligner l'importance des différents enjeux présents et futurs associés à la profession infirmière et aux conditions de travail de celle-ci. Dans la suite de ce travail, nous allons présenter la littérature spécialisée portant sur les activités infirmières et différents champs de recherche que nous avons jugés nécessaire de mobiliser pour répondre à notre question de recherche.

¹⁴ Plus de moyens pour les soins, *Le Courrier*, [en ligne], <https://lecourrier.ch/2022/11/25/plus-de-moyens-pour-les-soins/>, (consulté le 10 mai 2023).

Revue de la littérature

Nous allons dans un premier temps présenter la littérature spécialisée sur le travail et les pratiques infirmières en Suisse romande, puis dans d'autres pays. Cette partie sera la plus élaborée dans le sens où c'est la littérature qui a été la plus mobilisée dans la construction de la grille analytique thématique. Dans un second temps, nous élargirons notre revue de la littérature à des champs de recherche plus théoriques relatifs à la sociologie du travail et la reconnaissance du travail. Certaines des notions ou encore les faits évoqués peuvent servir à susciter notre « imagination sociologique » ou encore à esquisser des comparaisons entre les données. Nous présentons aussi la perspective du féminisme matérialiste pour mieux cerner certains des enjeux propres au domaine professionnel infirmier notamment sa composante genrée.

Nous dressons aussi un bref panorama des évolutions récentes du modèle organisationnel du secteur hospitalier public suisse. En effet, il est important d'avoir en perspective certaines des composantes organisationnelles ainsi que les changements structurels qui ont été mis en place au cours de ces derniers décennies dans les hôpitaux suisses. Ceci aide à mieux cerner les logiques de fonctionnement interne des structures hospitalières.

Les notions clés des études sur les conditions de travail

Dans cette section nous présentons les ressources sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour mieux cerner les principales problématiques contemporaines liées au travail. Notre intérêt porte plus spécifiquement sur les conséquences négatives des conditions de travail ; stress, burn-out, perte de sens ou encore le harcèlement font partie des principaux objets de recherche sur ces questions (Loriol cité par Alter, 2012). Nous commençons par évoquer les recherches portant sur les questions d'organisation et de management et leurs implications concernant les conditions de travail. Puis, nous abordons les sujets plus spécifiques de fatigue au travail, burn-out ou encore de l'identité professionnelle et faisons le lien avec le champ professionnel infirmier.

Organisation et management

Linhart (2015) montre les ressorts normatifs des modèles de management contemporain et leur relation avec les modèles d'organisation du travail taylorien. Les modèles d'organisation scientifique du travail dit tayloriens consistent à rationaliser le procès de travail via l'expertise

scientifique. Une de ses conséquences est d'aliéner les travailleurs et travailleuses en leur dépossédant de leurs capacités à s'approprier leurs activités de travail au profit d'une organisation stricte. Linhart montre comment ce type de logique persiste dans les modèles managériaux contemporains prônant une focalisation sur le bien-être psychologique des travailleurs et travailleuses. L'autrice postule au contraire que les modes de gestion produisent toujours des modèles de rationalisation des activités ayant pour conséquence une déshumanisation du travail et une perte de sens relatif à celui-ci.

Cette critique est aussi présente dans certains travaux analysant le modèle d'organisation nommé « New management public » ou « Nouveau management publique » (NMP ci-après). Comme le résume Belorgey (2016) : « Le NMP est un paradigme d'action publique, c'est-à-dire un ensemble d'idées et de pratiques que les pouvoirs publics tentent de mettre en œuvre dans les administrations et les services publics » (Belorgey, 2016, p.9). Il considère les liens qu'entretient ce modèle de gestion avec le taylorisme en le qualifiant de « néo-taylorisme ». Ce modèle de gestion entend importer des modèles de gestion et de production issus des secteurs privés au sein des services publics. Il cherche aussi à fixer des objectifs quantifiés pour accroître la productivité des agent.es. Belorgey (2016) a étudié à l'aide d'observations, d'entretiens et de données statistiques la manière dont ce modèle de gestion a été appliqué aux hôpitaux français et les conséquences sur les travailleurs et travailleuses de la santé. Une de ses conclusions porte sur l'introduction importante au sein des services de santé de logiques managériales issues du privé.

En Suisse depuis 2012, une révision du financement hospitalier a été mise à l'ordre du jour afin de réformer le secteur de la santé en suivant deux objectifs : « inciter les hôpitaux à plus de rigueur dans leur gestion financière et ouvrir le marché de la santé suisse à plus de concurrence interne » (Resenterra, Siggen, et al., 2013, p.3). Ainsi, les hôpitaux ont modifié leurs fonctionnements managériaux et puisé dans les modèles issus là aussi des secteurs privés pour adapter leurs modes de régulation du travail. Une des conclusions de ces auteurs est que les managers sont, dans ce nouveau modèle, mis dans une situation « d'embarras ». Cette situation découle de l'éloignement voulu par le modèle des cadres et managers des travailleurs de terrain. Mais cet éloignement entraîne un manque de reconnaissance de la part des travailleurs et travailleuses vis-à-vis des managers. Les managers se retrouvent dès lors dans une position « d'hybridation des identités professionnelles (...) agissant à l'interface des sphères managériales et professionnelles » (Resenterra, Siggen, et al., 2013, p.4). Ils précisent ce propos d'une autre manière : « Les cadres intermédiaires semblent donc se trouver dans une posture

organisationnelle qui les place au croisement de logiques sectorielles antagonistes qui sont vectrices, pour ces derniers, d'injonctions contradictoires. » (Resenterra, Siggen, et al., 2013, p.3).

Un autre effet du NMP est la redéfinition partielle de l'activité infirmière (Toffel et Tawfik, 2019). Cette redéfinition passe notamment par une attention accrue aux logiques de réduction des coûts et d'un basculement d'une logique plus axée sur la demande que sur l'offre via l'introduction de la notion de « qualité des soins ». La redéfinition a de effets différenciés selon les fractions d'activité peuplant l'espace social infirmier. L'espace social infirmier est défini par les auteurs dans un autre article en suivant une perspective bourdieusienne analysant cet espace en termes de champ social construisant des positions dominante et dominée pour les infirmière.s (Longchamp, Toffel, et al., 2018). Pour Toffel et Tawfik (2019), les effets du NMP peuvent donc tout aussi bien être négatifs que positifs selon les positions des infirmière.s dans le champ social. Ils précisent que ce sont les infirmière.s doté.es de fort capital symbolique, de diplômes, qui seront privilégiées par ces réformes managériales : « (...) les infirmières ayant obtenu un master en sciences infirmières, [sont] qualifiées d' « élites scientifiques » (Toffel et Tawfik, 2019, pp 3-4). Ils évoquent notamment comment la nouvelle notion de qualité des soins tend à produire cette valorisation auprès des élites infirmières.

Les différents enjeux des conditions de travail

La question de l'identité au travail est un sujet important des recherches s'intéressant au monde du travail et à ses multiples effets sur les individus. La possibilité de se constituer sereinement par l'activité du travail est un enjeu central pour comprendre ses potentiels effets négatifs sur les individus lorsque ce processus ne se déroule pas de manière adéquate.

L'identité peut être construite entre autres par le travail et par la manière dont celui-ci est structuré. Le NMP, en tant que modèle d'organisation du travail, a donc des conséquences sur la constitution des identités professionnelles :

« L'identité professionnelle est avant tout contingente, dans le sens où elle dépend à la fois du contexte organisationnel dans lequel se trouve un individu et de son propre parcours biographique. C'est pourquoi la mise en œuvre de réformes de type NGP au sein des organisations publiques peut potentiellement modifier les processus d'identification des groupes professionnels, notamment en instaurant de nouvelles pratiques et de nouvelles valeurs au sein des organisations. » (Resenterra, Siggen, et al., 2013, p.6).

Ces nouvelles valeurs instaurées peuvent être en contradiction avec les identités professionnelles provenant d'autres instances de socialisation. L'identité professionnelle infirmière offre un bon exemple de ces multiples identités issues de différents champs. Ainsi, les identités professionnelles peuvent provenir de milieux tels que l'éducation (Harduin, 2009), ou refléter les valeurs normatives transmises au sein de traditions constituant la profession (Cohen et Dagenais, 1987; Cohen et Vaillancourt, 1997). La profession infirmière et les identités en découlant peuvent aussi être réfléchies en termes dynamiques via le paradigme du parcours de vie (Côté, 2013). Dans cette perspective, la réflexion propose de prendre en compte l'origine plurielle des identités professionnelles, avec leurs convergences et divergences, en y ajoutant une perspective dynamique permettant de mieux cerner les évolutions dans le temps. Ainsi, nous pouvons réfléchir par ce biais à la manière dont les vies privées, les conditions de travail et, en somme, les différents éléments de la vie peuvent venir influencer sur le rapport au travail (Côté, 2013).

Enfin, la constitution de l'identité infirmière a récemment été étudiée dans le contexte de la pandémie de la covid-19 (Bernard, Béveillard-Charrière, et al., 2021). Les médias, aussi bien dans les presses spécialisées que généralistes, ont véhiculé beaucoup d'images et de termes, parfois contradictoires, pour caractériser les infirmières et infirmiers. Une des conclusions de cette étude est la prégnance des termes de « héros » ou d'« anges » pour qualifier les infirmier.ères et leurs effets néfastes sur les professionnel.les . D'un côté, ces termes mélioratifs, serviraient à : « justifier certaines conditions de travail difficiles auxquelles doivent faire face les infirmières » (Bernard et al., 2021, p.6). Cependant l'auteur souligne aussi : « la construction de cette image identitaire nuit à la reconnaissance professionnelle des infirmières. L'ensemble des images rattachées à ces termes, telles que la magie, la bravoure et le don de soi, participent à l'effacement des compétences infirmières, basées sur un vaste corpus de connaissances (...). » (Bernard et al, 2021, p.10).

Un autre point concerne les différentes dimensions liées aux pratiques et leurs impacts physiques et psychologiques. La fatigue est analysée comme étant une des conséquences des activités infirmières ; leur intensité, leurs charges et les horaires de travail sont autant de paramètres du travail impactant la fatigue des infirmiers et infirmières (Loriol, 2001). Le burn-out est ainsi un exemple des conséquences de ces conditions de travail. Le burn-out semble particulièrement toucher les professionnel.les de la santé tout autant qu'être une catégorie ayant été acceptée pour nommer le problème des conditions de travail infirmières (Loriol, 2001). Le burn-out est aussi considéré comme étant une maladie liée à l'activité professionnelle touchant

les professions dans lesquelles il existe un risque de surinvestissement à la fois psychique et physique (Loriol cité par Alter, 2012).

Nous avons pu faire la présentation à travers cette section de certaines problématiques contemporaines touchant les travailleurs et travailleuses. Nous avons pu présenter succinctement les différents points qui nous sont apparus importants à prendre en compte concernant les organisations et les conséquences des modèles managériaux contemporains sur les conditions de travail. Les problèmes de stress au travail, de construction d'identité, de fatigue ou encore de burn-out nous permettent de déterminer certains des sujets à prendre en compte de manière primordiale pour notre sujet de recherche.

Approches théoriques autour du domaine infirmier

La pratique infirmière en Suisse romande et l'analyse bourdieusienne

Une série de travaux menés par Longchamp et Toffel a eu comme objectif de renouveler le cadre théorique et interprétatif concernant l'activité professionnelle des infirmière.s. Ils ont conduit des recherches sur la pratique infirmière en s'inspirant du cadre théorique proposé par Pierre Bourdieu. Leur principale proposition est de prendre conjointement et fortement appui sur les concepts de *capital* et de *champ*.

Dans leur article portant sur la profession infirmière en tant que champ social (Longchamp, Toffel, et al., 2016), les auteurs proposent une interprétation spécifique de l'espace social infirmier. Leurs objectifs dans l'utilisation du concept de champ est double. Le premier renvoie à la valeur heuristique du concept leur permettant de sortir des habitudes théoriques associées au champ de recherche historiquement constitué quant à l'espace social infirmier. Le second est d'ancrer leur analyse dans « une perspective critique de la notion de profession » (Longchamp, Toffel, et al., 2016, p.137). La volonté est ici de mettre à jour les tensions et enjeux structurant les rapports sociaux propres au champ social infirmier, et *in fine* hospitalier et médical.

Le concept de capital est utilisé pour différencier deux formes de capital qui peuvent être obtenus et valorisés par les infirmier.ères. D'un côté le *capital médical* consiste concrètement en : « l'ensemble des ressources acquises par la pratique autant que par la formation, et relatives à la physiopathologie, à la pharmacologie et à la maîtrise des gestes techniques impliquant le plus souvent la manipulation d'instruments ou de machines »

(Longchamp et al. 2016, p.141). Le *capital infirmier* désigne quant à lui « l'ensemble des ressources issues des sciences humaines et sociales ou des savoirs paramédicaux, acquises par la pratique autant que par la formation et dont la mise en œuvre permet non seulement une prise en charge des patients, mais aussi une meilleure autodétermination professionnelle » (Longchamp et al. 2016, pp.141-142). Les auteurs utilisent ce couple de capitaux afin de créer une dichotomie entre d'une part les infirmières plus proches du pôle des médecins et celles et ceux plus proches du pôle infirmier.

Dans un autre article (Toffel et Longchamp, 2017), le capital infirmier est présenté sous différentes formes incarnées. Cet article entend proposer le portrait de trois infirmières que les auteurs ont rencontrées lors de leurs précédentes études et qui symbolisent trois types de figures militantes pour « le renversement de l'ordre symbolique » de l'espace social infirmier. Ce militantisme porte sur un travail de nouvelle définition légitime de la pratique des soins infirmiers.

Ce travail de militantisme et de tentative d'influer sur la définition même des pratiques infirmières participe à cette logique de champ social que mettent en avant les auteurs dans leurs différents travaux. Dans la conception de champ social, les individus sont positionnés en fonction de la somme des capitaux qu'ils détiennent ainsi que de la valeur symbolique associée à ces capitaux. Ainsi, dans le champ infirmier le capital infirmier est moins valorisé symboliquement que le capital médical. Les personnes détentrices de capital infirmier sont donc dans des positions dominées dans le champ social par rapport aux personnes détentrices de capital médical.

Pour les auteurs : « (...) les modalités de lutte que mobilisent les infirmières sont non seulement liées à la position qu'elles occupent dans l'espace infirmier, mais aussi à leurs trajectoires sociales et professionnelles, ainsi qu'à leur appartenance générationnelle » (Longchamps et Toffel, 2017, p.5). Cette prise en compte des multiples facteurs amenant à se positionner par rapport aux enjeux du champ social infirmier sera prise en compte lors de nos discussions ultérieures.

Ces différents travaux permettent de mieux cerner les enjeux liés à l'autonomie du corps médical infirmier ainsi que les enjeux internes portant sur les définitions légitimes autour des pratiques infirmières et les rapports sociaux propre au champ infirmier. Ces enjeux internes s'inscrivent dans les modèles de pratiques et d'organisation propres au secteur d'activité infirmier. Ainsi, dans la discussion de nos résultats, nous essayerons de cerner la manière dont

les problématiques liées aux conditions de travail peuvent trouver matière à être pensées en articulant ces différentes notions.

Les recherches sur les interactions infirmières

Dans cette partie, nous présentons les articles de tendance interactionniste ayant pris place sous l'égide de E. Hughes. En effet, Hughes a introduit une perspective spécifique dans l'analyse de la profession infirmière et de ses pratiques que nous résume ainsi Acker :

« E. Hughes avait, au début des années cinquante, proposé un programme d'analyse du travail infirmier (Hughes, 1996). Pour lui, le travail des infirmières comprend tout ce qui doit être fait dans un hôpital, mais qui n'est pas fait par d'autres catégories de personnes. Il convient donc d'étudier les tâches à accomplir et d'identifier qui les réalise. Ceci oblige à porter attention aux frontières entre le travail des infirmières et celui des autres types de personnel, ainsi qu'aux conflits et aux négociations que soulève la délimitation de ces frontières. » (Acker, 2005, pp.161-162).

Cette perspective a suscité un certain nombre de travaux sociologiques s'intéressant à cerner la division du travail et les tâches allouées aux infirmiers et infirmières. Que ce soit en termes de « sale boulot », des petites tâches (Catanas, 2008) consistant dans les tâches situées en bas de l'échelle sociale, jugées serviles et dégradantes, ou encore des tâches dites « sales » et de l'attribution des « mauvais malades » (Véga, 1997).

Des recherches se sont aussi penchées sur les dimensions d'interaction entre les infirmières et infirmiers et les patient.es. La question de « l'intimité » ou « intimacy » a par exemple été étudiée dans les aspects problématiques que cette notion pouvait avoir sur les relations instaurées entre l'infirmier.ère et les patient.es en pointant l'effet important qu'une trop grande intimité peut produire sur la qualité des soins.(Dowling, 2006). La problématique porte sur la manière dont les infirmiers et infirmières réagissent à la gestion de l'intimité au niveau organisationnel. Les organisations tendent à vouloir gérer et structurer rationnellement les niveaux d'intimité respectables entre infirmier.ère et patient.e.

La perspective du féminisme matérialiste

Nous puisons dans le courant du féminisme matérialiste car certaines des notions et des faits qui ont été étudiés se révèlent particulièrement pertinents pour réfléchir à notre sujet de recherche. En effet, la profession infirmière a une historicité ainsi qu'une représentation fortement féminisée, ne serait-ce que par la réalité statistique qui indique que la profession est en majorité occupée par des femmes. En 2013, les femmes représentaient encore 74.2% du personnel employé dans les hôpitaux suisses (à noter que les postes hiérarchiques tels que ceux de médecin cadre ou chef de service sont occupés par des hommes entre 70% et 80% des cas)¹⁵.

Kergoat, Imbert, et al. (1992) ont proposé, en prenant pour exemple les mouvements de revendications des infirmier.ères en France dans les années 1980, de prendre en compte dans l'analyse des mouvements sociaux les rapports sociaux de sexe. Kergoat reprend cet exemple de la question infirmière dans un article ultérieur (2010) et propose une grille de lecture remettant en cause la notion de « vocation ». Ainsi, Kergoat pointe l'effet produit par cette notion de « vocation » en tant qu'idéologie définissant l'exercice professionnel infirmier, aussi bien dans les textes juridiques que dans le rapport qu'entretiennent les infirmier.ères avec leur profession et leurs qualifications. « Nous sommes donc devant une profession massivement féminisée où les rôles sociaux demandés aux travailleuses sont : des rôles féminins renvoyant, comme pour l'immense majorité de la main d'œuvre féminine, à des qualités plutôt qu'à des qualifications ; et des rôles qui renvoient de plus à des qualités *individuelles*, à la *personne* de la travailleuse. » (Kergoat, 2010, p. 69). Elle rajoute que cette remise en cause est nécessaire car la qualification permet de créer du collectif et de sortir des considérations individuelles, d'inscrire la profession infirmière dans des relations salariales où la qualification exprime le rapport entre le capital et le travail. Sinon, ce sont les qualités individuelles dont la vocation qui priment et qui obscurcissent ces dimensions de rapports sociaux aussi bien en termes de classes sociales que de sexe.

La théorisation du féminisme matérialiste, dans les années 1970 a fait émerger la question du travail domestique. Vogel (2000) positionne ce champ de recherche comme ayant été à même de clarifier plus spécifiquement la théorie de l'exploitation telle que proposée par le marxisme. Cette perspective est un moyen, pour Vogel, de reconceptualiser la notion de travail nécessaire

¹⁵ Dans le domaine médical, les femmes commencent à prendre du galon, *Jobtic.ch*, [en ligne], <https://jobtic.ch/fr/magazine/article/1477>, (consulté le 27 juillet 2023).

dans les sociétés en y incorporant le travail reproductif. Il convient aussi de souligner que le travail domestique peut être associé à la notion de travail reproductif, dans le sens où il crée les conditions à même de régénérer la force de travail au sein du foyer. On peut aussi associer à cette notion de travail reproductif l'activité consistant à s'occuper des enfants et plus généralement toutes les formes de travail du *care*. Ce travail reproductif est intégré à la notion globale de reproduction sociale renvoyant, comme le mentionne Arruzza (2016), à toutes les formes de travail maintenant la vie sociale et humaine ainsi que les institutions de la société. Vogel quant à elle, reprenant Arruzza, définit la reproduction sociale comme une approche théorique prenant conjointement en compte l'exploitation de la femme et sa relation avec le système capitaliste et les logiques découlant de ce système.

Nous pensons que ces logiques de rapports sociaux de sexe prenant la place des rapports sociaux de classes sont susceptibles de se retrouver dans les enjeux contemporains autour de la condition infirmière. C'est pourquoi nous avons proposé une synthèse de certaines des notions du féminisme matérialiste ici.

La reconnaissance du travail infirmier

Une grande partie de la littérature s'étant penchée sur le sujet de la profession infirmière s'emploie à analyser celle-ci à l'aide du concept de reconnaissance. Dans cette section, nous allons dans un premier temps, présenter la conceptualisation de la reconnaissance puis, évoquer la manière dont elle est mentionnée au sein des études relatives à la condition infirmière.

Axel Honneth est un philosophe issu de l'héritage de l'École de Francfort et notamment connu pour avoir théorisé la manière dont, au sein de nos sociétés, la reconnaissance est un enjeu vital dans la constitution du soi (Honneth, 2000). Cette constitution de soi doit, pour se réaliser, passer par un processus médié par la société et les différentes relations que nous y expérimentons. Dit autrement par Honneth : « J'ai défendu la thèse selon laquelle l'attente normative que les sujets adressent à la société s'oriente en fonction de la visée de voir reconnaître leurs capacités par l'autrui généralisé » (Honneth, 2004, p.134).

Honneth insiste sur l'importance de l'intégration sociale comme processus d'inclusion permis et réglé par les institutions. Ce dernier permet et garantit « le maintien de rapports de reconnaissance réciproques authentiques » (Honneth, 2004, p.134). Pour étayer sa notion de reconnaissance, il distingue trois dimensions de la reconnaissance au sein de nos sociétés. La première porte sur les manifestations de l'amour et des relations affectives. La seconde est

réglée quant à elle par les valeurs de liberté et d'égalité présentes au cœur de la morale et des systèmes de droits modernes. Enfin, et c'est la dimension que nous retiendrons comme étant la plus fondamentale quant à notre sujet de recherche, une forme de reconnaissance est présente au cœur de nos sociétés développées caractérisées par une division du travail où chacun est disposé par le biais de la coopération et des relations de travail à accorder un prix et une importance à la contribution d'autrui à l'ensemble social (Honneth, 2004).

Un autre point qu'il nous semble important d'évoquer porte sur la possibilité émancipatrice présente au cœur des luttes autour de la reconnaissance. Pour Honneth, comme nous le rapporte Dejours (2007), la lutte pour la reconnaissance peut produire une volonté d'émancipation chez le sujet ou le groupe. C'est le passage d'un état d'attente d'une reconnaissance caractérisé par de la souffrance à un état plus revendicatif axé autour de luttes.

Le pendant négatif de la reconnaissance, qui naît de son absence, est le mépris. Ainsi, dans la philosophie de Honneth les luttes pour la reconnaissance, la conflictualité qui naît de cette volonté, a pour but de ne pas connaître cette expérience négative.

« Si la reconnaissance est un bien pour lequel les acteurs individuels et les groupes sociaux s'engagent dans des luttes, c'est aussi que la non-reconnaissance est une expérience négative affectant en profondeur le rapport à soi des sujets concernés. (...) L'expérience du mépris sur laquelle cette lutte prend forme a des effets délétères sur le rapport à soi des sujets et des groupes concernés puisque ces derniers ne parviennent pas à se rapporter à eux-mêmes de manière entière à travers le regard d'autrui. Aussi développent-ils un rapport dépréciatif sur eux-mêmes dans une relation mutilée à eux-mêmes et aux autres, en s'envisageant sous le prisme de l'autodépréciation. » (Voirol, 2022, p.7).

Nous allons maintenant voir quelles peuvent être les conséquences de cette autodépréciation qui naît du manque de reconnaissance dans le contexte du travail.

La reconnaissance dans le travail

La reconnaissance au travail est souvent associée à la question du sens au travail, les deux pouvant fonctionner de pair. La sociologie du travail a comme sujet récurrent d'analyse la plainte récurrente de manque de reconnaissance vécu par les travailleurs et travailleuses, quel que soit le secteur d'activité (Loriol, 2011). Pour certains comme Loriol (2011) ce manque découle d'un besoin de reconnaissance qui s'explique par un déficit de sens dont témoigne le travail tel qu'il est vécu aujourd'hui : « Les plaintes croissantes de stress ou de souffrance au

travail témoignent de cette difficulté ressentie à supporter un travail qui s'écarte de l'idéal que l'on voudrait atteindre ou pire, ne propose plus suffisamment d'idéal » (Loriol, 2011, p. 1). Le sens au travail est défini comme étant ce qui permet le sentiment d'accomplissement ou de mission, qui cadre l'expérience du travail d'une manière conduisant à être fier et : « qui nous confère aux yeux d'autrui et à nos yeux une identité positive » (Loriol, 2011, p. 2).

Cette association entre sens et reconnaissance, Loriol la puise dans la philosophie de Lars Svendsen qui postule l'intime connexion entre ces deux sentiments. Ce sens du travail provient d'un projet collectif que s'approprie l'individu, qui va transcender la simple raison individuelle et rationaliser le travail (Loriol, 2011). En somme ce qui fait sens au travail est une construction sociale. Svendsen stipule d'ailleurs que : « Une société qui fonctionne correctement favorise la capacité de l'homme à trouver du sens à sa vie, une société en dysfonctionnement ne le fait pas » (Svendsen cité par Loriol, 2011, p. 2).

Au-delà de la relation entre reconnaissance et sens du travail, on peut ajouter ce que Gernet et Dejours qualifient d'accomplissement de soi au travail, rendu possible par le processus de reconnaissance. Pour eux, « La dynamique de la reconnaissance du travail permet en particulier de comprendre comment, grâce au travail, un certain nombre de sujets parviennent à stabiliser leur identité et conjurer, parfois pendant toute une vie, le risque de maladie mentale et somatique. » (Gernet et Dejours, 2009, p. 30). De plus, ils distinguent le processus de reconnaissance au travail selon deux modalités, deux formes de jugement à même de produire de la reconnaissance. Premièrement, ce qu'ils appellent le « jugement *d'utilité* technique, sociale ou économique ». Celui-ci peut aussi bien être formulé par la hiérarchie que les clients ou subordonnés. Le second est le « jugement de beauté » qui porte sur la qualité du travail (« beau boulot », « belle prestation »). Ce dernier jugement concerne aussi bien l'adéquation du travail avec « les règles de l'art » que ce qui porte à « l'originalité » quand il s'éloigne de ces mêmes règles. (Gernet et Dejours, 2009, pp. 30-31).

La reconnaissance de la profession infirmière

Cette thématique de la reconnaissance se retrouve dans une partie de la littérature s'étant penchée sur la profession infirmière, en particulier dans les analyses relatives aux différentes formes de revendications et de constitution du champ infirmier. Ainsi, au Québec au début du XX^{ème} siècle il y a eu divers mouvements pour légitimer la profession infirmière (Cohen et Dagenais, 1987). Les auteurs constatent que c'est entre autres par la constitution d'associations

professionnelles qu'un basculement a été réalisé passant d'un travail purement bénévole à une profession reconnue et salariée. Ce même mouvement se constate aussi en Suisse romande au cours de la fin du XIX^{ème} et du XX^{ème} siècle (Droux, 2000). Durant cette période, la profession infirmière s'est petit à petit extirpée de sa matrice première qui est celle d'une activité purement bénévole à caractère religieux pour aller vers une identité professionnelle instituée (Droux, 2000). La reconnaissance de l'activité infirmière a donc commencé par la reconnaissance du caractère professionnel de celle-ci et ce processus s'est produit notamment par la laïcisation de la profession.

Cette constitution de la pratique et du rôle infirmier au-delà du domaine religieux est ensuite passée par divers processus. En France, Acker (1991) a notamment documenté la manière dont la profession infirmière, pour se démarquer au sein du champ médical, a adopté des stratégies à même de spécifier la nature du rôle et des pratiques des infirmières et infirmiers. Ainsi, la profession infirmière a tendu à : « objectiver (...), formaliser des pratiques, fixer la terminologie et préciser les valeurs fondamentales auxquelles le groupe est attaché » (Acker, 1991, p.123). Ces différentes démarches de constitution administrative de la profession et de ses activités a permis selon Acker (1991) non seulement d'assurer la spécificité de sa fonction au sein du domaine hospitalier mais aussi de constituer son autonomie vis-à-vis du corps médical global. Un des processus est la constitution de la pratique infirmière en tant que domaine de connaissance et d'enseignement. Comme le dit Acker (1991) : « Poser l'existence d'une discipline renvoie à l'existence d'un corps de connaissances produites dans une mise à distance d'une pratique – parcellaire, morcelée en raison des multiples lieux d'insertion – et le développement d'une activité réflexive. » (Acker, 1991, p.128).

La reconnaissance des infirmières et infirmiers au sein de la société comme profession salariée est désormais chose acquise. Néanmoins, la profession infirmière est aujourd'hui confrontée à diverses logiques mettant en tension cette reconnaissance. Ainsi, en France à la fin des années 1980 a vu le jour un mouvement de contestation et de revendication émanant des infirmier.ères. Frybes et Visier (1993) soulignent le caractère inédit de ce mouvement dans le sens où c'est une catégorie socio-professionnelle essentiellement féminine qui s'est mobilisée. De plus, cette contestation a pris place à deux niveaux, au niveau de la société ainsi qu'au niveau de la structure hospitalière avec une confrontation entre le pôle infirmier et le pôle médical.

Cette mobilisation avait comme revendications : « des thèmes plus complexes et conflictuels, notamment la question de la valorisation ou de la reconnaissance des qualifications professionnelles (la question du « rôle propre » de l'infirmier.ère) et les questions relatives à la

formation (Frybes et Visier, 1993, p.87). Les auteurs considèrent le sujet de la reconnaissance du rôle propre de l'infirmière au sein de la structure hospitalière, et *in extenso* au sein de la société, comme « enjeu d'un rapport social conflictuel » (Frybes et Visier, 1993). Par ce biais de la reconnaissance, les auteurs introduisent notamment la nécessité de la compétence autonome des infirmières et infirmiers. « L'infirmière reste considérée comme exécutante et auxiliaire du médecin et se retrouve de façon constante en situation de dépendance à l'égard du corps médical, ce qui l'empêche notamment de se constituer un espace d'autonomie professionnelle. (Frybes et Visier, 1993, p.93). Sa position dominée au sein de la structure hospitalière vient aussi du manque d'autonomie, couplé à une identité imposée de l'extérieur et non maîtrisée par les infirmières et infirmiers. L'identité infirmière et l'autonomie sont des enjeux revendiqués par les infirmières et infirmiers : « Au contraire, elle [l'infirmière] veut à tout prix préserver ce qui fait sa richesse, à savoir la capacité de faire le lien entre les aspects techniques et humains. » (Frybes et Visier, 1993, p.94). L'autonomie ici se traduit notamment par le biais de l'identité défendue ; préserver les capacités à créer ses connexions entre les différents aspects des pratiques de soin dans leurs dimensions humaines et techniques.

Nous avons pu voir dans cette partie, les différentes dimensions de la reconnaissance. Tout d'abord dans une perspective historique, l'espace social infirmier pour se constituer, a dû lutter pour affirmer son besoin de reconnaissance via diverses modalités telles que la constitution de domaines de connaissances transmissibles ou bien la constitution d'une identité et du rôle infirmier adossés à la formulation de terminologie et de pratiques légitimes. Mais l'enjeu de la reconnaissance touche aussi aux conditions concrètes de la pratique infirmière actuelle et elle structure les relations au sein de l'organisation du travail.

Notre revue de la littérature nous a permis de poser les divers éléments nécessaires à l'élaboration de notre travail recherche et de nos réflexions. Nous avons pu aborder les thématiques touchant aux évolutions managériales et organisationnels des hôpitaux. De plus, il nous a paru nécessaire de puiser aussi dans des recherches inscrit dans la sociologie du travail pour mieux documenter divers phénomènes connus autour des conditions de travail difficile. Enfin, la revue des recherches spécialisées se penchant sur divers niveaux de réalités sociologiques des infirmières et infirmiers et de leur espace social nous permet de mieux appréhender notre sujet pour la suite de ce travail. L'ensemble de ces différents éléments nous permet de structurer notre interrogation sur les raisons de l'abandon de la profession infirmière.

Problématique

Le but de ce travail est d'actualiser le regard sociologique sur les conditions de travail au sein de la profession infirmière. Il s'inscrit dans un contexte particulier quant aux questions relatives à la santé en Suisse. En effet, la crise pandémique de la covid-19 a eu comme effet de mettre en lumière des problématiques relatives aux conditions de travail des soignant.es ou encore des questions relatives à la gestion des malades (nombre de lits, équipements hospitaliers, etc.). Qui plus est, cette même crise a insufflé dans le champ des débats de nouvelles attentes et demandes quant à la gestion de la santé. A titre d'exemple, nous avons évoqué les débats autour de l'initiative sur les soins infirmiers forts et les demandes visant à atténuer les charges de travail pour les personnels infirmiers.

Ces changements peuvent aussi bien porter sur les conditions effectives d'exercice de la profession que sur la perception des individus quant à leur profession. De plus, ce travail souhaite éclairer les vécus et ressentis des professionnel.les de la santé et d'une certaine manière contribuer, modestement, à porter leurs voix et à les faire entendre. Ce souhait s'inscrit dans les besoins politiques de répondre aux problèmes de *turn-over* et d'abandons de la profession.

Nous avons pu esquisser dans la première partie de ce travail une image globale des différentes perspectives sociologiques s'intéressant à la profession infirmière et aux dimensions touchant aux conditions de vie. La revue de la littérature a permis de mettre en lumière différents enjeux à même de constituer nos thématiques de recherche. Ainsi notre question de recherche est la suivante : Quelles sont les raisons qui amènent les infirmières et infirmiers à vouloir abandonner ou à effectivement abandonner l'exercice de leur profession ?

Nous avons formulé différents axes de questionnements pour répondre à cette question. Le premier s'intéresse aux différentes étapes ayant jalonné la « carrière » infirmière de nos entretenu.es. Ainsi, nous nous intéressons aux raisons ayant présidé à l'arrivée dans la profession, aux formations suivies ainsi qu'à l'évolution du ressenti subjectif des individus au cours de leurs années d'activité jusqu'à avoir été amenés à formuler le souhait d'abandonner la profession ou bien d'avoir effectivement abandonné la profession. Le second axe porte sur les différentes conditions de travail à même d'être à l'origine des problématiques qu'ont rencontré les individus. Ainsi, nous nous sommes intéressés au manque d'autonomie ou au manque de reconnaissance, à la difficulté à concilier vie privée avec vie professionnelle, la faible rémunération, la pénibilité du travail ou encore la surcharge de travail. Nous avons sélectionné

ces thématiques car elles sont connues pour être généralement au cœur des problématiques vécues par les infirmières et infirmiers.

Le troisième axe que nous avons choisi de suivre se situe en amont et au-delà de la recherche de terrain que nous avons réalisée. Il s'agit d'interroger et de réfléchir au contexte socio-économique et politique caractérisant l'hôpital et plus globalement les professions de la santé aujourd'hui en Suisse. Ceci aussi bien en termes des différents contextes politico-sanitaires que nous avons connu ces dernières années mais aussi de la structure organisationnelle des hôpitaux publics et plus généralement du champ de la santé en Suisse. Nous avons esquissé une partie de notre revue de la littérature autour de ces questions et nous nous attacherons à discuter ces enjeux en relation avec les expériences et enseignements de notre terrain sur ces différents points.

Pour répondre à nos différentes interrogations, nous avons procédé à une recherche qualitative où nous avons interrogés des professionnel.les du secteur infirmier afin d'investiguer ces pistes.

Dans la suite de ce travail, nous allons tout d'abord présenter les méthodes que nous avons choisies de mettre en pratique pour notre récolte de données ainsi que l'analyse de celles-ci. Ensuite, nous présenterons le résultat de l'analyse de nos entretiens et les pistes que ces analyses amènent. Puis, nous mettrons en place notre discussion qui reprendra nos trois axes.

Méthodes

Dans ce travail, nous avons pris le parti de mener une recherche qualitative pour étudier les conditions de travail au sein du corps de métier infirmier. Ce choix a découlé d'une volonté d'étudier leurs conditions de travail à partir de leurs vécus, ressentis et discours. En ce sens, nous nous inscrivons pleinement dans l'idée défendue par Poupart (1997) selon laquelle : « l'approche qualitative apparaît dès lors comme étant celle qui permet de faire émerger la logique interne du phénomène étudié » (Poupart, 1997 cité par Resenterra, Siggen, et al., 2013, p.10). Dans le même ordre d'idées, nous souscrivons aussi au point de vue défendant que l'approche qualitative permet réellement d'appréhender la dimension subjective de ce qui se joue au travail pour les infirmières et infirmiers et ce en passant par une logique d'écoute et de recueil de la parole (Dejours, 2000 cité par Resenterra, Siggen et al., 2013).

Préparation du terrain

L'entretien semi-directif a été choisi pour privilégier au mieux ce modèle d'approche qualitative. En effet, il permet de tenir ensemble aussi bien l'exigence du recueil de données cadré par la problématique de notre recherche que la liberté des personnes entretenues à déployer leurs discours et leurs paroles dans un propos peu contraint par un dispositif qui serait trop rigide. Qui plus est, comme le dit Imbert (2010) : « « L'objectif est de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens. » (p.4).

L'utilisation du guide d'entretien a évolué au fil des entretiens. Si au début ils étaient réalisés en suivant plus ou moins formellement le guide d'entretien, nous nous sommes rendu compte au fur et à mesure de l'avancée du terrain que ce n'était pas toujours une méthode à appliquer strictement. En effet, le fait de suivre le guide de manière trop stricte nous faisait parfois passer à côté de certains sujets et être moins attentif aux discours des gens avec qui nous réalisions les entretiens. Ce point rejoint d'ailleurs une des mises en garde de Beaud et Weber (1997) dans leur ouvrage consacré à l'enquête de terrain. Qui plus est, nous nous sommes aussi rendu compte qu'au niveau interactionnel une meilleure emphase conversationnelle se mettait en place lorsque nous nous éloignons du guide d'entretien. Le fait de poser des questions spontanément lorsqu'étaient évoqués, par les personnes entretenues, des sujets particuliers permettaient de

mieux mettre en place une conversation de l'ordre du partage plutôt qu'une relation unilatérale entre interviewer et interviewé.e.

En plus de permettre un discours plus libéré de la part des personnes entretenues cela a permis aussi d'affiner notre grille d'entretien. Au fur et à mesure des entretiens s'est mis en place un processus itératif de reconstruction et de correction de la grille d'entretien découlant des réponses obtenues autour de certaines questions. Par exemple, lors de notre premier entretien avec Sylvia, nous nous sommes aperçus que sa réponse concernant sa « journée-type » de travail était emprunte d'une forme d'incompréhension. Sylvia étant infirmière aux urgences, elle nous a simplement répondu que « la journée-type ça n'existe pas, c'est le principe des urgences ». Nous avons donc compris que cette question, dans certains cas de figure propres aux profils des personnes que nous interrogeons, n'était pas pertinente. En bref, la confrontation avec le terrain a permis d'améliorer le guide d'entretien quant à certaines questions, voire certaines formulations et de les affiner. Cela a aussi contribué à faire émerger de nouvelles interrogations qui n'avaient pas été explicitées en amont du terrain. Le principal enseignement de ce processus itératif a été de mettre en lumière l'importance de savoir s'éloigner quelque peu du guide d'entretien et d'être plus à même de poser des questions connectées tout autant à notre sujet qu'aux récits partagés par les personnes.

Les thématiques retenues dans le guide d'entretien portaient sur les relations sociales et professionnelles, le parcours ayant amené à la profession ainsi que sur les conditions de travail. Ces thématiques ont ensuite été subdivisées par la formulation de questions-exemples permettant de les scinder en des sections plus spécifiques. Par exemple, les conditions de travail ont été abordées aussi bien sous l'optique des relations avec la hiérarchie, que de la charge de travail ou encore de la conciliation entre vie privée et vie professionnelle.

Constitution du terrain et prise de contact

L'étape suivante a été de constituer notre terrain de recherche en recrutant les personnes répondant aux critères de l'étude et étant d'accord d'y participer. Nous avons orienté nos critères de sélection vers les personnes ayant abandonné leurs professions ainsi que celles envisageant l'arrêt ou la reconversion professionnelle. De plus, ces choix devaient être motivés par des raisons ayant trait aux conditions de travail.

Dans un premier temps, la recherche de ces personnes a rencontré certaines difficultés. Si avant l'entrée sur le terrain, nous avons souhaité restreindre la population d'étude avec des critères tels que le lieu de travail, comme par exemple les hôpitaux universitaires de Genève (HUG), nous avons par la suite décidé d'alléger cette contrainte et ce pour deux raisons. La première était une raison de faisabilité et, devant la diversité des personnes que nous arrivions à identifier, nous avons décidé de ne plus prendre en compte ce critère. La deuxième raison, et peut-être la plus importante, a été en lien avec notre problématique. En effet, en nous intéressant aux conditions de travail et spécifiquement aux discours des personnes concernées ainsi qu'à la manière dont elles rendent compte de leurs expériences et vécus, nous avons déduit que l'importance du lieu de travail était moindre. De plus, nous faisons l'hypothèse que le problème des conditions de travail est plus global et n'est pas nécessairement cantonné à une institution hospitalière. Néanmoins, nous avons recruté une population d'étude provenant uniquement du secteur public de la santé. Nous pouvons donc restreindre notre propos à la problématique des conditions de travail dans le secteur public de la santé et ne pas nous étendre sur les structures privées de la santé ayant un fonctionnement différent.

Au début de notre enquête, le recrutement des personnes susceptibles de participer à l'étude s'est fait via l'entremise des cadres responsables des ressources humaines de diverses institutions telles que les HUG. Ceux-ci ont diffusé via un message-type sur les réseaux sociaux au sujet de l'étude à leurs collaborateurs et collaboratrices pour identifier des infirmières et infirmiers répondant aux critères de recherche. Mais les résultats se sont avérés peu concluants et aucune personne n'a pu être trouvée par ce biais-ci. Plusieurs raisons peuvent expliquer le peu de résultats obtenus par ce moyen de communication. Comme on l'évoquera plus loin, lorsque nous discuterons de nos résultats, il existe une certaine méfiance du personnel infirmier à l'égard des cadres dans la structure organisationnelle. De ce fait, il est possible que le message présentant notre étude ainsi que notre étude même aient pu être perçus comme une recherche émanant directement des ressources humaines. Ceci pourrait expliquer une possible réticence des personnes en situation de rupture avec leurs emplois à participer à une étude en apparence portée par les cadres, perçus comme étant responsables de ces mêmes problématiques.

Nous avons donc opté pour des moyens de communication plus directs pour trouver des personnes susceptibles de participer à la recherche. Nous sommes passés par différents réseaux sociaux (*Instagram*, *Facebook* et *LinkedIn*) via l'entremise de la Haute école de santé (HEdS). Il y a ainsi eu deux vagues de communication lancées sur les réseaux de la HEdS. La première a pris place dans le courant des mois de novembre et de décembre 2022. La seconde a eu lieu

entre février et mars 2023. Ces moyens de communication ont fonctionné et ont permis de recruter des personnes répondant aux critères de l'étude et volontaires pour participer à l'étude. Nous avons ainsi pu interviewer 6 personnes. De plus, trois personnes supplémentaires ont pu être recrutées par l'entremise des personnes interviewées précédemment par la méthode dite « boule de neige ».

Déroulé des entretiens

Les entretiens ont aussi bien eu lieu en présentiel que à distance via l'utilisation de logiciels de visio-conférences. Lorsque les entretiens avaient lieu en présentiel, nous avons laissé les personnes choisir le lieu de l'entretien et ce pour plusieurs raisons. La première raison était que nous voulions leur laisser la liberté de choisir un lieu convenant à leurs agendas professionnels et privé. La deuxième raison, et la plus importante à notre sens, était de permettre aux personnes en situations de santé problématique (burn-out, stress, dépression), d'avoir le contrôle du lieu et de l'environnement de l'entretien. Ceci a été fait afin d'atténuer le plus possible l'effet intrusif et dérangeant de questionnements sensibles amenés par le dispositif de l'entretien (être en position d'être interrogé, sujets sensibles, etc.). Mais l'idée était aussi de permettre aux personnes entretenues d'avoir le plus possible le « contrôle de la scène » ainsi que de leurs « mises en scènes du moi » pour reprendre certaines idées goffmaniennes. Cette liberté s'est traduite par la diversité des lieux retenus pour les entretiens. En effet, nous avons autant été dans des lieux publics (café) que dans des institutions académiques (HEdS ou université) ou sur les lieux de travail (cafétéria des HUG ou bureau).

Dans le même ordre d'idées, nous avons aussi donné la possibilité de réaliser les entretiens en distanciel. Cela permettait aux personnes qui le désiraient d'avoir le contrôle du lieu et du moment en étant chez elles pour réaliser les entretiens. Nous supposons que cela a pu encourager une parole plus libre et décomplexée et de réduire la charge symbolique que peut représenter le format de l'entretien.

Cependant, nous pouvons aussi craindre un certain effet négatif des entretiens distanciels autour des enjeux de ces nouveaux formats (Bourrier et Kimber, 2022). Par exemple, l'enjeu de perdre le côté observation et interaction physique de l'entretien pouvant receler un certain nombre d'informations non verbales et potentiellement intéressantes. Bien que l'observation ne soit pas

au cœur des entretiens, cette réflexion théorique reste intéressante comme enjeu à prendre en compte quant aux méthodes qualitatives et à leurs applications actuelles.

Enfin, tout au long de notre travail d'enquête et de récolte de données, certaines dimensions et précautions éthiques ont été mises en place. Premièrement, un document d'informations présentant en détails les demandes et attendus de l'enquête a été transmis à toutes les personnes désirant participer à l'étude. Dans ce document d'informations étaient présentées les raisons de l'étude, les institutions y prenant part, le statut du chercheur, le profil des personnes sollicitées et enfin les diverses garanties relatives aux données privées des personnes. Le document faisait aussi office de garantie du traitement sécurisé des données, de leur enregistrement audio sauvegardé dans un disque dur sécurisé, ainsi que de leurs traitements aux fins de l'étude, de la confidentialité des données ainsi que de l'anonymisation des retranscriptions.

Méthodes d'analyse des données

Après la retranscription des entretiens enregistrés, nous avons mis en place une analyse thématique de nos données. Cette analyse thématique s'est construite par le biais de multiples itérations entre nos thématiques primaires et l'analyse de nos données. Il s'agit de relever des thèmes à partir du guide d'entretien et en construire de nouveaux via des éléments saillants présents dans les données.

La première étape a été de constituer un certain nombre de thématiques, en lien avec notre problématique ainsi qu'avec notre guide d'entretien. Avec ces thématiques préétablies nous avons ensuite pu réaliser une première itération d'analyse qui se définit ainsi : « L'analyse thématique consiste, dans ce sens, à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observation. » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.231). Les thématiques retenues sont les suivantes ; « Conciliation vie privée-vie professionnelle », « Charge de travail », « Reconnaissance », « Perception de la profession », « Arrivée dans la profession », « Rythme de vie », « Motivation », « Impact de la pandémie » et enfin « Raisons de l'abandon professionnel » ou « Raisons de l'envie d'abandon professionnel ».

La seconde itération se produit lorsque les données analysées de chaque entretien forment un corpus qui permet de constituer des thématiques plus fines permettant d'épuiser les multiples exemples évoqués dans nos différents entretiens. C'est l'idée qu'« il ne s'agit plus seulement

de repérer des thèmes mais également de vérifier s'ils se répètent d'un matériau à l'autre et comment ils se recourent, rejoignent, contredisent, complètent... » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.232). C'est une thématisation continue, c'est-à-dire que, au fur et à mesure de la lecture et de l'ordonnement de nos données, nous avons procédé à l'« attribution de thèmes et, simultanément, de construction de l'arbre thématique » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.235). La particularité de cette démarche continue est que ce n'est qu'à la fin de l'analyse de corpus que l'on terminera le processus d'analyse.

Nous avons réalisé nos analyses et procédés de thématisation via l'utilisation d'une codification par couleurs et ensuite par la catégorisation. Nous avons utilisé le logiciel *Excel* pour parvenir à nos objectifs et consigner nos données au sein des thématiques préconstruites et celles en cours de construction.

Une fois ce processus itératif terminé, nous disposons de thématiques à même de représenter convenablement la diversité ainsi que la ressemblance au sein de nos données. L'idée est de mettre ensuite en place un dispositif discursif entre nos données ordonnées et notre problématique de recherche. Nos thématiques construites sont considérées comme valides lorsqu'elles auront pu enregistrer un certain nombre de récurrences. Ainsi, à titre d'exemple, si nous construisons une sous-thématique dans le champ thématique générale de « Conciliation vie privée-vie professionnelle » qui n'enregistre qu'une seule occurrence, alors celle-ci ne sera pas retenue. Ceci afin de parvenir à généraliser nos données pour mener une discussion globale.

Dans la suite de ce travail, nous allons présenter les analyses avant de nous livrer à une synthèse des principaux résultats obtenus. Par la suite, nous mettrons en lien les résultats de notre recherche empirique avec les éléments théoriques et conceptuels que nous avons choisi de mobiliser.

Résultats

Dans cette partie, nous allons dans un premier temps présenter notre population d'étude. Ensuite nous présenterons les résultats des codages thématiques opérés. Puis, nous développerons notre propos analytique sur la base de ces résultats en les mettant en relation avec nos axes de recherche.

Caractéristiques des participant.e.s

Dans le tableau 1, nous présentons les caractéristiques des personnes que nous avons pu interviewer. L'échantillon est constitué de 9 personnes, dont 3 hommes pour 6 femmes ce qui témoigne d'une représentation relativement fidèle de la prédominance féminine caractérisant la profession infirmière. Cinq personnes sont en-dessous de la quarantaine d'années et les quatre autres ont entre 40 et 60 ans. Une grande partie a déjà arrêté d'exercer professionnellement dans le domaine de la santé ou a déjà, au moment de l'entretien, acté sa décision d'abandonner la profession.

Tableau 1 : caractéristiques des interviewé.e.s

Noms*	Tranche d'âge	Sexe	Abandon ou Envisage l'abandon
Sylvia	20-30 ans	Femme	Abandon
Phillipe	40-50 ans	Homme	Abandon
Paul	20-30 ans	Homme	Abandon
Veronica	30-40 ans	Femme	Abandon
Bernard	30-40 ans	Homme	Abandon
Marguerite	50-60 ans	Femme	Abandon
Mélanie	40-50 ans	Femme	Abandon
Lucie	30-40 ans	Femme	Envisage l'abandon
Valérie	40-50 ans	Femme	Envisage l'abandon

Note : *Pseudonymes

Les profils de « carrières » infirmières

Ce premier axe construit différents profils de « carrières » infirmières à partir des entretiens. Ceci permettra de créer des profils regroupant les personnes ayant des points communs par rapport à leurs entrées et sorties de profession. Ces profils seront ensuite mis en liens avec les conditions de travail que nous évoquerons dans la deuxième partie de notre section analytique.

En premier, nous allons exemplifier deux profil-types d'arrivée dans la profession. Ensuite, nous présenterons quelques exemples de la manière dont la perception de la profession a évolué au fil des années de pratiques de la profession. Il sera question dans cette section de montrer la manière dont les perceptions de la profession généralement positives au départ ont eu tendance à devenir plus critiques au fur et à mesure que les conditions de travail impactaient le vécu des personnes. Afin de rendre compte de ce changement de perception au cours du temps, nous avons constitué deux catégories regroupant les propos des personnes entretenues. La « perception positive » d'un côté et la « perception négative » d'un autre côté sont les deux thématiques que nous avons construites.

Aspirations - entrée dans le domaine de formation et de profession sanitaire

Si on synthétise la manière dont nos interviewé.es répondent à la question de savoir ce qui les a amenés à s'orienter vers le domaine de la santé, on peut obtenir deux profils-types. Le premier est celui regroupant les personnes pour qui l'entrée dans la profession infirmière relève de la vocation, de la passion. Le deuxième profil-type concerne les personnes qui se sont orientées vers des professions au sein du domaine de la santé car ils et elles recherchaient une profession dans laquelle le contact humain, le côté social, avait une forte prédominance.

Nous verrons par la suite la manière dont on peut esquisser une relation entre le profil des personnes en fonction des raisons ayant accompagné l'entrée dans la profession et l'abandon de celle-ci.

La vocation comme aspiration à la profession

Plusieurs personnes ont témoigné dans leurs récits avoir eu envie de travailler, exprimé sous la forme de vocation, dans le domaine de la santé, voire plus spécifiquement en tant qu'infirmier ou infirmière.

Ainsi, Sylvia explique comment un évènement vécu lors de son adolescence a fait naître chez elle cette amour pour le *care* et le soin envers son prochain. C'est à l'âge de 13 ans qu'elle se découvre des compétences et des réflexes innés lorsqu'elle doit, en urgence, prendre soin d'un camarade de classe ayant eu un accident. Elle nous dit qu'à ce moment, elle a eu des réflexes très bons, instinctifs en somme, « sortis de nulle part ». Cette situation va servir de moment-clé pour elle qui va soutenir sa vocation. Sa professeure qui les accompagnait lors de cette sortie l'a complimentée et lui a recommandé de songer à s'orienter vers le domaine des soins.

« Moi à cet âge-là bah non j'avais aucune idée de ce que je voulais faire, mais je l'ai entendu. Et après ça j'ai fait deux stages de découvertes et ça a été le coup de foudre complet pour cette profession. Vraiment. Le fait qu'il y ait le contact humain mais aussi derrière il y est quand même des bases de science et qu'il y ait une réflexion importante tout ça, ça m'a vraiment conquis. » (Sylvia)

Mélanie nous raconte comment il a toujours été évident pour elle qu'elle aspirait à être infirmière.

« Mais moi j'adore mon boulot depuis que je suis toute gamine. J'ai voulu être infirmière depuis que j'ai 10 ans. J'ai orienté toutes mes études en fonction et j'ai jamais regretté mon choix. Effectivement quand je me dis que là j'en ai marre de ce, de mon boulot actuel, qu'est-ce que je pourrais faire. Y'a rien qui m'attire d'autre effectivement que d'être dans le milieu des soins. » (Mélanie)

Elle ajoute qu'elle ne sait pas exactement d'où provient cette prédisposition que c'est peut-être le modèle de l'infirmière du village car elle « *trouvait génial la vie qu'elle avait, elle passait de maison en maison pour faire des soins.* ».

Marguerite de son côté nous rapporte que depuis toute petite elle jouait à faire la docteure. Elle ajoute qu'elle ne saurait vraiment dire pourquoi elle a entrepris de s'orienter dans le domaine des soins mais que « *cela s'est fait naturellement* ». Elle entreprendra donc des études en faculté de médecine et si comme elle le dit elle aurait pu aller jusqu'à être médecin, elle a préféré être infirmière notamment pour le côté plus humain et social du métier.

Prédominance de l'aspect social

L'autre tendance ayant présidé à l'entrée dans la profession est la volonté d'effectuer un travail où le caractère relationnel et social a une forte importance. C'est aussi l'aspect potentiellement

varié ou encore intellectuel qui représente un attrait pour ces personnes. En somme, ici il n'y a pas de vocation originelle, de forte passion, mais plutôt des attraits plus pragmatiques couplés à de réels intérêts personnels.

Par exemple, Phillipe nous a expliqué les différentes raisons qui l'ont poussé à devenir infirmier :

*« Alors c'était... l'envie de ... de prendre soin quoi de s'occuper des gens et puis niveau infirmier, le métier d'infirmier qui est très varié. Avec du relationnel, du technique et avec la possibilité de travailler dans différents domaines. Donc c'est ça qui m'attirait. »
(Phillipe)*

De la même manière, Paul nous explique que c'est le côté social qui l'a poussé à s'orienter vers la profession d'infirmier et les hésitations qu'il avait pu avoir auparavant :

« Bah quand j'étais encore au lycée je savais que je voulais faire de l'aide à la personne. Mais je savais pas vraiment quel secteur ou domaine, je savais juste que je voulais aider les gens. Alors j'ai hésité entre pompier, éducateur spécialisé... y'avait infirmier aussi qui était dans un coin de ma tête. » (Paul)

Bernard dispose d'un profil similaire dans le sens où sa motivation première était la dimension sociale. Comme il nous le dit, sa première motivation était de trouver un stage de formation dans le domaine du travail social. Mais « un peu par hasard » il a trouvé un stage d'observation en tant qu'aide-soignant qu'il a beaucoup apprécié et qui a débouché sur un poste.

Véronica nous explicite peut-être de la manière la plus claire possible le profil-type à tendance non-vocationnelle par son parcours.

« Je pense que tous les infirmiers à qui vous allez parler vont vous dire que c'est parce qu'ils aiment prendre soin des gens, que voilà ils aiment travailler avec l'humain, qu'ils aiment être en contact de leurs prochains et se sentir utiles. Moi c'est pas une vocation, c'est pas une passion de ma part. Donc j'ai travaillé comme aide-soignante pour mettre un pied dans le métier du soin et j'ai remarqué que le contact avec l'autre c'était quelque chose dans lequel je me sentais à l'aise, que j'étais douée dans le métier du soin, et comme je voulais me spécialiser un petit peu plus vers la réflexion en plus du soin. C'est pour ça que je me suis dirigée vers le métier d'infirmière et pas de médecin. Car je trouve que médecin manque un peu de contact avec les gens. » (Véronica)

A l'instar de Marguerite, elle privilégie le fait d'être infirmière plutôt que médecin étant donné le côté plus relationnel et humain de la profession infirmière.

Nous avons donc pu esquisser ces deux tendances assez claires entre vocation et appétence pour le côté social. Nous allons maintenant évoquer la question de la perception aussi bien positive que négative que les personnes entretenues ont partagé avec nous quant à leur profession.

Les perceptions de la profession infirmière

Les perceptions positives sont en lien avec le profil-type d'entrée dans la profession. Ainsi, Sylvia ayant eu une forte vocation pour la profession infirmière nous témoigne de multiples manières sa perception fortement positive.

« Donc j'ai commencé mon parcours professionnel par le job de mes rêves » (Sylvia)

« Je me décrivais comme un enfant dans un magasin de bonbons. Tous les jours j'étais heureuse d'aller travailler. » (Sylvia)

« Même si ça restait et ça reste encore aujourd'hui, pour moi, le meilleur boulot imaginable. » (Sylvia)

De la même manière, Mélanie nous mentionne la forte relation entre son aspiration à devenir infirmière lorsqu'elle avait 10 ans et le fait qu'elle adorait d'ores et déjà sa profession. De plus, malgré les raisons qui l'ont amené à quitter sa profession, à l'instar de Sylvia, sa perception positive ne change pas. En somme, la perception reste positive malgré tous les problèmes de condition de travail pour elles. Pour Bernard aussi la situation est similaire.

« Alors ma perception de ma profession c'est une profession magnifique mais avec les conditions actuelles qui est compliquée à effectuer dans le sens où je trouve qu'on est, même si y'a une reconnaissance liée au covid, on est peu reconnu dans notre métier. » (Bernard)

Phillipe a lui aussi une bonne perception de sa profession, malgré son départ de cette profession.

« Alors, j'ai toujours l'image d'une belle profession. Une profession qui est variée, qui permet d'aller dans plein de spécialisation, dans plein de domaines différents. Une profession qui permet de s'occuper des gens, de prendre soin des gens. Avec aussi du relationnel même si le relationnel a tendance à disparaître. Donc je pense que c'est ce

qui fait la richesse de ce métier, le fait d'être un métier qui est varié avec un certain nombre de possibilités d'évolution » (Phillipe)

Cette perception positive s'est néanmoins accompagnée avec le temps d'une prise de conscience de la complexité inhérente à cette profession.

« Mais un métier malheureusement qui est difficile en termes de charge de travail, au niveau psychologique aussi, de s'occuper de gens qui ne vont pas bien c'est pas évident. Mais ça reste un beau métier ouais, un beau métier je pense. » (Phillipe)

Véronica est passée d'une perception positive à un désabusement étant donné ce qu'elle a vécu.

« Ça ne correspond plus à l'image du métier que j'avais au départ. C'est-à-dire la différence entre médecin et infirmière c'est que l'infirmière a du temps, est censée avoir du temps pour le patient, est censée pouvoir être une épaule sur laquelle pleurer, être un soutien. On se rend compte que on se retrouve beaucoup derrière des ordinateurs, à travailler avec des machines. On a de moins en moins de temps pour les patients. Voilà, je trouve que le métier a beaucoup changé et que ça devient de plus en plus compliqué de se sentir à l'aise et de, enfin, c'est pas en adéquation avec nos valeurs en somme. Voilà, le métier n'est plus en adéquation avec nos valeurs. » (Véronica)

Sa perception a donc changé en raison des conditions dans lesquelles elle a été amenée à exercer sa profession ainsi que des critiques qui, au fil des années, sont venues construire et alimenter sa perception.

Marguerite aussi a vu sa perception s'assombrir au fil des expériences ayant jalonné sa carrière professionnelle.

« Alors j'ai longtemps gardé une bonne perception de mon métier, je suis longtemps restée très motivée. J'avais la chance d'être entourée de collaborateurs très motivés, le fait d'avoir une bonne ambiance de travail ça permet de garder la motivation. (...) Tout ça m'attriste beaucoup de voir ce qui se passe et ces évolutions. J'ai eu beaucoup de plaisir et d'épanouissement à faire ce métier, mais aujourd'hui tout ça me rend très triste. » (Marguerite)

Avec ces différents exemples montrent que deux tendances coexistent au sein des personnes constituant notre population d'étude. D'un côté, on trouve les personnes arrivant à faire la distinction entre l'idéal de leur profession et les conditions de travail problématiques inhérentes au contexte dans lequel elles ont exercé. Et de l'autre côté, il y a les personnes pour qui les

diverses expériences problématiques qu'elles ont été amenées à vivre ont perturbé irrémédiablement leurs perceptions quant au métier d'infirmier.ère.

Raisons de la sortie de profession

Cette section présente les différentes raisons ayant amené à abandonner la profession. Tout d'abord, deux personnes travaillent encore et n'ont pas encore totalement acté leur décision d'abandonner la profession.

« Donc voilà. Je déchanté un peu mais c'est bon je m'accroche et donc je demande des rendez-vous pour espérer que ça avance mais c'est assez décourageant. Donc soit je trouve un poste de clinicienne en hôpital, soit on verra. Mais dans l'idéal ouais j'aimerais quand même faire mon, enfin ce pour quoi je me suis formé c'est-à-dire le job de clinicien. » (Lucie)

Lucie, après avoir fait sa formation de clinicienne et en passe d'obtenir son diplôme de niveau master, n'a pas été reconnue dans ses nouvelles compétences et n'a pas pu obtenir le poste qui lui avait pourtant été promis en amont de sa formation. Cette situation l'amène à non seulement se sentir peu écoutée, mais aussi peu reconnue et donc lui fait entrevoir un avenir incertain.

Valérie est dans une situation un peu analogue. En situation de mandataire, elle voit son contrat de travail renouvelé chaque année lorsqu'un mandat de prestation lui est octroyé. Mais cette année, aucune information concernant un possible renouvellement ne lui a été communiquée. Cette situation entraîne chez elle une profonde incertitude quant à l'avenir. Qui plus est, elle aussi dispose de formations la surclassant par rapport à son poste ainsi que son niveau de rémunération. Cette position inconfortable l'amène à envisager sérieusement de se réorienter dans un avenir proche si elle ne peut trouver de poste qui lui convienne.

Toutes les autres personnes interviewées dans notre étude ont arrêté d'exercer en tant qu'infirmier.ère. Nous relevons plusieurs raisons qui peuvent être regroupées en deux grandes tendances.

La première renvoie à la qualité de vie, englobant les horaires irréguliers, la fatigue liée au travail ou encore le souhait pouvoir mieux concilier vie professionnelle et vie privée.

« Au fur et à mesure j'ai commencé à trouver les conditions plus difficiles aux urgences et donc, tout ce côté négatif que j'ai évoqué tout à l'heure qui a pris plus d'ampleur bah

*progressivement a fait que cette envie de partir ailleurs a évolué, a augmenté. »
(Phillipe)*

Bernard partage ces raisons, avec des difficultés qu'il a senti s'accroître au fil du temps.

« Une chose à laquelle je me rendais pas compte c'était la fatigue liés aux horaires. Aux horaires irréguliers surtout, le fait que dans les hôpitaux on travaille sur des horaires irréguliers du jour comme de la nuit tout le temps. Chose qui n'était pas le cas lorsque j'avais commencé ma formation où il y avait des postes de veilleurs et des postes d'infirmiers de jour. Et c'est vrai que ça c'est une grosse, enfin pour moi c'est la raison principale pour laquelle j'ai quitté l'hôpital. » (Bernard)

Cette fatigue accrue avec le temps pour Bernard est couplée à un évènement qui a changé sa vie familiale.

« J'ai une fille qui est née il y a 3 mois maintenant et je me voyais pas ne pas pouvoir être là pour elle et pour ma femme et c'est vrai que en travaillant de nuit c'était juste difficile, on commence et on part tard le soir et ou on revient le matin, on est fatigué et on dort directement. Le fait de toujours changer de rythme fatigue beaucoup plus, c'est vraiment quelque chose qui m'a usé, beaucoup. Pendant une période j'ai pas fait de nuits et cette période était beaucoup plus gérable pour moi. Et c'est ce qui a fait que quand j'ai dû reprendre le rythme normal avec jour et nuit je me suis dit non, que c'était quelque chose que je ne voulais plus faire. » (Bernard)

L'importance nouvelle de sa vie familiale et les impératifs d'être là pour soutenir sa femme et sa fille feront que, couplé à la fatigue grandissante, Bernard a choisi de se réorienter vers une autre structure que l'hôpital pour exercer.

La deuxième tendance touche aux problèmes de santé et au conflit entre les valeurs personnelles et les directives émanant des institutions de santé quant au travail et la manière dont il doit être accompli. Nous pouvons commencer cette partie en partant de l'exemple de Sylvia.

« En tous cas des conditions de travail qui n'étaient plus en accord avec mes valeurs. Donc j'ai tenu, j'ai tenu, j'ai tenu et puis au final j'ai fait un burn-out. Donc clairement j'étais arrivée au-delà de mes limites parce que je me suis vraiment pris un mur. J'ai été arrêtée initialement, j'ai fait 6 mois d'arrêt complet. (...) je suis revenue petit à petit à 20% puis 50%. Et à 50% j'ai refait un malaise au travail et bah là j'ai... j'ai été à nouveau arrêtée à 100% » (Sylvia)

En plus de sa situation de santé problématique, la tension entre le travail tel qu'elle l'a toujours valorisé et la réalité du terrain va finir par la décider à abandonner la profession.

« Même si ça restait et ça reste encore aujourd'hui, pour moi, le meilleur boulot imaginable. Infirmière aux urgences ça reste le job de mes rêves et je sais, par contre, que dans ces conditions là je ne suis plus capable de le faire parce que je suis en désaccord avec mes valeurs parce que je ne peux pas faire les soins que je veux, dans les conditions que j'aimerais. Et donc pour moi c'était plus possible, et je me suis réorientée. » (Sylvia)

Paul a aussi abandonné la profession d'infirmier en raison de ses problèmes de santé survenus à cause de ses conditions de travail. Paul a fait un burn-out il y a quelques années après moins de dix ans d'exercice de sa profession. Aujourd'hui, pour comme il le dit « prendre soin de sa santé », il préfère s'éloigner définitivement de cette profession pour se réorienter ou reprendre des études.

Véronica partage aussi cette conviction que pour prendre soin d'elle, elle doit s'éloigner de cette profession. Après avoir eu des problèmes de santé physiques et les avoir partagé avec sa hiérarchie, Véronica n'a rencontré aucune forme de soutien et même a eu à son égard des actes de mobbing et de diffamation.

« Mais en tous cas moi j'ai plus envie d'être dans les soins, même si j'aime m'occuper des gens et j'aime le métier d'infirmière. Le fond du métier d'infirmière c'est de prendre soin mais pas seulement, c'est aussi de prendre du temps dans le lien. Je vous dirais que pour ma vie, pour ma santé psychique, j'ai envie vraiment de m'éloigner des services de soins hospitaliers. J'ai envie d'ambulatoire par exemple, des personnes qui viennent et qui repartent sur la même journée. J'ai plus envie de sortir du travail en me disant que j'ai mal fait mon travail et que j'ai pas pu aller jusqu'au bout. » (Véronica)

Mélanie a elle aussi, à l'instar de Sylvia, atteint un stade où les valeurs qu'elle entendait défendre et pratiquer dans sa profession ne sont plus respectées au point qu'elle préfère renoncer.

« Je suis toujours très contente de mon boulot, mais les conditions dans lesquelles on nous demande de faire notre boulot me correspondent plus, ne correspondent plus à mes valeurs donc j'ai décidé en décembre de démissionner. » (Mélanie)

Enfin, la situation de Marguerite regroupe le problème de santé ainsi que le conflit entre ses valeurs et les demandes de sa hiérarchie. Marguerite a été en arrêt de travail durant plusieurs mois à la suite d'un accident. Ensuite, une situation grave qui a été jusqu'à entraîner le suicide d'une de ses anciennes collaboratrices est survenue durant son absence.

« Moi je n'ai pas été informée, ni par la direction, ni par mon manager supérieur de ce qui s'était passé. J'ai été informée par mes collaborateurs. La direction a dit qu'ils allaient gérer le problème, et en fait rien n'a été géré. Ça a été abominable. Et suite à ça, on m'a demandé de revenir avec mon incapacité de travail, ce que j'ai refusé. Donc là c'était plus possible en fait. Mes valeurs personnelles n'étaient plus du tout en accord avec cette gestion-là. » (Marguerite)

Cet évènement déclencheur a été le point final pour Marguerite de sa carrière dans le domaine de la santé.

Nous avons pu constater plusieurs raisons motivant à abandonner la profession. Une première catégorie regroupe les personnes qui, malgré leurs difficultés, n'ont pas encore renoncé à exercer leur profession mais y songent potentiellement. Une autre regroupe les personnes ayant renoncé à exercer en tant qu'infirmière, soit au sein de leurs structures d'origine, soit définitivement dans le domaine de la santé, pour des raisons pragmatiques telles que la vie familiale, la fatigue liée aux horaires irréguliers ou encore l'envie d'une charge de travail moins importante. Il y a aussi des raisons liées à des problèmes de santé, aussi bien physique que mentale, causés par des raisons externes ou bien directement par le travail. Enfin, la dernière raison renvoie au conflit entre les valeurs personnelles quant à la profession infirmière et les conditions dans lesquelles le travail doit être effectué découlant des directives organisationnelles. Cette dimension du conflit entre les valeurs et les directives sera traitée plus en profondeur dans le troisième axe de notre analyse.

Ce premier axe d'analyse nous a permis de mettre en place le portrait des personnes avec qui nous avons pu nous entretenir, de leur entrée dans la profession à leur sortie. De surcroît, nous avons pu esquisser la manière dont leurs perceptions de la profession ont été amenées à changer en fonction de leurs années de travail et des expériences vécues. Nous avons aussi pu, en dressant le tableau des différents motifs d'abandon de la profession.

Les conditions de travail

Ce deuxième axe d'analyse aborde les conditions de travail et la manière dont celles-ci ont été présentées par les personnes avec lesquelles nous avons réalisé nos entretiens. Parmi les diverses thématiques de conditions de travail problématiques, nous pouvons distinguer les thématiques construites en amont des entretiens et intégrées dans le guide d'entretien et les thématiques issues des propos de nos interviewé.es, les thèmes inductifs en somme.

Nous présentons dans un premier temps les différentes problématiques entourant les conditions de travail, puis nous revenons sur leurs liens avec les raisons principales ayant motivé l'abandon de la profession.

Charge de travail

Différentes dimensions quant à la charge de travail ont été mentionnées pour rendre compte de problèmes rencontrés au travail. Ici, nous évoquons la charge de travail aussi bien sur le plan physique que psychologique.

Tout d'abord, la question de la charge de travail et la manière dont celle-ci impacte négativement les conditions de travail ont été évoquées. Globalement, les journées de travail sont perçues comme étant assez intenses et ceci est mentionné dans une partie importante de nos entretiens. Ainsi, Philippe explique l'intensité qui caractérisait le service des urgences lorsqu'il y travaillait comme étant un fait permanent, exception faite des matinées tendanciellement plus calme. Il nous dit aussi que les horaires de travail étaient « stressants » et « fatigant » et qu'il arrivait fréquemment qu'il ne puisse pas prendre de pauses. Pour lui, cet état de fait s'explique par la nature même du travail des urgences qui amène une charge de travail en permanence importante. Philippe nous raconte aussi comment, pour lui, la charge de travail a augmenté ces dernières décennies.

« Moi j'ai pu observer et j'ai aussi beaucoup entendu mes collègues qui étaient là avant moi, avant les années 2000 et qui ont dit que la charge de travail avait vraiment augmenté. » (Phillipe)

Il ajoute que pour lui, une des raisons de l'augmentation de la charge de travail serait liée au fait qu'il y ait bien plus de tâches administratives à devoir gérer pour les infirmières et infirmiers. Ce constat de l'augmentation de la part des tâches administratives est partagé par Marguerite. Cette augmentation, en plus d'accroître la charge de travail, amène à d'autres

changements affectant le sens du travail et la dimension relationnelle sur lesquels nous reviendrons ultérieurement.

Bernard nous évoque lui, depuis un service en médecine aiguë, qu'il y a de manière globale une « surcharge de travail ». De plus, les horaires irréguliers, de jour comme de nuit, sont pour lui une cause de grande fatigue. Il évoque que ces horaires irréguliers sont notamment dus au fait de la suppression des postes dédiés aux horaires de nuit et de jour qui permettaient de mieux réguler les horaires. Ayant connu l'existence de ces postes, il constate une évolution de la fatigue liée à la charge de travail après leur suppression et la dérégulation qui en a suivi.

La charge de travail peut être aussi ressentie comme étant un problème au niveau psychologique, pour au moins deux raisons ; la charge psychologique inscrite dans la nature même du travail des soins et la charge psychologique véhiculée par les conditions d'exercice du métier.

Phillipe évoque un exemple de la charge psychologique du travail des infirmiers et infirmières.

« Mais un métier qui malheureusement, qui est difficile en termes de charge de travail, au niveau psychologique aussi, de s'occuper de gens qui vont pas bien, c'est pas évident. » (Phillipe)

La charge de travail psychologique nécessite de développer des compétences à même de la gérer sinon cela peut avoir des conséquences importantes sur les individus. C'est ce que nous explique Paul.

« Ça demande de la résilience, ça demande une bonne distance professionnelle, d'être capable de prendre du recul et surtout ça demande un psychisme sain. Et pour avoir un psychisme sain il faut avoir un bon sommeil. Donc voilà il y a ça. Ça a aussi des incidences sur la concentration, l'attention, sur l'irritabilité etc. Donc ça sans détailler on peut dire que ça a des incidences sur la qualité des soins prodigués. » (Paul)

Pour Véronica, ces deux dimensions de la charge de travail physique comme psychologique sont inhérentes à la profession.

« Et du coup c'est un métier qui est très frustrant je trouve et après par rapport à nos conditions de travail, on sait quand on débute la carrière que c'est des conditions pas toujours faciles. Quand on parle des horaires de travail, quand on parle du poids physique et du poids psychologique de notre travail. Ça on le sait depuis le départ. Mais

je trouve que maintenant on est assez maltraité dans nos conditions de travail on est un peu maltraité je trouve, je me sens esclave de l'institution. » (Véronica)

Le traitement de l'institution et les conditions imposées par celles-ci contribuent à accentuer ces dimensions et à les rendre intolérables. Ce sont aussi des changements sur le long terme dans l'organisation des institutions de la santé qu'elle pointe.

« Alors ces changements se sont faits petit à petit, au fur et à mesure du temps on remarque qu'on est de moins en moins de personnel. Qu'on ne remplace pas les arrêts, qu'on nous donne de plus en plus de tâches administratives. Certaines tâches qui étaient dédiées à notre hiérarchie directes sont maintenant confiées à nous. On a pas trop remarqué ces changements mais on a remarqué après coup, qu'on passait plus de temps derrière l'ordinateur à remplir des petites cases, des dossiers etc » (Véronica)

Lucie évoque elle aussi une conséquence de l'organisation à même d'impacter les charges de travail pouvant peser sur les infirmiers et infirmières. Elle nous explique comment une nouvelle cadre responsable de leur équipe « pour bien se faire voir de ses chefs à elle » les « envoie à droite et à gauche » auprès d'autres services dès que la charge de travail moindre le permet.

En somme, la problématique de la surcharge de travail est souvent perçue et corrélée à d'autres problématiques au sein des discours que nous avons recueillis. Elle peut s'expliquer par des défauts organisationnels, tels que le manque de personnel ou l'évolution des tâches allouées aux infirmiers et infirmières. Cela crée aussi des phénomènes de pénibilité physique aussi bien que psychologique qui à leur tour intensifie la perception de surcharge de travail et *in fine* des conditions de travail difficiles.

Le manque de reconnaissance

Le sentiment de manque de reconnaissance est, comme nous l'avons vu dans notre revue de la littérature, un des phénomènes récurrents lorsqu'on cherche à comprendre les problématiques des conditions de travail d'un secteur quel qu'il soit.

Le domaine de la santé, et ici celui des soins infirmiers, ne déroge pas à la règle. Ainsi, la thématique de la reconnaissance était présente pour beaucoup des personnes avec qui nous avons pu nous entretenir. Nous allons donc ici présenter les différentes manières dont la reconnaissance a été évoquée et comment les enjeux entourant ce sujet sont vécus par les personnes.

La reconnaissance peut être une problématique d'abord ressentie dans une perspective individuelle où la personne se sent non reconnue en fonction d'actions, ou absence d'actions, à son égard. Le cas de Valérie illustre bien cet état de fait. Elle ressent un manque de reconnaissance quant à ses compétences et la perception de celles-ci par sa hiérarchie.

« Actuellement je suis classe 16 alors qu'avec mon CV je pourrai être classe 19. Je fais du lobbying en interne mais aussi en externe et en interne ils se rendent compte, quand on a revu mon CV, que s'ils étaient justes il faudrait qu'ils fassent mieux. » (Valérie)

Le problème porte dans un premier temps sur une rémunération qui n'est pas à la hauteur des compétences de Valérie. Elle nous explicite d'ailleurs l'étendue de ces compétences et se sentiment de manque de reconnaissance.

« Et moi je n'ai jamais eu ça. Donc en fait mes compétences sont pleinement employées. Je permets de faire améliorer les choses sur le terrain. Mais je suis moins reconnue que d'autres personnes que je pousse vers le haut quoi. » (Valérie)

La problématique à l'échelle individuelle peut porter aussi sur les perspectives d'évolution professionnelle. L'exemple de Paul cette fois nous renseigne sur ce cas de figure.

« Ce qui était compliqué c'était d'être en tant qu'intérimaire, de savoir qu'il n'y avait quasiment pas de perspectives parce que j'ai rencontré d'autres intérimaires qui étaient aussi dans le service, à 100%, et donc avec les inconvénients que ça sous-entend depuis 2 ans. Bah du coup ça donne pas trop espoir d'évolution, surtout que j'avais déjà de la bouteille en terme de services d'hospitalisations aiguës et j'avais envie d'évoluer. » (Paul)

Ensuite, la reconnaissance peut être perçue comme modalité de socialisation et qui connaît plusieurs dimensions au sein du champ social infirmier. La première dimension porte sur la relation entre l'infirmier.ère et les patient.es. Ici les patient.es sont considéré.es comme étant les personnes pouvant produire de la reconnaissance envers l'infirmier.ère, ou bien la reconnaissance est en quelque sorte inscrite « sur » les patient.es et lorsque celui ou celle-ci est guérie, où les soins ont fonctionné. La reconnaissance naît alors du sentiment d'avoir bien fait son travail, de la gratification produite par la tâche accomplie.

Sylvia nous apporte un témoignage attestant de la première manière dont la reconnaissance peut fonctionner en relation avec un.e patient.e.

« Donc, je peux pas dire que j'ai souffert d'un manque de reconnaissance parce que après moi juste une patiente qui me dit merci en me prenant la main ça suffit à me faire mon bonheur. » (Sylvia)

On voit d'ailleurs ici que la reconnaissance est écartée comme étant une des raisons principales des problèmes concernant ses conditions de travail, la seule reconnaissance qui vaille pour Sylvia est celle des patient.es envers l'infirmier.ère.

Lucie nous donne elle un exemple de la dimension gratifiante qui peut résulter de son activité.

« Enfin c'est déjà un travail hyper difficile en soi, bosser dans les soins, qui peut être très gratifiant aussi mais en fait on a souvent pas les moyens pour faire notre travail bien. » (Lucie)

Pour elle, on voit même un conflit se dessiner entre les moyens manquants pour faire correctement son travail et la dimension gratifiante qu'elle récolte par le fait de faire ses soins voire même de réussir à les faire dans ces conditions. Véronica ne nous en dit pas moins lorsqu'elle évoque les problématiques de reconnaissance.

« C'est un métier qui vous bouffe, c'est le terme. Physiquement et mentalement voilà on vit presque pour ce métier sans aucune valorisation quel qu'elle soit. Heureusement qu'il y a nos patients qui sont quand même contents de nos services malgré tout. C'est eux qui nous remercient à la fin de la journée et qui font que l'on revienne le jour suivant. » (Véronica)

Ici le propos est particulièrement clair. La seule forme de reconnaissance que Véronica ressent et qui, d'une certaine manière, vient atténuer les autres manques est celle émanant des patient.es.

Mais ce niveau de reconnaissance caractérisé par la relation entre l'infirmier.ère et les patient.es peut aussi donner lieu à une relation synthétisant le manque de reconnaissance. Bernard nous en donne un exemple par son ressenti.

« Je me rends compte aussi maintenant en étant infirmier à domicile du problème de la reconnaissance des infirmiers auprès des patients. Alors qu'on est tous les jours à leur contact et qu'ils voient une fois tous les x jours un médecin pendant 45 minutes, certains ne tiennent pas du tout compte de nos remarques. Et c'est vrai que là il y a aussi un manque de reconnaissance qui vient du fait qu'on n'a pas cette possibilité de prescrire,

qu'on doit demander, juste par exemple pour donner un dafalgan, on ne peut pas le faire nous-mêmes. » (Bernard)

Ici, le manque de confiance qu'accordent les patient.es à l'infirmier ou l'infirmière produit un sentiment de manque de reconnaissance chez Bernard. Mais ce manque de reconnaissance est, selon lui, imputable au manque de liberté dans la capacité à réaliser des prescriptions auprès des patient.es. Donc en somme le manque de reconnaissance qu'ils et elles accordent à la parole de l'infirmier.ère est directement corrélé au manque de reconnaissance quant à la profession infirmière, caractérisée ici par l'interdiction de réaliser des prescriptions. C'est donc aussi le manque de reconnaissance des aptitudes et capacité de faire des infirmier.ères qui est un enjeu. Bernard nous l'explicite davantage par ailleurs à une autre occasion.

« Mais c'est vrai qu'il y a un manque de reconnaissance claire sur nos capacités, ça fait quand même plusieurs années maintenant qu'on a développée l'évaluation clinique. Je pense que c'est quelque chose qui doit être mis en place partout. » (Bernard)

Cet exemple est particulièrement intéressant car il nous donne à voir comment le manque de reconnaissance de l'infirmier.ère semble fonctionner de manière systémique. Nous verrons après avoir esquissé les différentes dimensions de la problématique de la reconnaissance, le caractère circulaire et systémique du manque de reconnaissance.

En sus des relations avec les patient.es, la reconnaissance s'inscrit dans le rapport avec la hiérarchie. Ce rapport peut être direct dans les relations que peuvent avoir les infirmier.ères avec leurs cadres, leurs managers, leurs collègues ou encore les médecins côtoyés. La reconnaissance peut aussi être plus indirecte et représentée notamment par le salaire ou bien par l'impression ressentie concernant les discours politiques véhiculés dans la société.

Lucie nous fait part du sentiment de manque de contrôle qu'elle ressent quant à l'exercice de sa profession.

« Ouais dans les soins j'ai le sentiment qu'on est jamais vraiment écouté, on nous présente des projets et on n'a pas le choix, on doit faire avec. » (Lucie)

Ici, c'est aussi bien le manque de considération que le manque de permission laissé à la participation des infirmier.ères aux différents projets qui est un enjeu de manque de reconnaissance. Dans un autre cas de figure, Lucie nous explique aussi le manque de considération dont peuvent faire peuvent les médecins à l'égard des infirmières. Si en théorie

les infirmières sont invitées à co-construire avec les cadres les projets, son sentiment à elle est que c'est plutôt « un joli terme » mais que dans le fond il n'en est rien.

Mélanie nous raconte ce qu'elle a connu autour de la reconnaissance de ses années d'activités au sein de son organisation. Une revalorisation salariale était proposée aux collaboratrices et collaborateurs faisant état de plus d'une dizaine d'années de service dans l'organisation. Celle-ci lui a été refusée pour des raisons administratives floues alors qu'elle avait à son actif treize années de travail. Cette décision, en plus de son impact économique, participe aussi à faire vivre à Mélanie ce sentiment de manque de reconnaissance.

« Puis je n'ai jamais eu gain de cause donc là oui clairement au niveau salarial on est vraiment pas valorisé. Et puis depuis le changement de direction on a plus l'impression qu'ils veulent faire une armée de gentils petits soldats décérébrés qui ne posent pas de questions. Et, ça a été mon cas récemment, quand on met le doigt sur quelque chose qui ne leur plait pas, bah on se voit menacé d'un entretien avec la DRH et le responsable de centre. » (Mélanie)

Le manque de valorisation, que l'on peut entendre comme manque de reconnaissance, est associé aux faibles rémunérations octroyées. Mais dans cet exemple, on peut cerner une autre dimension découlant de cette première, à savoir la manière dont se sentent considérés les infirmiers et infirmières par leurs organisations dirigeantes. Mélanie parle ici du fait que les cadres veulent faire d'elles « une armée de gentils petits soldats décérébrés ». On voit le basculement opéré entre une vision plus individuelle de la problématique, liée au refus de l'augmentation de salaire, à une vision plus collective et critique du rapport entre direction et infirmières.

Nous avons pu voir les multiples manières dont la reconnaissance prenait place dans les paroles recueillies. Ainsi, elle peut être une aide lorsqu'elle est ressentie positivement comme attestant de la qualité des soins. Dans cette perspective, c'est sous le prisme de la relation avec les patient.es que la reconnaissance est formulée. Mais nous avons aussi vu que la reconnaissance est utilisée pour décrire certaines des problématiques des conditions de travail. La reconnaissance peut être ressentie comme manquante pour caractériser la faible rémunération ou encore le manque d'autonomie opérationnelle. La problématique de la reconnaissance survient aussi dans la manière dont se sentent perçues les personnes dans leurs qualités comme

étant des « pions » ou « des gentils petits soldats décérébrés ». C'est en somme à un manque de reconnaissance institutionnelle auquel nous faisons face ici.

Conciliation vie privée-vie professionnelle

L'impossibilité de concilier convenablement la vie privée avec la vie professionnelle est une des thématiques saillantes de nos entretiens. Nous allons maintenant présenter les différents points que nous avons choisi de ranger dans cette section.

La première des manières dont la conciliation entre le domaine professionnelle et la vie personnelle représente un enjeu porte sur l'impact de la profession sur la vie sociale. C'est ce qui est arrivé à Sylvia très vite après ses débuts.

« Après au niveau personnel, au début y'avait pas de soucis mais petit à petit y'a aussi la fatigue qui s'est accumulée et mes jours de congé c'était plus des journées de congé c'était des jours de repos. Donc plusieurs fois, même régulièrement, il m'arrivait de renoncer à des soirées, à des rendez-vous avec des amis parce que juste j'en avais pas la force, j'étais crevée et je savais que si je me reposais pas pendant mes jours de congé, j'allais pas pouvoir assurer au boulot et ça s'était pas possible vu le travail qui était attendu. Donc clairement ma vie personnelle elle en a souffert. » (Sylvia)

L'impact a été le même concernant Phillippe qui a connu la même évolution au cours de ses années de profession.

« Pour ma part alors oui, de toute façon les horaires irréguliers impactent le côté social avec l'alternance de jour de nuit, de week-end. Donc déjà en gros un week-end sur deux et on ajoute là-dessus la fatigue et c'est vrai que personnellement y'avait des moments où je n'avais pas envie de sortir, de faire des activités mais plutôt de rester tranquille pour me reposer. Donc oui y'a un impact certain, des gens, des amis que l'on voit moins. » (Phillippe)

Les horaires irréguliers et le rythme de travail important étant donnée la charge de travail entraînent une importante fatigue. Cette fatigue ne permet quasiment plus de mener une vie sociale dans la sphère privée sans impacter en retour la qualité du travail. Les horaires de nuit ont par exemple été évoqués par Bernard pour illustrer cela où il explique que les changements de rythme répétés le fatigue beaucoup. Pour lui le moment où il redécouvre des horaires plus réguliers, dans le sens où il n'a plus à faire de nuits, lui convient beaucoup mieux. Pour Bernard

la question du rythme de travail et de la possibilité de mieux concilier sa vie privée avec son activité professionnelle était un enjeu central, en particulier depuis la naissance de sa fille.

« C'est vraiment ce problème de rythme de travail qui était compliqué à gérer. Surtout lorsqu'on commence une vie de famille. » (Bernard)

C'est la possibilité même d'avoir la force de mener une vie sociale qui est mise à mal. Mais c'est aussi la capacité à organiser cette vie sociale en se projetant qui rend la tâche compliquée. Les horaires irréguliers et le fait que la sphère professionnelle puisse venir faire irruption à tout moment participent à cette complexité. Véronica nous en livre un exemple.

« Ce qui devient compliqué aussi dans la vie privée c'est de pouvoir organiser quelque chose. Par exemple, tout ce qui est du planning, parce que nous on a des horaires irréguliers et on peut travailler les week-ends, les jours fériés voilà, de nuit comme de jour. Là actuellement c'est compliqué d'avoir un planning un peu à l'avance, donc si vous voulez vous organiser un repas ou n'importe quoi avec des amis et avoir une vie sociale c'est compliqué et ça amène beaucoup de disputes dans les couples. Dans le mien et dans ceux de mes collègues parce que nos conjoints ne comprennent pas forcément pourquoi on ne peut pas s'organiser. » (Véronica)

Cette problématique porte aussi chez certains de nos interviewés sur le respect de la vie privée. Ainsi, certaines personnes ont mentionné le fait de se sentir harcelées par leur sphère professionnelle, par des demandes de travail intervenant dans leurs vies privées. Véronica nous raconte la manière dont ces demandes ont été telles jusqu'à lui faire ressentir une sensation de harcèlement.

« On se permet de vous appeler tout le temps pas pour vous proposer des changements d'horaires, on vous exige de venir travailler. (...) Ils se permettent aussi d'appeler vos contacts en cas d'urgences. Personnellement, ils ont essayé d'appeler mon mari, ils ont joint mon mari avant de me joindre moi pour me demander un changement d'horaire. Ils n'ont même pas essayé de m'appeler, ils ont appelé mon mari qui est un contact en cas d'urgences. Donc ils ont été déranger ma famille pour quelque chose qui n'était pas urgent. » (Véronica)

Un autre témoignage intéressant pour discuter de cette problématique est celui de Marguerite. A l'époque où elle officiait encore dans le domaine de la santé et dans le cadre de ses

responsabilités de cheffe d'équipe, elle a développé une réflexion quant à l'importance de bien concilier vie privée et vie professionnelle.

*« Je pense que l'on fait une profession où il est nécessaire d'avoir un excellent équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Après quand j'ai été infirmière cheffe j'insistais beaucoup auprès de mes collaborateurs à ce qu'ils puissent avoir une demande spéciale d'horaire une fois par semaine pour pouvoir faire une activité extra professionnelle. »
(Marguerite)*

Pour elle, l'impossibilité de mener à bien cette conciliation entraîne des risques importants pour les infirmier.ères.

« Pour moi c'était très important, j'étais plutôt inquiète des collaborateurs qui n'avaient pas de demande de ce style. Je répète mais je pense que vu la charge mentale et émotionnelle vécue quotidiennement, il est important de pouvoir s'extraire de ça en dehors des journées de travail. » (Marguerite)

Cet impératif de s'extraire de l'activité professionnelle pour se ressourcer et conserver une vie privée est exemplifié par ce qui est arrivé à Paul.

« Ça pouvait aussi avoir une incidence sur les loisirs que je pouvais faire, des fois j'annulais des loisirs parce que j'étais trop fatigué, plus motivé. Et puis évidemment sur ma santé, des symptômes, et ensuite le burn out faisait que j'avais plus envie de rien, un syndrome anxio-dépressif en fait. Et ces syndromes ont eu une incidence sur le couple et a joué sur notre rupture entre autres. » (Paul)

Sa vie de couple a subi les conséquences de l'impossibilité de pouvoir se ressourcer et les impacts négatifs de son activité professionnelle sur sa santé.

Ces différents témoignages montrent comment l'impossibilité de concilier la vie professionnelle et la vie privée impactent les individus à deux niveaux. D'un côté, les horaires irréguliers, la fatigue liée aux conditions de travail (surcharge et sous-effectifs) ou encore les problèmes de santé résultant de l'activité professionnelle affectent la vie privée des personnes. De l'autre côté, cette impossibilité de se ressourcer en dehors du travail, d'avoir une vie personnelle épanouie, impacte les personnes et renforcent leurs difficultés vis-à-vis de leurs professions. Ainsi, nous constatons que cette problématique fonctionne comme un cercle vicieux.

Impact de la pandémie

Le dernier point que nous voulons aborder dans cet axe concernant les diverses conditions de travail est l'impact de la crise pandémique de la covid-19 sur les personnes dans le cadre de leur profession. Lors de nos entretiens, nous avons demandé comment la crise pandémique avait été vécue et quelles ont été ses conséquences. Nous allons présenter les principaux éléments.

Nous allons débiter cette partie en présentant les témoignages des personnes ayant raconté avoir eu des complications en lien avec la crise sanitaire dans la pratique de leurs professions. L'exemple de Valérie est éclairant sur cet aspect. Lors de la crise de la covid-19 elle était en activité avec une équipe de soins palliatifs.

« Je me suis rendue disponible tout de suite. Ça a été la crise sur la première vague, on savait pas à quoi on était confronté. Ça a été des soins palliatifs qui étaient pas dans les règles de l'art, ça a été difficile pour moi, j'ai été épuisée aussi, mais voilà j'ai géré. J'ai pas été malade tout de suite mais quand j'ai eu le covid j'ai été pas mal atteinte aussi. A chaque fois je récupérais les secteurs les plus compliqués où il y avait les accompagnements de fin de vie. J'avais l'expertise déjà pour ça. » (Valérie)

Valérie a donc d'abord été touchée directement dans son activité et a vu celle-ci mise à mal par les conditions imposées par la crise sanitaire. La surcharge de travail couplée à l'impossibilité de mettre en place convenablement les protocoles de soins l'ont durablement marquée. Un autre point qu'a pu constater Valérie est le changement dans les formations proposées par l'institution dans laquelle elle opérait. Elle considère que depuis les vagues de covid, les possibilités de se former pour les jeunes nouveaux entrants sont devenues plus rares. Cela va à l'encontre pour elle de ce qui fait un.e infirmier.ère, à savoir quelqu'un qui peut changer constamment, évoluer et être au fait des nouvelles tendances.

Véronica a aussi pu constater des évolutions structurelles négatives depuis le passage des multiples vagues de la crise de la covid-19. Pour elle, la tendance des hiérarchies à mésestimer le personnel soignant n'a fait que s'aggraver depuis cette crise.

« C'est-à-dire quand je dis qu'on se sent comme des esclaves c'est que n'importe qui a sa journée de travail, quand il sort de sa journée, après c'est sa vie personnelle on est normalement pas dérangé par le travail. Là on est appelé, même harcelé au téléphone quand on est à la maison, dans les jours de congé ou quand on termine le travail. Ça c'est quelque chose qui se faisait déjà un petit peu avant, mais depuis le covid, ils se

permettent vraiment de vous appeler à n'importe quelle heure, n'importe quand. »
(Véronica)

Dans la section précédente, nous avons évoqué le problème de Véronica avec les cas d'intrusions répétées de sa vie professionnelle à sa vie privée. Ce qu'elle nous dit c'est que cette tendance s'est accentuée depuis la crise. Et ceci amplifie son sentiment de manque de reconnaissance, d'être considérée « comme des esclaves » pour Véronica. La crise sanitaire a en ce sens servi de catalyseur pour les problèmes des conditions de travail.

Pour Paul aussi la crise pandémique est venue accentuer certaines des tendances évoquées comme problématiques.

« Je dirais surtout que l'impact ça a été une surcharge de travail pour l'ensemble des hôpitaux et des soins en général. Et du coup qui dit surcharge de travail dit qualité de soins moindre et donc augmentation des troubles et cercle vicieux avec plus de burn-out, d'arrêts-maladie etc. » (Paul)

Enfin, Mélanie a évoqué le fait que dans les relations avec les patient.es cela créait une distance supplémentaire qui était compliquée à gérer convenablement. Mais elle nous a tout de même fait part d'une amélioration concernant les tâches administratives qui auraient pour elle diminué à la suite de la crise. De plus, elle se dit satisfaite de pouvoir aussi aujourd'hui faire du télétravail pour ce qui concerne les activités administratives.

Cependant, ce constat négatif n'est pas nécessairement partagé par tout le monde. Certaines personnes ont plutôt eu un ressenti positif quant aux effets de la crise de la covid par rapport aux conditions de travail.

Lucie tout d'abord nous explique que la pandémie a très peu impacté son activité professionnelle étant donné le secteur dans lequel elle travaillait et les personnes dont elle s'occupait. Elle nous dit avoir été « assez préservée » exception faite de l'atmosphère stressante.

Sylvia nous fait part de son sentiment lorsqu'elle travaillait dans les hôpitaux en plein cœur de la crise. Pour elle les conditions de travail ont connu des améliorations grâce à la crise.

« Au début de la pandémie, là tout d'un coup ils ont trouvé des budgets, ils ont trouvé des moyens, on était surnuméraires, enfin. Et pendant la pandémie, honnêtement, ça a été un retour à « j'adore mon job ». (...) Les conditions, au niveau des conditions de travail, ça a été génial. Tout d'un coup ils ont trouvé du personnel et ils ont trouvé des

*moyens. On était honnêtement confortables pour travailler. Et puis c'est reparti. »
(Sylvia)*

Mais comme elle le dit en fin de citation, ces changements n'ont été que de courte durée. Cependant les changements favorables étaient tout de même importants et de multiples manières. Elle évoque comment, par exemple, la crise a impacté l'affluence survenant aux urgences.

« Donc en termes de patientèle on faisait enfin des vrais soins d'urgence, donc c'était le kiff pour tout le monde et en plus on était mieux dotés. On avait le personnel, on avait la qualité de patients, c'était génial au début. Mais après la première vague les gens se sont vite rendu compte que le monde n'arrêtait pas de tourner et là après ils sont revenus en masse comme d'habitude. Mais on avait quand même plus de personnel. Ça c'était agréable. » (Sylvia)

Bernard partage le même constat d'une charge de travail qui est allée en s'améliorant durant la crise pandémique.

« Après, sinon de manière globale une surcharge de travail constante qui s'est un peu étonnamment atténuée avec le covid. Y'a eu un coup de projecteur sur notre profession, alors oui on avait du travail, mais on avait aussi du coup les ressources parce que la politique a débloqué des ressources pour que les HUG engagent et donc ça a fait que on avait peut-être plus de ressources durant cette période. Et puis une fois que le covid s'est un peu essoufflé ou un peu sorti de la période aiguë. Et bien on se retrouve avec le même nombre d'infirmiers pour plus de travail quand même et puis cette tendance constante à nous rajouter des tâches sans mettre plus de personnel, voire même en diminuant le personnel parce qu'on veut que l'hôpital soit rentable. » (Bernard)

Il rajoute par ailleurs avoir tout de même une impression de changement allant dans le bon sens pour l'image de la profession infirmière « grâce » à la crise de la covid.

« Et puis ce qui est resté, enfin, y'a eu une mise en lumière du métier d'infirmier. C'était un métier assez de l'ombre auparavant et on ne se rendait pas compte auparavant à quel point on était indispensable. C'est vrai qu'avec le covid, y'a eu une reconnaissance, même si elle n'était pas financière, c'était quand même assez intéressant. » (Bernard)

En définitive, nous avons pu constater des positionnements assez dichotomiques au sein de notre échantillon concernant les perceptions et vécus quant à la crise de la covid-19. L'une des principales raisons qui semble expliquer cette différence de perception est le secteur dans lequel les personnes travaillaient et l'impact direct ou indirect de la crise sur les activités. Les personnes épargnées par les conséquences directes de la crise ont exprimé des ressentis moins forts vis-à-vis de la crise. Parmi ceux et celles qui ont été impactés, les réactions étaient différentes en fonction du public à gérer. Pour les personnes prenant en charge un public particulièrement touché par les conséquences du virus, les difficultés ont été en s'accroissant. De l'autre côté, pour les services plus globaux, les moyens mis à disposition pour gérer la crise ont été bien reçus et ont même permis d'améliorer les conditions de travail en général.

Dans ce deuxième axe d'analyse consacré aux conditions de travail, nous avons dressé un portrait des différentes problématiques de conditions de travail impactant les personnes qui ont participé à cette étude. Nous avons pu voir l'impact des problèmes de charge de travail, de manque de reconnaissance, de l'impossibilité de concilier convenablement la vie privée et la vie professionnelle et enfin les impacts de la crise pandémique. Chacune de ses thématiques est composée de sous-thématiques représentant la pluralité des vécus et ressentis qui ont été partagés. Une problématique de condition de travail peut être vécue différemment selon la personne en fonction de son vécu et de sa situation personnelle. Ceci démontre l'importance du parcours de vie, des expériences mais également du statut dans l'organisation ou l'unité de service de la profession. Nous verrons dans la discussion comment ces différences individuelles peuvent faire sens dans un cadre d'analyse plus macro.

Critiques envers le modèle organisationnel

Ce troisième axe d'analyse offre une analyse des conditions de travail découlant du modèle de l'organisation du travail tel que perçu et vécu. Dans nos entretiens, les problématiques quant aux conditions de travail étaient en effet souvent discutées en relation avec une forme de critique à l'encontre, et de la hiérarchie, et de l'institution dans laquelle évoluaient les personnes. Nous allons présenter les deux thématiques que nous avons construites afin de recouper les propos des personnes. La première porte sur les perspectives relationnelles et de communication des personnes avec leurs hiérarchies. La seconde concerne les formulations critiques formulées au cours des entretiens à l'égard des organisations.

Communication et relation avec les hiérarchies

Nous avons retrouvé à de multiples reprises dans nos entretiens le fait que des problèmes de communication avec la hiérarchie pouvaient être à l'origine soit de problèmes impactant directement les conditions de travail, soit d'une impossibilité de communiquer les problèmes vécus quant aux conditions de travail.

La première dimension relative à la communication et à la relation doit être pensée dans ce qu'elle produit sur le sentiment de soi infirmier. Ainsi, le domaine communication/relation caractérisant la relation entre médecin et infirmier.ère peut être source d'un sentiment de manque de reconnaissance et de considération.

« Selon l'équipe et les médecins qu'il y a, s'ils sont dans une collaboration qui est intéressante il peut y avoir une reconnaissance. Mais quand ce sont des médecins qui sont là et qui ont plutôt comme point de vue de nous considérer juste comme des exécutants, que comme des personnes autonomes. » (Paul)

Ici, Paul nous donne un exemple de ce que peut produire le manque de considération entre médecin et infirmier ou infirmière. Au lieu d'être basé sur une relation d'égal à égal dans laquelle chacun pourrait se sentir considéré en fonction de ses compétences on a plutôt affaire à une relation de subordination dans laquelle l'infirmier.ère ne se sent pas suffisamment valorisé.e.

Ce manque de valorisation peut aussi découler du fait de ne pas se sentir entendue ou bien écouté.e. Ainsi Sylvia nous explique comment elle a le sentiment de ne jamais être entendue par sa hiérarchie.

« On a fait tout ce qu'on a pu pour dire : voilà ça ça va pas, on propose telle solution. Mais non, forcément ils vont pas prendre notre solution, ils vont essayer de faire comme ils peuvent, mais au final ça n'allait pas, ça n'allait pas, ça n'allait pas. On a remonté des problèmes de sécurité, notamment des patients. On a eu des décès évitables. Et y'a toujours rien qui a bougé. Donc ça a induit une grande frustration » (Sylvia)

Ici Sylvia conjugue à la fois une plainte quant au manque d'écoute qu'elle ressent émanant et de sa hiérarchie, et de l'institution avec une critique de cette organisation même. Le sentiment qui naît de ce manque d'écoute est celui « d'une grande frustration ».

Toujours dans cette optique du problème communicationnel, Lucie nous pointe les conséquences selon elle propres au manque de communication dans un secteur professionnel fortement interdisciplinaire.

« Dans le travail en interprofessionnalité, je dirais que la plus grande difficulté c'est avec les médecins. Ou en tous cas certains médecins avec qui on peut ne pas se sentir entendus. Ils sont aussi débordés, ils sont aussi souvent peu soutenus par leurs chefs j'ai l'impression. Du coup ouais ils saturent aussi je pense donc du coup ils ne nous écoutent pas et j'ai l'impression qu'ils minimisent un peu ce qu'on peut dire. » (Lucie)

Le manque d'écoute et de possibilité de communication peut aussi venir impacter directement d'autres problèmes concernant les conditions de travail et la résolution possible de ceux-ci. Divers exemples dans nos entretiens viennent démontrer cet état de fait. Bernard nous explique ce qu'il s'est passé lorsqu'il a cherché du soutien auprès de sa hiérarchie pour mieux concilier sa vie professionnelle et sa vie privée.

« Je me suis retrouvé face à une hiérarchie qui n'était pas soutenante mais plutôt cassante et c'est quelque chose qui m'a pas du tout aidé. » (Bernard)

Cette absence de possibilité de discussion a même eu un fort impact sur Bernard et ses collègues dans le sens où celle-ci était ressentie en permanence. Bernard nous explique cette situation et la manière dont elle prenait place dans la relation entre lui, ses collègues et le groupe de responsables d'équipes du service.

« Elles étaient dans un bureau assez isolé où on pouvait pas rentrer n'importe comment et rien ne nous invitait à rentrer en interaction avec elles. Même si elles nous disaient toujours « on est là pour vous », on ne le ressentait pas sur le terrain. Et c'est un sentiment général où, par exemple lorsqu'on faisait des demandes d'horaires qui n'étaient pas du tout prises en compte, on a juste l'impression qu'elles se rendent pas compte de l'impact que peuvent avoir certaines de leurs décisions. » (Bernard)

Bernard rajoute par ailleurs qu'en plus de ne pas se sentir écoutés, lui et ses collègues se sentaient jugés et dévalorisés par des responsables absentes du terrain et de la réalité de la pratique infirmière.

« Elles jugeaient, elles faisaient leurs évaluations en écoutant les dires d'autres collègues sans vraiment chercher, mais en écoutant les retours d'autres collègues. » (Bernard)

Ce manque d'écoute et de disponibilité des responsables entraînent pour Bernard, en plus de ne pas lui apporter de solution, une aggravation de sa perception négative quant à ses conditions de travail. Il nous a confié même que c'est entre autres pour cette raison qu'il a décidé par la suite de se réorienter et de quitter la profession d'infirmier dans son service du secteur public. Cet exemple montre comment les problèmes de communication peuvent aussi bien amplifier des conditions de travail problématiques que constituer des problèmes en soi.

Véronica nous livre un témoignage analogue d'un exemple où non seulement la communication n'a pu avoir lieu avec sa hiérarchie mais a, par la suite, constitué un problème en tant que tel. Véronica après avoir contracté des problèmes de santé liés à son activité professionnelle a dû, conseillé par son médecin de travail, envisager de modifier son activité.

« Je pensais que, naïve que j'étais, en en parlant à ma hiérarchie, à ma RH, je puisse avoir une discussion avec elle pour qu'on puisse me proposer, qu'on me dise ce qui était possible ou non de faire au niveau d'un changement de poste. Si je pouvais faire des formations à titre personnel pour accéder à un poste différent. (...) Et en fait je me suis retrouvée dans une histoire pas possible où on m'obligeait presque à signer l'AI. Où on me disait qu'il n'y avait aucun poste disponible pour moi, que je ne pouvais pas reprendre le travail et que je devais me mettre en arrêt. (...) Et s'est enchainé une sorte de mobbing où des choses se sont inscrites dans mon dossier professionnel, certaines lettres ont été mises dans mon dossier. » (Véronica)

Véronica n'a donc pas eu la possibilité d'exposer ses problèmes de santé, ni de trouver une solution qui lui aurait permis de concilier ses problèmes de santé avec une activité professionnelle maintenue, ou, tout du moins partiellement. Qui plus est, on voit aussi un problème de management apparaître dans ce qui nous est raconté et où Véronica va par la suite connaître un mobbing et une réaction de sa hiérarchie qui va chercher à la punir.

Sylvia nous explique quant à elle les problèmes de communication structurels entre services et la manière dont la charge de travail est gérée. La charge de travail devient dès lors problématique car mal gérée pour elle.

« Pour ce qui est des problèmes de communication, déjà de base je pense qu'il y a un problème de fatigue globale, enfin dans l'institution en entier. Parce que quand on appelle pour transférer un patient à l'étage, la collègue à l'étage me disait : mais écoute je viens déjà d'accueillir un patient. Alors je veux bien comprendre que ce soit chaud pour elle, mais en attendant je sais que j'ai encore 15 personnes en salle d'attente qui

n'ont même pas été vues par un médecin donc j'ai besoin de libérer des chambres, j'ai besoin d'avancer » (Sylvia)

Nous avons donc vu ici que les problèmes de communication et de relation peuvent être en eux-mêmes des conditions de travail difficiles. De plus, dans certains cas de figure ces problèmes servent plutôt de catalyseurs qui vont venir aggraver ou mettre encore plus en évidence certains des dysfonctionnements tels que vécus et ressentis par les infirmières et infirmiers.

Conflit entre valeurs personnelles et directives du travail

Le conflit entre les valeurs personnelles et les directives, les obligations, exigées par le travail et son organisation est une des thématiques les plus récurrentes quant aux raisons ayant amené nos entretenu.es à abandonner leur profession.

Une des premières conséquences de ce conflit est le fait de devoir choisir entre la qualité des soins et le respect des directives de travail.

« On est en galère. Ça m'est déjà arrivé en week-end de devoir faire des choix entre soit faire une toilette correcte, soit devoir laver des gens vraiment hein. Et de dire ça à la cheffe cadre et elle me dit de faire des toilettes de chats. Voila. » (Lucie)

On voit ici que les conditions de travail, les sous-effectifs et la surcharge de patientèle amènent Lucie à devoir faire un choix entre une prestation de qualité, mais coûteuse en temps, et l'efficacité de s'occuper de l'ensemble des patients. Sa supérieure lui dira d'ailleurs de privilégier la seconde option, « toilette de chat » signifiant une toilette allant à l'essentiel.

De la même manière, Sylvia nous a partagé sa conviction et sa volonté de bien effectuer son travail malgré les conditions difficiles et les moyens manquants.

« Une très grande frustration parce que nous on fait ce qu'on peut pour faire les meilleurs soins possibles et au final on nous donne pas la possibilité. » (Sylvia)

Mélanie a connu aussi la situation où, en raison d'un contexte particulier, on lui a demandé de faire en sorte que le travail soit fait et ce quelles que soient les conséquences. Elle nous explique sa réaction ainsi :

« Dernièrement, on va dire que ça a été un peu l'étincelle qui a tout allumé, y'a une de nos responsables qui nous a dit que si temporairement on faisait de la moins bonne qualité c'était pas grave. Et ça pour moi c'est quelque chose qui n'est pas du tout, mais

alors pas du tout acceptable. Et c'est vraiment me demander d'accepter sciemment de faire, excusez-moi de l'expression, de faire de la merde et moi je veux pas bosser comme ça, c'est pas dans mes valeurs. Je crois que si on est à notre place en tant que soignant c'est qu'on veut justement considérer l'humain dans toute sa spécificité, dans toute son individualité. Et bah ça forcément ça prend du temps. » (Mélanie)

Ceci illustre le refus de Mélanie d'adhérer aux directives de sa hiérarchie. Ce conflit entre ses valeurs personnelles quant à sa profession et ces directives l'a amenée à, comme nous l'avons dit précédemment, renoncer à sa profession dans cette institution.

Dans le même ordre d'idées, c'est aussi une évolution globale des institutions et de la profession qui entraîne, pour certains de nos interviewés, un changement dans la nature du travail infirmier. Cette évolution amène pour ces personnes à une perte de la dimension humaine de la profession, à une impossibilité de développer une dimension relationnelle avec les patient.es. Ce changement implique là aussi de la frustration et une perception négative quant aux directives de travail.

« On se rend compte que on se retrouve beaucoup derrière des ordinateurs, à travailler avec des machines. On a de moins en moins de temps pour les patients. Voilà, je trouve que le métier a beaucoup changé et que ça devient de plus en plus compliqué de se sentir à l'aise et de, enfin, ce n'est pas en adéquation avec nos valeurs en somme. Voilà, le métier n'est plus en adéquation avec nos valeurs. » (Véronica)

Véronica nous partage son sentiment de voir son travail évoluer de plus en plus dans une direction qui ne lui convient plus. C'est le sentiment d'avoir le temps de travail de plus en plus occupé par le travail de bureau, le fait « d'être derrière des ordinateurs ». Bernard partage le même sentiment.

« Mais il ne faut pas perdre le sens premier du travail infirmier qui est d'être auprès des patients et il faut pouvoir avoir ce relationnel qui est tellement nécessaire. Et c'est un peu l'impression qu'on est beaucoup à avoir. On nous met dans des bureaux pour faire de la paperasse et de l'administratif et remplir des papiers pour les assurances et puis les soins c'est les ASSC qui font les actes et nous font des retours sur ces actes. Et on se demande si on va continuer en étant de plus en plus dans les bureaux et de moins en moins auprès des patients ou bien si on va pouvoir retourner gentiment auprès des patients et les revoir ou en tous cas les voir suffisamment pour faire de bonnes évaluations. » (Bernard)

Finalement, Marguerite en plus de partager ce sentiment d'une évolution de la pratique infirmière tendant vers plus d'activités administratives et moins de dimension relationnelle, nous fait part de sa conclusion quant aux effets sur les infirmières et infirmiers.

*« Ce que j'ai vu dans l'évolution, certes excellente, d'informatiser tout ça c'est qu'il y a eu aussi une évolution de l'activité où j'avais même calculé au niveau de mon service le temps passé entre tâches administratives et temps dédié aux patients. Et on arrivait presque à un ratio de 50% où on ne faisait pas de tâches directement auprès du patient. Et ça une grande partie des infirmières ça crée chez elles une perte de sens en fait. »
(Marguerite)*

Critiques de l'organisation du travail

Les conditions de travail et leurs conséquences suscitent dans de nombreux cas la formulation d'une critique à l'égard de l'institution, tout comme de la hiérarchie chez nombre des personnes avec qui nous nous sommes entretenues. Dans la section qui suit, nous allons présenter ces critiques, sur quoi elles prennent appui et ce qu'elles visent spécifiquement ainsi que leur raisonnement.

La première forme de critique que nous avons identifiée est celle portant sur les conditions organisationnelles des institutions et les moyens manquants ou encore le manque de mesures concrètes pour régler les problèmes. Sylvia par exemple nous explique que pour elle il y a des manques « d'optimisation » concernant aussi bien les questions de temps alloué que de qualité des soins. Elle pointe aussi les dysfonctionnements de communication entre les services ou les étages qui seraient dus à des problèmes structurels d'organisation et de gestion. Sylvia émet aussi une autre critique à l'égard de l'évolution du personnel et de l'embauche dans les hôpitaux.

« Entre autres, je disais au tout début qu'il y a un niveau de compétences qui ne fait que réduire. C'est sûr il faut engager des jeunes diplômés, j'ai été jeune diplômée. Mais les piliers du service, qui étaient là depuis 15 ans, petit à petit soit démissionnent, soit se reconvertisent. Bref quittent le service et sont remplacés par des gens à niveau de compétence bien plus bas. Donc globalement ce que je peux vous dire c'est qu'en 5 ans là-bas j'ai vu le niveau de compétence moyen chuter et continuer à chuter tout comme les conditions chutent et continuent à chuter. » (Sylvia)

En plus de la critique portant sur le niveau moyen qui tendrait à baisser dans le profil des nouveaux soignants et nouvelles soignantes on voit ici une critique du départ des employé.es, de la perte des compétences et expériences des ancien.nes. Le constat de la perte systémique des employé.es pour diverses causes est aussi formulé par Véronica.

« Je pense que c'est lié déjà à un manque de personnel, les gens s'épuisent et quittent la profession. Beaucoup de gens qui ne quittent pas mais qui baissent leurs pourcentages de travail. Des gens qui se démotivent et puis une hiérarchie, pas celle directe mais un petit peu plus haut, des gens qui ont la volonté de moderniser l'hôpital, d'avoir des super projets, des choses innovantes, d'avoir des dossiers informatisés très complets, très jolis voilà. Mais on oublie le terrain, mais je pense que c'est une volonté hiérarchique de rajouter des choses, de faire des échelles, des audits etc. » (Véronica)

Cette critique de Véronica portant sur les initiatives des hôpitaux, insuffisantes et même à contrecourant des véritables enjeux, s'accompagne du témoignage de sa situation. Son problème de santé alimente en effet son regard critique.

« On est beaucoup à avoir des problèmes de santé dans ce métier et on se retrouve tous face à une hiérarchie qui est très dure et qui ne veut pas aider et qui fait tout le contraire. Voilà j'ai des collègues qui ont pris des avocats contre leur hiérarchie et des collègues qui sont sous antidépresseurs parce qu'ils se sentent harcelés, parce qu'ils doivent aller à l'AI alors que ce sont des gens qui peuvent travailler. On leur dit que c'est leur faute. » (Véronica)

Cette problématique de la perte de personnel et de la non-volonté à les accompagner mais plutôt à les remplacer au plus vite est partagée par Marguerite.

« Et je trouve dommage que les directions remplacent les collaborateurs sans prendre en compte l'expérience des personnes. Au niveau de la gestion des ressources humaines il y a de graves erreurs qui sont faites. Des erreurs de pas savoir valoriser les compétences et les expériences des personnes y compris lorsqu'elles peuvent avoir des problèmes de santé, je l'ai moi-même vécu, malheureusement, et là c'est impitoyable. Vraiment impitoyable. Et c'est là que je dis que le management supérieur est à mon avis malveillant. Vraiment malveillant, donc le soignant tout va bien quand il est en bonne santé et dès qu'il a un problème de santé on l'éjecte parce qu'on a besoin de personnel performant à 100%, voire plutôt à 120%. » (Marguerite)

Marguerite formule une critique avec des termes forts pour caractériser l'indifférence du management à l'égard des personnels de santé atteints de problèmes de santé. Ce qu'elle nous dit c'est qu'en plus de ne rien faire pour les problèmes des employé.es, comme dans l'exemple de Véronica, le management produit de la malveillance à l'égard des personnes qui ne sont plus aptes à 100%.

La critique peut aussi porter sur la nature du travail demandé et la manière dont l'organisation structure les activités des infirmiers et infirmières. Ainsi, plusieurs témoignages formulaient une critique à l'encontre des récentes évolutions de l'organisation du travail portant notamment sur les horaires de travail ou encore la manière dont on demande aux professionnel.les de la santé de réaliser les tâches. Bernard nous livre, à partir de son vécu et de celui de ses collègues, une critique plus globale des conditions de travail infirmières aujourd'hui.

« Je voulais juste répéter qu'infirmier ce sont des conditions de travail qui sont actuellement vraiment difficiles. Et je pense que y'a vraiment un problème au niveau de la compréhension du métier et au niveau de qui prend des décisions sur nos métiers. La réalité elle est que lorsqu'on nous propose ces horaires de jours et de nuits, qu'on nous les impose et que pour des raisons médicales ou familiales on ne peut pas faire de nuits on nous montre gentiment la porte et bien c'est assez compliqué. Et c'est la réalité actuelle à l'hôpital et dans tous les hôpitaux, si on ne veut pas travailler de nuit il y a quelques postes et des centaines de personnes qui les demandent et si on n'est pas pistonné bah on les a pas. » (Bernard)

La critique peut aussi porter sur les valeurs portées dans les directives de travail organisationnelles.

« La façon dont on nous demande de travailler c'est plus possible. C'est plus ça du tout. Maintenant, tout ce qu'on entend de la direction c'est ; chiffre, rentabilité, facturation et on nous laisse, en tous cas dans le centre où je travaille, on nous a laissé travailler vraiment en sous-nombre. » (Mélanie)

Dans le témoignage de Mélanie, ce sont bien les valeurs orientant l'organisation du travail de la santé qui sont pointées comme étant problématiques. Ce qu'elle nous dit c'est que son travail est désormais structuré par des impératifs de quantification tels que la rentabilité. Ceci, comme nous l'avons vu précédemment, est la raison qui a acté son départ de l'institution dans laquelle elle travaillait à savoir le conflit entre les valeurs structurelles et ses valeurs personnelles.

Nous avons pu voir ici les différentes modalités par lesquelles prend forme la critique chez nos interviewé.es. La critique porte aussi bien sur les moyens alloués, que sur l'absence de reconnaissance voire de manière plus globale sur les modèles organisationnels de travail structurant les institutions de la santé. Ces témoignages démontrent l'écart existant entre des théories managériales et le travail infirmier centré sur le relationnel et le *care*.

Dans ce troisième axe analytique, nous avons pu voir les problématiques entourant les aspects relationnels et organisationnels des conditions de travail. De plus, nous avons présenté la traduction des différentes problématiques de conditions de travail sous des formes critiques chez les personnes composant notre population d'étude. Nous avons vu les différentes critiques possibles variant quant aux objets qu'elles désignent ; normes directrices de l'organisation du travail, remise en cause des valeurs prônées par ces mêmes directives ou encore causes économiques ou politiques des conditions de travail problématiques. Nous verrons par la suite ce que peuvent signifier ces critiques.

Discussion

Entrées et abandons de la profession

Notre première partie d'analyse nous a permis d'illustrer des profils à partir des discours des personnes quant à leurs entrées dans la profession, l'évolution de leurs perceptions de cette même profession et aux motifs d'abandons envisagés ou actés.

Premièrement, nous avons pu voir que chez deux personnes de notre population l'idée n'était pas encore arrêtée quant au fait d'abandonner la profession. Ces deux personnes, Valérie et Lucie, partagent deux points communs. Le premier point concerne l'incertitude quant à leurs perspectives de carrière. Cette évolution est attendue en raison de leurs surqualifications quant à leurs postes actuels. On peut les rapprocher de ce que Toffel et Tawfik ont nommé les « élites infirmières » (2019) dans le sens où leur problématique résulte de leur forte dotation en formations et diplômes (Valérie dispose de plusieurs formations et Lucie vient de finaliser son Master en sciences infirmières). Valérie et Lucie s'accommodent en ce sens mieux des autres problématiques que nous avons pu évoquer que les autres personnes de notre population d'étude. Leurs problèmes sont d'un ordre plus individuel et consistent en une mobilisation de leurs savoirs et intérêts en vue d'assouvir et développer leurs carrières vers d'autres sphères que celles où elles sont cantonnées actuellement.

Elles sont légitimées par le modèle organisationnel au niveau symbolique par leurs dispositions (volonté de se former et d'être dans une approche scientifique) et les capitaux qu'elles ont accumulés, de l'ordre du capital médical tel que défini par (Longchamp, Toffel, et al., 2016). Cependant elles formulent des critiques quant au manque d'évolution et de déplacement que permet l'organisation du travail actuelle. Nous avons constaté que leurs critiques demeuraient circonscrites à des problématiques individuelles et incertitudes quant à la suite de leurs carrières qui entraînent une critique de l'organisation quant à la gestion des formations et compétences.

Les autres personnes qui constituent notre population d'étude ont toutes arrêté d'exercer en tant qu'infirmier et infirmière. Certaines se sont réorientées professionnellement en s'éloignant des domaines de la santé, en allant par exemple vers l'enseignement, quand d'autres ont préféré s'orienter vers des domaines tel que le soin à domicile offrant des meilleures conditions de travail. Nous avons scindé ce groupe en deux sous-groupes comportant d'un côté les personnes ayant abandonné la profession pour des raisons liées à ce que nous avons appelé la qualité de vie. De l'autre côté, nous avons les personnes ayant renoncé à la profession infirmière que ce

soit pour des raisons de santé ou pour des raisons de valeurs personnelles comme le conflit entre leurs visions de la profession et la réalité de celle-ci.

La qualité de vie et les problèmes de santé

Le premier groupe de personnes ayant arrêté d'exercer est celui que nous avons choisi de ranger dans la catégorie des « pragmatiques ». Leurs raisons d'arrêt sont multiples mais semblent avoir comme premier motif des raisons qui peuvent à la fois être matérialistes et aussi symbolique. Cette qualification entend cerner dans un ensemble logique et structuré les différentes conditions de travail pointées par ce groupe. Ces conditions sont à chercher du côté des problématiques tels que le niveau de rémunération trop faible, les horaires irréguliers, le développement de la vie privée accentuant l'impact de l'impossibilité de concilier la vie privée et la vie professionnelle ou encore la charge de travail. L'exemple de Bernard, à la suite de la naissance de sa fille, est intéressant à prendre en compte. Ici c'est donc, en reprenant le paradigme du parcours de vie, une étape de celui-ci qui amène à une évolution de la perception et du vécu des conditions de travail. Dès lors que sa situation familiale a changé, les conditions d'horaires irréguliers ne conviennent tout simplement plus à Bernard lorsqu'auparavant étant plus jeune et moins contraint cela pouvait encore être accepté. Mais dans son cas c'est aussi une fatigue qui, de plus en plus, s'est installée chez lui et dans son rapport à sa profession. La situation est sensiblement la même dans le cas de Phillipe. Son parcours de vie l'a amené à considérer différemment au fil des années sa profession et, d'une certaine manière, ce qu'il lui en coûtait d'être infirmier. Ainsi, il a pragmatiquement décidé de se réorienter professionnellement vers l'enseignement après avoir décidé que le métier d'infirmier était trop pénible malgré son amour de la profession.

Ces conditions sont donc perçues par certains dans leurs versants matériels et c'est ce qui entraîne la perception négative de celles-ci. Mais elles peuvent aussi déboucher sur des problématiques au niveau du versant symbolique. Ainsi, la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle si elle est dans un premier temps un problème de type « matériel » son non-respect, chez Véronica par exemple, abouti aussi à un problème d'ordre « symbolique » dans le sens où elle se sent réduite à l'image d'un simple « pion ». Il en est de même concernant Paul qui a vu la thématique de la fatigue au travail et de ses problèmes de santé impacté sa vie personnelle et amoureuse.

Les conditions de travail peuvent aussi conduire à développer des problèmes de santé chez les infirmiers et les infirmières. Le burn-out, par exemple, considéré comme une maladie résultant

à la fois d'un excès de fatigue et d'une surcharge de travail a impacté deux personnes de notre groupe d'étude. Des problèmes physiques peuvent aussi advenir et impacter définitivement la possibilité d'exercer la profession infirmière, là aussi, deux personnes de notre groupe d'étude ont connu pareilles situations. Tous ces problèmes de santé confondus, trois personnes sur les quatre ont reçu peu de soutien et d'écoute quant à la prise en charge de leur situation. Véronica nous a indiqué qu'on l'avait plutôt poussé vers la sortie malgré le fait qu'elle pouvait encore exercer sa profession au moins partiellement. Marguerite nous a raconté la même chose concernant des collègues à elle. Ces différents exemples nous amènent à nous interroger sur les principes de gestion des problèmes de santé professionnelles au sein des organisations et du NMP.

La profession comme vocation

Nous avons observé la relation entre les personnes entrées dans la profession pour des raisons de type « vocationnel » et le fait que, dans les raisons d'abandon de la profession, la thématique « conflit valeurs-directives » soit revenue comme étant décisive.

Premièrement, il semble que, assez logiquement, ce que nous pourrions appeler le « désenchantement » soit le plus fort chez ces personnes. En ce qui concerne leurs perceptions de la profession et l'évolution que nous avons pu constater de celles-ci, la distance entre les perceptions initiales « positives » et les perceptions finales et désabusées est particulièrement saillante. Nous pouvons renvoyer ici à l'exemple de Sylvia qui illustre parfaitement cette évolution négative, ce passage d'un état où la passion fait office de motivation première et de raison principale justifiant le fait d'être infirmière à un état où seul le dégoût, la désillusion semblent persister. Mais c'est aussi dans le profil vocationnel que nous avons retrouvé comme raison forte d'arrêt de la profession la thématique du conflit entre les valeurs personnelles et les directives émanant de l'organisation du travail. Mélanie ici illustre clairement cette position. Elle nous expliquait que ne reconnaissant plus son métier et par peur de faire ce qu'elle ne voudrait jamais vivre, elle a préféré abandonner ce métier du moins dans l'institution dans laquelle elle exerçait.

Il est intéressant ici de mobiliser la critique que propose Kergoat (2010) de la notion de vocation et des impacts qu'elle peut avoir quant aux infirmières et infirmiers. Cette critique vise à pointer que la vocation peut produire un emprisonnement pour les personnes la vivant et les amenant aussi à considérer de manière trop individualiste leurs rapports à leur profession. Kergoat critiquait l'utilisation de cette notion lorsqu'elle sert à disqualifier toute possibilité de

mouvement social infirmier structuré autour de valeurs communes dépassant les dimensions individuelles favorisé par la notion de vocation. La vocation enferme l'acteur ou l'actrice dans un rapport purement passionnel avec sa profession.

Cet enfermement, nous l'avons vu, produit aussi une dose de violence particulièrement forte pour les personnes le vivant. La vocation enchaîne doublement les individus à leur passion initiale et lorsque celle-ci est mise à mal, alors les conséquences sont particulièrement néfastes. Par la vocation, la dévotion est imposée, malgré eux aux acteurs et actrices mais est aussi instrumentalisée. Cette instrumentalisation est produite par les organisations qui d'une certaine manière profitent de cet état de fait en se reposant sur cette dévotion supposée et attendue. Ce sentiment pointant cette forme d'exploitation nous a par ailleurs été évoqué à plusieurs reprises au cours des entretiens. Par exemple, Sylvia a dit que même si son métier restait pour elle une passion, une vocation, il n'en fallait pas moins ne pas oublier qu'il s'agissait avant tout d'un travail et que « nous n'étions plus à l'époque des bonnes sœurs » réalisant ce travail bénévolement. Paul nous tenait un discours sensiblement similaire lorsqu'il évoquait cette « culture du sacrifice » existant dans la profession infirmière et son utilisation, dans son cas, par des supérieurs l'enjoignant à être plus capable de se sacrifier s'il souhaitait un jour obtenir un poste fixe. On voit par ces exemples la prégnance de l'image de l'infirmière et infirmier se dévouant corps et âmes pour son prochain véhiculée à travers les rapports sociaux de genre institués dans la société, et ce même si le professionnel est un homme.

En définitive, quels que soient les profils des personnes et leurs raisons principales d'avoir abandonné ou songé à arrêter d'exercer la profession, ce que nous pouvons constater c'est la porosité de nombre de nos thématiques. Si, bien sûr, les conditions de travail ne sont pas toujours perçues de la même manière en fonction des personnes et de leurs vécus, par exemple l'impact de la charge de travail, les difficultés sont néanmoins toujours perçues et vécues par tous et toutes. Si, par exemple, nous avons constaté que la thématique du conflit entre les valeurs personnelles et les directives était la plus forte et la plus importante chez les personnes ayant une « vocation » cela ne veut pas dire que ce problème n'existe pas chez des personnes avec un rapport autre à la profession. Lucie a eu par exemple le même type de problème quant à la qualité des soins qu'elle pouvait prodiguer étant donné les charges de travail trop importantes la contraignant. Marguerite, si elle a dans un premier temps arrêté d'exercer pour des raisons de santé, n'en a pas moins indiqué comme autre raison de son arrêt sa forte critique vis-à-vis de l'organisation et du management régissant actuellement les institutions de la santé.

Cette discussion nous a permis plutôt de dégager la manière dont les conditions impactent les individus en fonction de qui ils et elles sont, de leurs parcours, de leurs formations et de leurs rapports à leurs métiers.

La reconnaissance – les multiples incidences et traductions de cette problématique

Nous avons vu dans la partie analytique portant sur les différentes conditions de travail que la reconnaissance y tenait une place importante. En effet, la reconnaissance semble fonctionner selon deux axes dans les discours de nos interrogé.es ; en tant que problème en soi et en tant que notion servant à nommer d'autres problématiques.

La reconnaissance semble aussi fonctionner différemment en fonction des profils des individus et particulièrement en fonction de leurs carrières. En ce sens, nous rejoignons notre première partie de discussion et on peut constater des différences dans l'utilisation ainsi que la perception de la « reconnaissance ».

Ainsi, la reconnaissance sert à mettre un nom à différentes problématiques qui sont celles représentant ce que nous avons nommé le versant symbolique des enjeux de conditions de travail, en opposition au versant matérialiste. Nous l'avons vu, elle permet de saisir les problématiques rencontrées en termes de relation ou bien de communication que ce soit avec les supérieur.es hiérarchiques ou avec les médecins. Le manque d'écoute et le manque de considération sont ainsi vécus comme manquement en termes de reconnaissance. Dans cette perspective, nous pouvons mobiliser la perspective bourdieusienne proposée par les travaux de Longchamps ou encore de Toffel pour réfléchir à l'espace social infirmier en tant que champ social. Le concept de champ social permet de saisir les positionnements des agent.es, pour reprendre la notion bourdieusienne, dans des rapports de domination (Longchamp, Toffel, et al., 2018). Ces rapports se caractérisent entre autres par une autre notion qui nous intéresse particulièrement ici et qui est la violence symbolique. Elle permet de saisir les violences inhérentes aux rapports de domination tels qu'institués dans le champ et ce qu'elles produisent sur les dominé.es. Cette violence symbolique est produite au sein de la relation entre les dominant.es et les dominé.es notamment lorsque dans cette relation la position dominée est rappelée par les dominant.es.

Le champ infirmier, dans la conceptualisation que propose ces auteurs, est perçu comme un espace social structuré aussi bien en son interne par ces rapports de domination qu'en même

temps inscrit dans le champ social de la santé et dominé, entre autres, par le champ médical (Longchamp, Toffel, et al., 2018). Dans le cadre du champ infirmier, ce processus peut se réaliser par exemple dans le manque de considération ou d'écoute par les cadres vis-à-vis des infirmier.ères. Les infirmiers et infirmières sont alors rappelés à leurs positions dans le champ social par ces relations structurant les échanges dans l'espace de travail. Ce manque de reconnaissance peut se traduire comme une forme de violence symbolique pour certain.es.

Nous pouvons aussi mobiliser la pensée de Honneth (2000) pour spécifier ce propos. Si la reconnaissance est un enjeu d'une telle importance c'est parce que celle-ci participe à la constitution de notre « soi ». Cette constitution du soi, de l'identité est sujet à une lutte dans la perspective d'Honneth qui introduit l'idée de la nécessaire conflictualité pour « gagner » la reconnaissance permettant cette dite constitution.

Mais la notion de reconnaissance doit aussi être réfléchi par rapport à ce que nous pourrions appeler sa dimension « systémique ». Par cela, nous entendons clarifier ce que nous disions au début de cette partie ; la manière dont opère la reconnaissance en tant que conditions de travail perçues comme problématiques et en même temps comme notion permettant aux acteurs et actrices de saisir, de nommer, les autres problèmes qu'ils et elles rencontrent. Pour donner un exemple, nous avons vu comment chez Mélanie le manque de rémunération, et le manque d'écoute de la part de ses supérieures concernant ses revendications, se traduisait finalement chez elle en un sentiment de manque de considération à son égard. Qui plus est, ce sentiment de manque de reconnaissance que l'on pourrait qualifier d'individuel, devenait, par la suite dans son discours, généralisé où elle évoquait le sentiment que le manque de reconnaissance s'appliquait à toute la profession infirmière traitée et considérée comme des pions.

La notion de reconnaissance permet aussi de saisir et de formuler des critiques pour les acteurs et actrices sur de multiples sujets. Chez certaines personnes elle permet le basculement vers une critique plus globale et plus politique. Nous avons donné l'exemple du basculement de la problématique de la rémunération vers celle de l'identité infirmière telle que perçue par les hiérarchies. Elle permet aussi de cerner l'écart entre les discours publics et l'absence de changements dans les conditions de travail. L'exemple de la pandémie a d'ailleurs servi à des personnes, comme Bernard ou Mélanie, à se rendre compte de ce fossé.

En définitive, on peut donc constater que cette lutte pour la reconnaissance débute par le constat de son absence et, ensuite, par la formulation d'une pensée critique. Mais on peut aussi conclure que cette lutte se fait avec des moyens réduits et insuffisants. Comme raison explicative à cela

nous pouvons alors mobiliser à nouveau la critique de Kergoat (2010) quant à l'idée de vocation et à sa capacité individualisante. Si nous considérons la lutte pour la reconnaissance comme étant nécessairement une activité collective, alors potentiellement nous pouvons nous demander si le fonctionnement actuel des infirmières et des infirmiers, et en particulier de l'organisation « profitant » de la vocation pour individualiser les professionnel.les, n'amène pas à un échec inéluctable de la lutte pour la reconnaissance.

Les critiques des infirmières et infirmiers

Dans les précédentes parties nous avons pu discuter dans un premier temps la manière dont les profils des personnes, leurs vécus comme leurs situations socio-professionnelles actuelles, pouvaient influencer sur leurs perceptions de leurs conditions de travail et les problématiques en découlant. Les personnes ne percevaient pas nécessairement les mêmes problèmes ainsi que l'intensité de ceux-ci. De plus, les raisons ayant amené à reconsidérer le fait d'exercer en tant qu'infirmière et infirmier semblent diverger pour deux grandes raisons ; les conditions socio-économiques des personnes et les normes et valeurs individuelles.

La propension critique est une des modalités où nous avons pu percevoir cette différenciation. En effet, la critique ne prend pas place de la même manière et ne porte pas sur les mêmes objets dans les différents discours que nous avons pu recueillir. Ici, nous allons discuter ces différences dans les formes de la critique, de leurs origines à leurs traductions dans les paroles et perceptions des individus quant aux conditions de travail, lesquelles, et aux structures produisant ces conditions.

Dans nos analyses, nous avons distingué plusieurs types de critiques en nous focalisant sur les motifs des critiques afin de produire cette typologisation. Les critiques pouvaient être énoncées aussi bien sous le prisme individuel (possibilité d'évolution, ennui créé par le manque de reconnaissance) que par rapport à des problématiques relationnelles (manque de communication ou manque de considération produit par les responsables directs) et enfin portant sur les structures organisationnelles (le mode d'organisation du travail, les moyens économiques et humains disponibles ou encore les valeurs défendues par les directives de travail).

En mettant en avant les différents discours et propos critiques des personnes de notre étude, notre idée était de : « (...) pouvoir observer, en quelque sorte, naïvement, ce que font les acteurs, la manière dont ils interprètent les intentions des autres, la façon dont ils argumentent leur cause

etc. » (Boltanski, 2009, p.47). Cette perspective est celle d'une sociologie pragmatique de la critique qui propose de partir des multiples modalités de formations de positions et discours critiques d'acteurs et d'actrices inscrits dans ces contextes à même de susciter ces critiques qualifiées de « dispute » entre eux et les institutions. L'idée directrice de cette approche est de récolter les données d'acteurs et actrices étant directement dans les situations pour ensuite saisir les enjeux de leurs critiques et non partir d'un postulat critique surplombant les acteurs et actrices.

Nous avons vu ici que le domaine de la santé est à même de susciter une pluralité de critiques à son encontre. Ces critiques sont produites par des acteurs et des actrices provenant de situations différenciées.

Valérie et Lucie ont des discours critiques portant sur l'organisation et sa capacité à proposer des parcours professionnels en accord avec les compétences et diplômes des individus. Cette critique émane directement de leurs propres problèmes. Néanmoins, nous n'avons pas retrouvé dans leurs discours les autres formes de critiques.

Ces autres modalités par lesquelles prend forme la critique portent, elles aussi, sur l'organisation du travail. Les premières pointent le manque de moyens disponibles et recherchés par les institutions. Beaucoup des personnes avec qui nous nous sommes entretenues évoquent tour à tour le sentiment d'avoir plus de travail qu'auparavant pour moins de personnel employé ou encore l'évolution de l'activité impliquant plus de tâches administratives. Cette évolution administrative notamment est critiquée pour ce qu'elle a comme incidence quant au versant humain et relationnel de la profession. Pour beaucoup cette dimension est indissociable de la profession et la voir réduite à son strict minimum est source de frustration se transformant par la suite en critique à l'égard des organisations. Il en est de même à l'encontre des valeurs des institutions que perçoivent nos entretenu.es et le conflit entre celles-ci et les leurs. Beaucoup de personnes voient advenir des logiques de rationalisation, de rendement ou encore de meilleure efficacité provenant de la NMP dans les tâches et qui viennent influencer sur l'exercice de leurs professions. Ceci crée un décalage et même un conflit entre les infirmières et infirmiers défendant une profession adossée à des valeurs en opposition à celles-ci produisant par cette confrontation une tension faisant advenir la critique.

Ce que l'on peut supposer, en guise de conclusion, c'est que cette disposition critique créée par ces multiples exemples prédispose d'une certaine manière à la distanciation entre un idéal infirmier et une réalité de la profession infirmière. Cette distanciation peut être à même en

finalité de produire un tel détachement qu'il amène, celles et ceux l'expérimentant, à préférer renoncer à leur profession.

Discussion générale

Maintenant, il est temps de revenir à notre problématique centrale à savoir interroger ce qui motive l'abandon de la profession infirmière. Pour rappel, notre question de recherche était de savoir quelles sont les raisons qui amènent les infirmières et infirmiers à vouloir abandonner ou à effectivement abandonner l'exercice de leur profession.

La raison de l'abandon des personnes que nous avons interrogées semble être multiples, en fonction de chaque parcours de vie individuel, mais semble aussi partager des points communs à même de délimiter une réponse à notre interrogation.

L'échec de la lutte pour la reconnaissance, de la formulation des critiques, est une des raisons amenant aux départs des infirmières et infirmiers. Dans notre formulation et notre discussion, une des conclusions que nous pouvons faire est que la lutte pour la reconnaissance est un échec et que cet échec amène à vivre les conditions de travail, déjà problématiques, encore plus durement. L'exemple du salaire est une bonne illustration de ce fait. L'insuffisance de la rémunération n'est jamais mentionnée telle quelle, de manière unique, pour justifier l'arrêt d'exercice. Néanmoins, lorsque celui-ci est raconté en construisant un discours systématisant le manque de reconnaissance aussi bien sur le sujet de la rémunération que sur l'ensemble des conditions de travail nous voyons apparaître dès lors un semblant de réponse.

Cet échec est aussi imputable aux conditions de travail rendant complexe l'exercice de la profession aussi bien sur son versant matérialiste (rémunération, horaires de travail, effectifs) comme nous venons d'en parler, que sur son versant symbolique (reconnaissance, conflit de valeurs). En effet, il y a également un échec à octroyer de l'écoute, de l'attention et des résolutions quant aux multiples problématiques impactant les conditions d'exercice du métier infirmier. Ces manques peuvent être reliés au modèle organisationnel du NMP privilégiant l'efficacité et la réduction des coûts. Ce modèle amène ainsi, comme nous l'avons vu, à passer à une organisation axée plutôt sur la demande que sur l'offre, autrement dit, plutôt sur les « client.es » que sur les personnels effectuant les soins. On peut dès lors se demander s'il n'est pas logique dans cet ordre des choses que la reconnaissance ne puisse pas avoir lieu car la reconnaissance se dirige désormais en priorité vers la satisfaction de la clientèle plutôt que des employé.es à l'instar d'une entreprise privée.

L'exemple de la pandémie semble particulièrement éclairant. Une grande proportion des personnes avec qui nous nous sommes entretenues semble avoir connu de meilleures conditions de travail durant la crise pandémique et ce aussi bien sur le plan matériel que symbolique. Bernard nous évoquait la mise en lumière et la meilleure reconnaissance dont bénéficiait la profession ou encore Sylvia nous parlait des meilleures conditions en termes de moyens et de charge. Bien sûr, la crise de la covid-19 a comporté son nombre de conséquences négatives notamment pour les personnes particulièrement exposées quant aux services dans lesquels elles exerçaient, à l'image de Valérie qui, en soins palliatifs, a connu des difficultés importantes à faire son métier tel qu'elle l'entendait.

Néanmoins, il est apparu globalement que la crise pandémique a amélioré pendant un temps l'exercice de la profession infirmière. Nous avons évoqué les exemples de meilleure reconnaissance dont semblait bénéficier la profession, aussi bien au niveau politique que dans l'opinion publique, que des meilleures conditions matérielles (plus d'employés, plus de moyens, moins de patients saturant les services). Comme nous le disait parfaitement Sylvia, « il aura fallu attendre une crise d'ampleur mondiale pour améliorer nos conditions de travail ». Il semble qu'en effet le contexte fort particulier de la crise a su créer les conditions à même d'influencer suffisamment les pouvoirs publics et les organisations afin qu'elles allouent les moyens nécessaires pour lutter face à la pandémie et, dans le même temps, améliorer les conditions de travail des professionnel.les de la santé, infirmiers et infirmières en tête. Malgré tout, si ce discours a fortement existé dans nos entretiens, son corolaire concernant les effets sur le long terme de la crise pandémique ne sont pas nécessairement des plus favorables. Sylvia, après avoir évoqué les meilleures conditions durant la crise, nous a raconté qu'à la fin de la crise, ou tout du moins lorsque celle-ci s'est amoindrie, les moyens supplémentaires ont été retirés. Dans un autre registre, pour Véronica, si elle partage le constat de l'amélioration momentanée, la crise a surtout contribué à dégrader les conditions de travail sur le long terme. Ceci en insistant sur le fait que, pour elle, depuis la crise un précédent a été acté quant au fait que les infirmières et infirmiers étaient capables de plus que ce qu'on leur demandait auparavant. Il en est de même pour Bernard qui lui aussi a non seulement l'impression que les conditions se sont dégradées après s'être momentanément améliorées durant la crise.

Tout cela n'a vraisemblablement pas permis de tirer des enseignements pour améliorer les conditions de travail. De la même manière, les logiques régissant les institutions de la santé semblent perdurer et ne pas avoir été impactées par la crise pandémique. Au contraire, elles semblent même s'être renforcées si l'on en croit les discours des personnes avec qui nous nous

sommes entretenues. Nous pouvons dès lors nous demander ce qui sera à même d'améliorer les conditions de travail des infirmières et infirmiers dans le futur. Si le contexte pandémique a aussi permis l'accélération au niveau politique de la mise en application de la loi pour les soins infirmiers forts, nous pouvons nous demander quelle sera la portée de son efficacité. On peut en effet se demander si la problématique du *turn-over* des infirmier.ères est une réelle problématique pour les institutions de santé publiques.

Conclusion

Notre travail de recherche nous aura permis de mieux mettre en lumière les problématiques entourant les conditions de travail au moins de deux manières. La première concerne le nombre de ces problématiques et qui ne sont pas restreintes à des dimensions purement quantitatives telle que la rémunération, ce que nous avons appelé le versant matérialiste, mais qu'il y avait aussi un versant symbolique à ces problématiques tel que le manque de reconnaissance. La seconde dimension que nous avons pu mettre en avant porte sur la façon dont les problématiques, pour une même condition de travail, ne sont pas identiques suivant les personnes.

L'intérêt de notre recherche n'était pas tant de permettre de cerner ou de lister quelles étaient les conditions de travail actuelles posant problèmes aux infirmières et infirmiers. Le but de notre recherche a été de saisir plus qualitativement quelles étaient les ressorts individuels faisant que telle condition était perçue comme problématique ou non. De plus, il a aussi été question de comprendre, plus en profondeur comment une condition de travail, comme celle des horaires irréguliers, pouvait impacter différemment une personne d'une autre. Ceci a été permis par notre méthode qui a consisté à réaliser des entretiens de longue durée avec des personnes ayant des choses à dire sur ces sujets émanant de leurs expériences comme de leurs opinions.

L'idée en somme est de proposer de comprendre les multiples expériences que produit une condition de travail perçue comme problématique. Le fait de répondre à cela permet par la suite de mieux répondre à ces problématiques et de mieux orienter les possibles résolutions futures. Ainsi, comprendre que le niveau de rémunération n'est pas nécessairement un enjeu en soi, en tous cas pris isolément, mais fonctionne tant dans sa dimension matérielle que symbolique permet, par exemple, de mieux comprendre les réactions polémiques suscitées par le cadeau d'un livre en guise de récompense aux infirmières et infirmiers plutôt qu'une prime¹⁶. En introduisant la notion de reconnaissance et les développements que nous avons réalisé par la suite, nous avons proposé une manière parmi d'autres de répondre à cet enjeu.

Finalement, nous avons pu voir que les raisons d'arrêt de la profession semblaient répondre à des logiques complexes et multiples. Mais dans cette complexité nous avons su décerner des

¹⁶ L'initiative pour les soins infirmiers va trop loin pour le Conseil fédéral, *rts.ch*, infoSport, [en ligne], <https://www.rts.ch/info/suisse/12561032-linitiative-pour-les-soins-infirmiers-va-trop-loin-pour-le-conseil-federal.html>, (consulté le 7 août 2023).

tendances tels que le sentiment de manque de reconnaissance et la propension vers la position critique vis-à-vis de divers objets pouvant être considérés comme sujet à cette critique (les directives organisationnelles, les supérieur.es direct.es, les institutions ou encore le domaine politique).

Il convient aussi de mentionner les limites de ce travail ici. La première qui peut être évoquée porte sur les délimitations que nous avons choisie quant à notre terrain de recherche. S'il était nécessaire de le faire pour assurer la faisabilité de la recherche, il est néanmoins certain que cela empêche l'enquête d'éclairer l'ensemble des éléments de notre sujet de recherche. Par exemple, nous avons cantonné notre recherche à des personnes ayant travaillé totalement ou majoritairement au sein du secteur public. S'il existe probablement un certain nombre de similitudes entre les secteurs privés et publics, il est tout autant probable qu'il existe des différences significatives quant aux conditions de travail, aux ressentis de celles-ci ou encore aux modes organisationnels en vigueur. On peut ajouter aussi ici qu'une autre approche mélangeant les provenances des personnes sans prendre en compte les secteurs privés ou publics auraient pu être précises. Mais elle aurait alors moins pu cerner les thématiques de changement organisationnel propre au secteur public de ces dernières décennies.

Une autre limite concerne la taille de notre échantillon de recherche. Nous avons pu avoir une grande diversité de profils de personnes qui ont composé notre population d'études. Si cela représente un grand intérêt pour permettre d'avoir des éléments différents les uns des autres et produire une vue d'ensemble le plus large possible cela s'accompagne aussi d'un défaut inhérent qui est au niveau de la robustesse des éléments que nous présentons. Il aurait en effet été, par exemple, intéressant de disposer d'une population d'études partageant des similitudes afin de cerner la manière dont les difficultés des conditions de travail les touchaient spécifiquement.

On peut ici penser à l'âge pour illustrer notre propos. Nous avons pu voir qu'au sein de notre population il semblait que la problématique du burn-out touchait spécifiquement les personnes les plus jeunes. Dans le même registre, les discours les plus critiques et les plus désabusés semblaient là aussi être issus de ces mêmes personnes des catégories d'âge les moins élevées. Mais étant donné nos axes de recherche et notre démarche d'enquête, il a été délicat d'investiguer plus en avant sur ce sujet spécifique. Cependant, ce questionnement peut servir d'ouverture à ce travail dans le sens où il serait intéressant de se pencher sérieusement sur les nouveaux et nouvelles infirmier.ères entrant dans la profession. La question serait de savoir si ces conditions de travail impactent de manière similaire cette nouvelle génération de

praticien.ne ou de manière plus forte en se basant sur les changements sociétaux autour de ces thématiques de bien-être au travail.

Ce que nous pouvons espérer pour le futur est que les conditions de travail soient réellement prises en compte politiquement et reconsidérées dans leur gravité. L'un des enseignements de la crise pandémique a été, ou aurait dû être, de constater la fragilité de nos systèmes de santé et encore plus des professionnel.les les composant. Mais vraisemblablement, au lieu de tendre à renforcer et sécuriser la santé comme un bien commun, ce qui semblait advenir à nouveau dans les consciences, la situation semble être redevenue ce qu'elle était auparavant.

Il reste que récemment, les résultats d'une étude menée au sein des HUG concernant la satisfaction de ses employé.es a montré que 56% des sondé.es jugeaient que leurs conditions de travail étaient susceptibles d'affecter leur santé¹⁷. Ces constats amènent les HUG à mettre en place un plan visant à améliorer ces conditions d'ici à 2028. Ce plan vise notamment à mettre en place des dispositifs à même de mieux prendre en compte les souhaits des personnels hospitaliers en matière d'horaire ou encore de revoir les modèles managériaux en vigueur actuellement. Nous pouvons voir par-là que ce sujet est toujours une problématique d'actualité aussi bien au niveau de l'organisation des hôpitaux qu'au niveau politique.

En fin de compte, il convient d'espérer que l'initiative pour les soins infirmiers forts suffira à apporter une première piste de solution vers une refondation de ce qu'est et se doit d'être la santé dans nos sociétés et qui passe avant tout par le fait de prendre soin de nos soignants et soignantes.

¹⁷ Conditions de travail – Comment l'Hôpital entend soigner ses employés, *Tribune de Genève*, [en ligne], <https://www.tdg.ch/comment-lhopital-entend-soigner-ses-employes-694962079952>, (consulté le 19 août 2023)

Bibliographie

- Acker Françoise (1991), La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire., *Sciences Sociales et Santé*, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 9(2), pp. 123-143.
- Acker Françoise (2005), Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital, *Revue française des affaires sociales*, Paris: La Documentation française, (1), pp. 161-181.
- Addor Véronique, Schwendimann René, Gauthier Jacques-Antoine, Wernli Boris, Jäckel Dalit et Paignon Adeline (2016), *L'étude nurses at work: parcours professionnels des infirmières/infirmiers au cours des 40 dernières années en Suisse | OBSAN*, [en ligne], <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2016-letude-nurses-work-parcours-professionnels-des-infirmieresinfirmiers-au-cours-des>, (consulté le 7 août 2023).
- Alter Norbert (2012), *Sociologie du monde du travail*, Humensis.
- Arruzza Cinzia (2016), Functionalist, Determinist, Reductionist: Social Reproduction Feminism and its Critics, *Science & Society*, Guilford Publications Inc., 80(1), pp. 9-30.
- Belorgey Nicolas (2016), *L'hôpital sous pression: Enquête sur le « nouveau management public »*, La Découverte.
- Bernard Laurence, Béveillard-Charrière Quentin, Taha Samy et Holmes Dave (2021), Une revue intégrative de l'identité populaire de l'infirmière durant la pandémie de la COVID-19, *Recherche en soins infirmiers*, 145(2), pp. 91-103.
- Boltanski Luc (2009), *De la critique: précis de sociologie de l'émancipation*, Gallimard.
- Bourrier Mathilde et Kimber Leah (2022), Apprivoiser la distance : un défi paradoxal, une expérience exigeante, un cadre revisité, *Socio-anthropologie*, Publications de la Sorbonne, (45), pp. 9-24.
- Catanas Marc (2008), La question du « sale boulot » à l'hôpital : petite sociologie de la délégation des actes dans les professions du soin.
- Cohen Yolande et Dagenais Michèle (1987), Le métier d'infirmière : savoirs féminins et reconnaissance professionnelle, *Revue d'histoire de l'Amérique française*, Institut d'histoire de l'Amérique française, 41(2), pp. 155-177.
- Cohen Yolande et Vaillancourt Éric (1997), L'identité professionnelle des infirmières canadiennes-françaises à travers leurs revues (1924-1956), *Revue d'histoire de l'Amérique française*, Institut d'histoire de l'Amérique française, 50(4), pp. 537-570.
- Côté Nancy (2013), Pour une compréhension dynamique du rapport au travail : la valeur heuristique de la perspective des parcours de vie, *Sociologie et sociétés*, 45(1), pp. 179-201.
- Dejours Christophe (2007), 3. Psychanalyse et psychodynamique du travail : ambiguïtés de la reconnaissance, In: , *La quête de reconnaissance*, TAP / Bibliothèque du MAUSS, Paris: La Découverte, pp. 58-70, [en ligne], <https://www.cairn.info/la-quete-de-reconnaissance--9782707153326-p-58.htm>, (consulté le 3 août 2023).

- Dowling Maura (2006), The sociology of intimacy in the nurse-patient relationship, *Nursing Standard*, 20(23), pp. 48-54.
- Droux, J. (2000). L'attraction céleste: la construction de la profession d'infirmière en Suisse romande: XIXe-XXe siècles. Université Département d'histoire générale.
- Estryn-Béhar Madeleine, Van Der Heijden Béatrice IJM, Fry Clémentine et Hasselhorn Hans-Martin (2010), Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants, *Recherche en soins infirmiers*, Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers, 103(4), pp. 29-45.
- Frybes Marcin et Visier Laurent (1993), La reconnaissance du rôle propre de l'infirmière. Conflit ou malentendu autour de la notion de qualification dans le domaine de la santé en France ?, *Les Cahiers du Genre*, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 7(1), pp. 85-95.
- Gernet Isabelle et Dejours Christophe (2009), Évaluation du travail et reconnaissance, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 8(2), pp. 27-36.
- Harduin Muriel (2009), *La construction de l'identité professionnelle chez des étudiants en soins*. Maîtrise : Université de Genève.
- Honneth Axel (2000), La Lutte Pour la Reconnaissance, [en ligne], <https://philpapers.org/rec/HONLLP-2>, (consulté le 6 août 2023).
- Honneth Axel (2004), La théorie de la reconnaissance: une esquisse, *Revue du MAUSS*, Paris: La Découverte, 23(1), pp. 133-136.
- Imbert Geneviève (2010), L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, *Recherche en soins infirmiers*, Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers, 102(3), pp. 23-34.
- Kergoat Danièle, Imbert Françoise, Le Doaré Hélène et Senotier Danièle (1992), Les infirmières et leur coordination, 1988-1989, sous la dir. de Danièle Kergoat avec la coll. de Françoise Imbert, Hélène Le Doaré et Danièle Senotier. Paris, Ed. Lamarre, 1992, *Les Cahiers du Genre*, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 6(1), pp. 93-93.
- Kergoat Danièle (2010), Le rapport social de sexe de la reproduction des rapports sociaux à leur subversion, In: , *Les rapports sociaux de sexe*, Actuel Marx Confrontations, Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, pp. 60-75, [en ligne], <https://www.cairn.info/les-rapports-sociaux-de-sexe--9782130584742-p-60.htm>, (consulté le 6 août 2023).
- Linhart Danièle (2015), 1. Voyage au pays des anthropreneurs, In: , *La comédie humaine du travail*, Sociologie clinique, Toulouse: Érés, pp. 15-60, [en ligne], <https://www.cairn.info/la-comedie-humaine-du-travail--9782749246321-p-15.htm>, (consulté le 3 août 2023).
- Lobsiger Michael, Kägi Wolfram et Burla Laila (2016), *Les professionnels de la santé: sorties de leur profession*, [en ligne], <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2016-les-professionnels-de-la-sante-sorties-de-leur-profession>, (consulté le 23 juillet 2023).

- Lobsiger Michael et Liechti David (2021), *Personnel de santé en Suisse: sorties de la profession et effectif*, [en ligne], <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2021-personnel-de-sante-en-suisse-sorties-de-la-profession-et-effectif>, (consulté 123 juillet 2023).
- Longchamp Philippe, Toffel Kevin, Bühlmann Felix et Tawfik Amal (2016), De la sociologie de l'innovation à l'imagination sociologique. La théorie des champs à l'épreuve de la profession infirmière, *Cahiers de recherche sociologique*, (59-60), pp. 135-156.
- Longchamp Philippe, Toffel Kevin, Bühlmann Felix et Tawfik Amal (2018), L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande, *Revue française de sociologie*, Paris: Presses de Sciences Po, 59(2), pp. 219-258.
- Loriol Marc (2001), La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière.
- Loriol Marc (2011), Sens et reconnaissance dans le travail - HAL-SHS - Sciences de l'Homme et de la Société, [en ligne], <https://shs.hal.science/halshs-00650279/>, (consulté le 3 août 2023).
- Merçay Clémence, Grünig Annette et Dolder Peter (2021), *Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021 | OBSAN*, [en ligne], <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2021-personnel-de-sante-en-suisse-rapport-national-2021>, (consulté le 7 août 2023), mimeo.
- OFS (2022), Personnel soignant dans le système de santé, par niveau de formation selon les concepts et définitions Eurostat-OCDE-OMS - 2007-2021 | Tableau, *Office fédéral de la statistique*, [en ligne], <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/23688012>, (consulté le 19 août 2023).
- OFSP (2023), Initiative sur les soins infirmiers : mise en œuvre (art. 117b Cst.), [en ligne], <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative.html>, (consulté le 5 juin 2023).
- Paillé Pierre et Mucchielli Alex (2012), Chapitre 11 - L'analyse thématique, In : , *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Collection U, Paris: Armand Colin, pp. 231-314, [en ligne], <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-p-231.htm>, (consulté le 6 août 2023).
- Resenterra Fabien, Siggen Michaël et Giaouque David (2013), Les cadres intermédiaires entre contraintes managériales et défense des identités professionnelles : l'exemple des hôpitaux de Suisse romande, *Humanisme et Entreprise*, Neuilly-sur-Seine: A.A.E.L.S.H.U.P, 315(5), pp. 1-24.
- Toffel Kevin et Longchamp Philippe (2017), Importer, transformer, diffuser les savoirs infirmiers., *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, Association Amades, (14), [en ligne], <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/2536>, (consulté le 3 août 2023).
- Toffel Kevin et Tawfik Amal (2019), Le New Public Management et la redéfinition de l'activité infirmière. De la fabrique des nouvelles élites professionnelles, *Revue française d'administration publique*, Strasbourg: Institut national du service public, 172(4), pp. 1077-1091.

Véga Anne (1997), Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles, *Sciences Sociales et Santé*, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 15(3), pp. 103-132.

Vogel Lise (2000), Domestic Labor Revisited, *Science & Society*, Guilford Press, 64(2), pp. 151-170.

Voirol Olivier (2022), Honneth (Axel), Phrase ou petit paragraphe conclusif des différentes conséquences des conditions de travail?, [en ligne], <https://publictionnaire.humanum.fr/notice/honneth-axel/>, (consulté le 5 août 2023).

Annexes

Guide d'entretien

Thématique	Question principale	Questions de relance
Demande de présentation	<p>Tout d'abord, est-ce que l'on pourrait vous demander de vous présenter brièvement ?</p> <p>Dans un second temps demandez les autres "données" qui nous intéressent par rapport au passif de la personne.</p>	<p>On cherche ici les données socio-démographique de base</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sexe ● Âge ● Niveau d'étude, formations suivies (Année et lieu d'obtention aussi du (des) diplômes ● Profession (la trajectoire professionnelle et situation actuelle
Présentation plus personnelle	Demander la situation familiale (parents et enfants, travail dans le domaine de la santé ou non ?)	<p>-Profession des parents ? Enfants ? En études ou travail ?</p> <p>-Situation matrimoniale</p> <p>-Profession du, de la, conjoint.e ?</p>

Travail quotidien	Pouvez-vous nous décrire votre dernière journée de travail (ou bien votre journée-type de travail) ?	<p>-Nbr de patients à charge</p> <p>-Profil médical des patients</p> <p>-Relation avec les patients ?</p> <p>-Avez-vous eu l'impression d'avoir pu faire tout ce que vous souhaitiez faire ?</p> <p>-Avez-vous mis en œuvre une pratique qui vous est propre ?</p> <p>-Quels sont les professionnel.l.e.s avec qui vous travaillez ?</p> <p>-Êtes-vous satisfaits avec eux ?</p> <p>-Lieu de travail, nbr de lits, nbr de patients moyens sous responsabilité, taux d'activité et types de contrats ?</p>
Rapport au travail	Qu'est-ce qui vous a poussé à choisir le domaine de la santé ?	<p>Comment avez-vous ou vivez-vous votre profession, votre rapport à votre travail ?</p> <hr/> <p>Quel est votre perception actuelle de votre profession ?</p> <p>Identification avec la profession</p> <hr/> <p>Quel est votre rythme de vie ? (flexibilité des horaires, charge de travail)</p> <hr/> <p>Avez-vous ressenti une baisse de votre motivation au travail ? Pour quelles raisons ? (poser aussi la question de l'envisagement de l'évolution au sein de l'institution)</p>

		Y-a-t-il eu des événements marquants? (p.ex. la pandémie, comment elle a impacté l'exercice) ou encore les sujets de violence
Rapport au travail	Poser la question de la reconnaissance, de l'autonomie	Quel était votre impression/appréciation concernant votre travail, vos tâches ?
		Avez-vous eu des problèmes de pénibilité au travail ? De sentiment de manque de reconnaissance ? D'autonomie ?
		Comment décririez-vous maintenant votre relation à votre profession ?
Relations sociales	Comment se passe vos relations avec : - Vos collègues : poser la question avec les pairs et avec la hiérarchie (p.ex. cadre) - Vos supérieur.e.s - Vos Ami.e.s - Votre famille	(Pouvez-vous m'en dire plus ?)
		Avez-vous des membres proches qui ont été impactés par vos problèmes au sein de votre travail ?
		Y a-t-il des personnes qui vous ont particulièrement marqué.e ?
Reconversion envisagée ou arrêt envisagé ou fait	Pourquoi avez-vous décidé d'arrêter de travail dans en tant qu'infirmière Pouvez vous me décrire votre nouvelle profession	(Pouvez-vous m'en dire plus ?)

Impact de la pandémie	Est-ce que vous avez été impacté dans votre situation professionnelle par la crise pandémique ?	
Perspectives d'avenir	Dans un futur proche, disons 5 ans, où vous voyez ou bien vous vous imaginez être ?	
Relance finale	Avez-vous des questions, des Remarques ou quelque chose que vous souhaiteriez aborder ?	

Document d'information

Note d'information destinée aux participant.e.s à l'étude

Enquête sur les motifs d'abandon de l'activité professionnelle des infirmières et des infirmiers

Chère Madame, cher Monsieur,

Nous souhaitons nous entretenir avec vous dans le cadre d'une étude portant sur les conditions de travail du personnel infirmier au sein du secteur public.

Nous nous adressons à vous en votre qualité de professionnel.le de la santé concerné.e par cette question car nous souhaitons connaître votre opinion et vos ressentis sur vos conditions d'exercice de votre profession.

Ce document d'information a pour but de vous donner tous les renseignements nécessaires sur cette étude afin que vous puissiez décider d'y participer ou non, en toute liberté et en toute connaissance de cause.

La pandémie du COVID-19 a entraîné une situation d'urgence mondiale. Pour y faire face des mesures extraordinaires ont été prises afin de protéger les populations et les systèmes de soins, dans le but de contrôler l'épidémie et ses conséquences. Mais cette pandémie a aussi contribué à mettre en lumière dans l'espace public les différentes conditions et problèmes que peuvent rencontrer les professionnels de la santé, particulièrement le corps infirmier, dans

l'exercice de leurs professions. Qui plus est, il apparaît probable que la pandémie a aussi fragilisé encore plus le ressenti du personnel infirmier quant à leurs professions.

Nous souhaitons aussi questionner diverses problématiques qui apparaissent récurrentes pour les infirmières. Que ce soit la question du manque de reconnaissance ressenties, de la conflictualité entre les acteur.rice.s de terrain et les cadres managériaux ou encore l'éventuel manque d'autonomie des infirmières et infirmiers dans l'exercice de leurs métiers ; ce sont tout autant de thématiques qui seraient à investiguer dans le cadre de cette étude.

Nous souhaitons mener des entretiens individuels avec des membres du corps professionnel infirmier afin de mieux comprendre les conditions ressenties et les diverses problématiques pouvant être rencontré au sein du travail et dans les organisations des services publics. Nous souhaitons réaliser 10 ou 15 entretiens semi-directifs avec différent.e.s acteur.trice.s engagé.e.s dans ce domaine professionnel afin de disposer d'un éventail de vécus différents ceci pour permettre de mieux mettre en évidence les diverses expériences ainsi que les problématiques pouvant exister.

Les entretiens dureront entre 30 et 60 minutes et pourraient se dérouler en français ou en anglais, en présentiel ou à distance par vidéo conférence. Avant l'entretien nous vous demanderons de nous renvoyer par courrier ou email (scan) un document de consentement signé que nous vous aurons fait parvenir au préalable.

Le recrutement des participant.e.s repose sur une base volontaire, et à tout moment, vous avez la possibilité de revenir sur votre accord et/ou de quitter l'entretien sans en donner de raison.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré (audio) puis transcrit et analysé par l'auteur de l'étude. Les enregistrements et leur retranscription seront traités de manière anonyme et uniquement dans le cadre de cette recherche. Les éventuelles citations des entretiens seront anonymisées.

Les enregistrements seront détruits une fois l'étude terminée ; toutes les données de l'étude seront détruites au plus tard un an après la fin de cette étude.

Les résultats de cette enquête seront publiés et une séance de restitution orale pourra être organisée. Ils vous seront communiqués sur simple demande.

Nous vous remercions d'avance vivement du temps que vous aurez la gentillesse de nous consacrer, et restons à votre disposition pour toute précision complémentaire.

Codage de l'analyse des données

Première itération :

Arrivée dans la profession

Charge de travail

Évolution de la charge de travail

Reconnaissance (problème)

Perception de la profession (positive)

Perception de la profession (négative)

Conciliation vie privée- vie professionnelle

Rythme de vie

Motivation

Impact de la pandémie

Raisons de l'arrêt professionnel / Raisons de l'envie de l'arrêt professionnel

Seconde itération :

Dimension relationnel-communication avec hiérarchie

Critique de l'organisation du travail

Conflit entre valeurs personnels et perception

Relations avec les pairs

Changement avec le temps (années de profession) de la perception

Perte du domaine relationnel/humain

Reconnaissance (positif)

Changement émotionnel ou d'attitude