

PALLIER LE MANQUE DE RESSOURCES DANS UNE ORGANISATION LIQUIDE : LE CAS DU SERVICE DE NEUROLOGIE D'UN HÔPITAL PUBLIC

[Maryline Rossano, Emmanuel Abord de Chatillon](#)

Association de Gestion des Ressources Humaines | « @GRH »

2021/1 N° 38 | pages 105 à 133

ISSN 2034-9130

ISBN 9782957609949

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-agrh1-2021-1-page-105.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Association de Gestion des Ressources Humaines.

© Association de Gestion des Ressources Humaines. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

PALLIER LE MANQUE DE RESSOURCES DANS UNE ORGANISATION LIQUIDE : LE CAS DU SERVICE DE NEUROLOGIE D'UN HÔPITAL PUBLIC

Maryline Rossano

Maître de conférences en Sciences de Gestion
CERGAM (EA 4225)
Université de Toulon - IUT (site de Draguignan)
maryline.rossano@univ-tln.fr

Emmanuel Abord de Chatillon

Chaire Management et Santé au Travail
CERAG Université Grenoble Alpes
525 avenue Centrale, 38400 Saint Martin d'Hères
emmanuel.abord-de-chatillon@univ-grenoble-alpes.fr

Résumé

L'hôpital va mal, comme en témoignent la recherche sur le sujet et les médias. Les personnels soignants dont les indicateurs de santé au travail se dégradent (Abord de Chatillon et al., 2017) parviennent malgré tout à trouver des solutions et « *sortir la production* » (de Terssac, 1992). Il paraît donc important de saisir comment, malgré les contraintes qu'ils subissent, les personnels soignants réussissent à mobiliser des ressources suffisantes pour construire un travail de qualité.

Pour comprendre comment les acteurs mobilisent ces ressources, 90 heures d'observation auprès des personnels (aides-soignants, infirmières, cadre de santé) d'un service de neurologie ont été réalisées ainsi que dix entretiens semi-directifs.

L'enjeu de cette proposition est donc de mettre en lumière comment les individus dans un univers *liquide* prennent en main leur santé au travail en transformant des éléments de leur quotidien en ressources. La théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989, 1998) est mobilisée comme cadre théorique.

Les résultats confirment d'une part le caractère liquide de l'organisation hospitalière et d'autre part mettent en lumière la capacité de résilience des individus lorsqu'ils construisent des ressources dans un environnement contraint prenant ainsi en main leur santé au travail.

Mots clés

théorie de la conservation des ressources, liquidité organisationnelle, hôpital, santé au travail

Abstract

The hospital is doing badly, as evidenced by research and the media. Healthcare workers whose occupational health indicators are deteriorating (Abord de Chatillon et al., 2017) nevertheless manage to find solutions and "get out the production" (de Terssac, 1992). It therefore seems important to understand how, in spite of the constraints they face, health care workers manage to mobilize sufficient resources to build quality work.

In order to understand how they mobilize these resources, 90 hours of observation with the staff (nursing assistants, nurses, health executive) of a neurology department were carried out as well as ten semi-directive interviews.

The purpose of this proposal is therefore to highlight how individuals in a liquid environment take charge of their health at work by transforming elements of their daily lives into resources. The theory of resource conservation (Hobfoll, 1989, 1998) is mobilized as a theoretical framework.

The results confirm, on the one hand, the liquid nature of the hospital organization and, on the other hand, highlight the resilience capacity of individuals when they build resources in a constrained environment, thus taking charge of their health at work.

Keywords

conservation of resources theory, organizational liquidity, hospital, occupational health

L'hôpital va mal. Ce constat n'est pas le fruit d'une pandémie soudaine qui a surpris un système pérenne, mais bien plus l'aboutissement d'un long processus entamé dans les années 90. Une succession de lois et réformes (loi hospitalière 1991,

réforme 2003, ordonnance 2005, plans hôpitaux 2007 et 2012...) ont ainsi confirmé une démarche plus globale de Nouveau Management Public de rationaliser les services publics dont le système hospitalier. Mais « passer d'une logique de moyens à une logique de résultats¹ » ne va pas de soi. Les indicateurs d'intensification du travail sont en hausse (Abord de Chatillon et al., 2017) et la santé au travail des personnels hospitaliers est alarmante.

Cependant, il existe des services qui fonctionnent et des personnes qui sont soignées. Manifestement, au-delà des contraintes importantes qui les affectent, les personnels parviennent à trouver des solutions qui permettent de « *sortir la production* » (de Terssac, 1992). Il paraît donc important de comprendre comment les personnels soignants, malgré les contraintes qu'ils subissent, réussissent à mobiliser les ressources suffisantes pour construire un travail de qualité.

Pour comprendre comment les acteurs mobilisent ces ressources, nous avons fait le choix de l'observation afin d'accéder à ce qui se joue derrière les discours (Arborio et Fournier, 2015) et suivi jour après jour aussi bien le travail des aides-soignantes que des infirmières ou de la cadre de santé. Il s'agissait pour nous de tenter d'accéder non pas à l'analyse des acteurs, de leurs pratiques et des liens construits socialement avec leur santé mais d'analyser ce qui ne se donne pas d'emblée à voir, ces ressorts invisibles qui font qu'ils viennent, que le travail est fait, *bien* fait et qu'ils y trouvent un sens.

Le propos de cette contribution est donc de comprendre comment les individus prennent en main leur santé au travail en s'adaptant aux contraintes d'une organisation sous tension et en construisant les ressources dont ils ont besoin pour assurer le service dans un contexte de conditions de travail dégradées.

La notion de ressources est mobilisée dans différentes disciplines de gestion. Elle sert parfois un modèle théorique de manière explicite comme c'est le cas de l'approche *Resource Based View*. Développée au début des années 80 par Wernerfelt (1984) puis reprise et approfondie par Barney (1991), l'approche par les ressources consiste à aborder la stratégie d'entreprise à partir des ressources dont elle dispose en interne plutôt qu'au regard de son environnement externe (secteur d'activité et place au sein du dit secteur). Une définition semble aujourd'hui faire consensus, les ressources faisant « *référence à des actifs tangibles et intangibles que l'entreprise doit combiner pour construire un avantage concurrentiel* » (Brulhart et Gherra, 2015). Elles recouvrent les ressources financières, humaines, physiques, organisationnelles,

[1] <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/gestion-par-performance-administration.html>

technologiques et réputationnelles. On constate ici que les ressources sont envisagées comme des attributs sur lesquels l'entreprise a la capacité d'agir.

Dans une perspective de santé au travail, deux approches par les ressources sont majoritairement mobilisées : le modèle exigences-ressources développé par Demerouti et al. (2001) et la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll (1989). Nous verrons que les définitions des ressources de ces deux modèles se rejoignent et leur modélisation les distingue. Mais ce qui importe n'est pas la nature, le type ou une ressource plutôt qu'une autre, mais la capacité des individus à s'emparer d'éléments au fil de l'eau pour qu'ils fassent ressources. La difficulté principale est alors leur pérennité.

Le projet de cette contribution est donc d'explorer les ressources que parviennent à mobiliser les acteurs dans un contexte pourtant dégradé qui est celui de l'hôpital. Après un examen de la littérature en usage, nous expliquerons comment le dispositif méthodologique a permis de faire émerger le cadre analytique de la « société liquide » (Bauman, 2013). Pour Bauman (2013) une organisation peut être qualifiée de liquide lorsque l'idée même de continuité disparaît au profit de la mobilité et que l'activité se perd au profit d'enchaînement non maîtrisés. Notre contribution exposera ainsi comment les caractéristiques d'une organisation liquide peuvent être décrites avant de proposer une compréhension de la mobilisation des ressources dans un tel contexte.

Après un examen du cadre théorique (1) nous exposerons d'une part le dispositif méthodologique déployé (2), puis présenterons les résultats (3) permettant de mettre en lumière les modalités de construction et de mobilisation des ressources.

1. QUELLES RESSOURCES POUR AFFRONTER LA PÉNIBILITÉ ?

En matière de santé au travail, deux modèles principaux mobilisent d'une manière centrale la notion de ressources : le modèle exigences-ressources et la théorie de la conservation des ressources.

› 1.1. Le modèle Exigences-Ressources

L'activité de travail selon le modèle exigences-ressources (*job demands-resources*) comporte deux dimensions : des facteurs de risques (exigences - *job-demands*) et des ressources. Les exigences se réfèrent aux aspects physiques, psychologiques, sociaux ou organisationnels du travail qui nécessitent un effort physique ou mental significatif pouvant avoir un certain coût physiologique et psychologique (Demerouti et al, 2001). Il peut s'agir de caractéristiques propres au métier exercé (échanges

avec un public en difficulté, contact avec la souffrance et la mort...) ou de conditions de travail difficiles (charge de travail, physique ou émotionnelle élevée, horaires décalés, environnement de travail difficile...). Les exigences ne sont pas négatives en elles-mêmes mais peuvent le devenir. Dans la même lignée que le modèle de Karasek et Theorell (1990), ce modèle part du postulat que des exigences élevées peuvent entraîner de la tension au travail et en conséquence des atteintes à la santé, notamment lorsque l'individu ne possède plus suffisamment de ressources pour compenser ces demandes.

Les ressources se réfèrent aux aspects physiques, psychologiques, sociaux, ou organisationnels du travail. Elles sont internes (personnalité, expérience, schémas cognitifs...) ou externes (soutien des collègues ou supérieurs hiérarchiques, sécurité de l'emploi, autonomie, reconnaissance, soutien au développement des compétences...). Elles permettent de « (a) soutenir les objectifs professionnels ; (b) réduire les exigences du travail et les coûts physiologique et psychologique qui peuvent leur être associés ; (c) stimuler le développement personnel et l'apprentissage » (Demerouti et al., 2001, p. 501).

Schaufeli et Bakker (2004) proposent une version révisée du modèle dans lequel deux processus se manifestent ; l'un d'épuisement et l'autre motivationnel. L'accumulation d'exigences trop élevées conduirait en effet l'individu à ressentir de la fatigue qui pourrait l'amener jusqu'à l'épuisement tandis que l'abondance de ressources (de qualité et quantité suffisantes pour répondre aux exigences du travail) jouerait un rôle de levier motivationnel soutenant l'implication et l'engagement des individus dans l'organisation. Aussi les ressources jouent-elles un rôle de soutien de la santé au travail. Le manque de ressources en revanche n'est pas directement associé à des atteintes à la santé mais pourrait générer une forme de retrait pouvant aller jusqu'au désengagement s'il est accompagné par des exigences élevées. Ce dernier dans le cas où il serait couplé à l'épuisement conduirait, selon le modèle Exigences-Ressources, l'individu au burnout.

Ce modèle s'inscrit dans la filiation de la théorie de la Conservation des Ressources (COR) développée par Hobfoll. À la fois une théorie de la compréhension de l'épuisement mais aussi de la motivation, elle aborde alors la santé au travail à travers la relation des individus aux ressources qu'ils possèdent.

› 1.2. La théorie de la conservation des ressources

Le stress est défini comme une réaction à « la menace d'une perte de ressources, une perte effective de ressources, ou une absence de gain suivant un investissement de ressources » (Hobfoll, 1989, p. 516). C'est le sentiment de perte ou de menace de perte de ces ressources qui donne naissance au stress. Les individus se trouvent

donc en difficulté lorsqu'ils perdent des ressources, qu'ils se sentent menacés d'en perdre ou qu'ils échouent à en gagner suffisamment suite à un investissement significatif (Hobfoll, 1989, 1998).

Les ressources sont définies par Hobfoll comme « *ces objets, caractéristiques personnelles, conditions ou énergies qui sont valorisés par les individus et servent à obtenir d'autres objets, caractéristiques personnelles, conditions ou énergies* » (Hobfoll, 1989, p. 516). En 2001, Hobfoll propose une typologie reprise par Neveu (2012). Se distinguent les ressources tangibles (moyens matériels, voiture de fonction...), personnelles (compétences, autonomie, pouvoir d'agir, estime de soi...), interpersonnelles (soutien social, confiance mutuelle, valeurs partagées...) et énergétiques (salaire, temps, développement des compétences...). Chaque individu possède un « réservoir » de ressources qu'il tenterait au mieux de préserver. Hobfoll (1989, 1998) met en avant le fait que les individus tendent spontanément vers des situations à même de leur procurer du plaisir ou du succès mais que leur capacité à « investir » leurs ressources dépend de ce fameux « réservoir », de la quantité et de la qualité des ressources qui le composent.

En 2014, Halbesleben et al. dans la perspective de la théorie COR, se proposent de définir les ressources comme « *toute chose perçue par un individu qui l'aiderait à atteindre son but* » (p. 1338). Ils avancent également que la quantité importe moins que la qualité ou la capacité des individus à investir leurs ressources en optimisant l'adéquation avec l'environnement. « *La valeur des ressources peut [alors] varier significativement dépendamment du contexte* » (Halbesleben et al., 2014, p. 1339) dans lequel se trouve l'individu.

Le caractère processuel du stress est expliqué par Hobfoll à travers le concept de spirale de gains ou de pertes. Celui-ci repose sur le fait qu'une première perte de ressources sera suivie par d'autres pertes suivant une spirale exponentielle tout comme un premier gain sera suivi par d'autres suivant le même processus. Notons ici que les spirales de pertes ont un impact bien plus significatif sur les individus que les spirales de gains. En effet, les individus naturellement plus affectés par les informations négatives, les échecs et les menaces qui les affectent que par les informations positives, les succès ou les gains de ressources donnent plus d'importance aux spirales de pertes qu'à celles de gains. Cet effet est renforcé par la vulnérabilité dont vont pâtir les individus ayant peu de ressources ou des ressources peu qualitatives. Hobfoll (1989, 1998) explique en conséquence que ces individus déjà en difficulté tendront à adopter une posture défensive voire de déni pour tenter de se préserver ainsi que leurs ressources. Il explique pour autant que ce choix, même s'il semble être le plus stratégique, n'est pas forcément le plus efficace puisqu'un individu risque alors de confirmer le caractère négatif du cycle de pertes déjà amorcé. Cette

théorie permet d'aborder le stress comme un processus dans lequel l'individu peut être en capacité d'agir pour préserver sa santé. Il développe également en 2011 la notion de « *caravan passageways* ». Ces « caravanes de ressources » représentent les conditions environnementales à même de « favoriser, enrichir et protéger les ressources des individus » (Hobfoll, 2011, p. 118). Cette notion « repose sur l'idée que les ressources "voyagent" ensemble, peuvent se partager et dans le meilleur des cas, induire une spirale de gain » (Rossano, 2018). Hobfoll inscrit ainsi la théorie COR dans une dimension organisationnelle. L'enjeu pour toute organisation serait alors de favoriser le développement d'un environnement sain afin de soutenir la préservation des réservoirs de ressources et en conséquence la santé au travail des individus.

Les définitions des ressources de ces deux modèles se rejoignent. Se référant à des caractéristiques individuelles, interindividuelles ou environnementales, les ressources sont internes (propres à l'individu) ou externes (organisationnelles et sociales) (Haberey-Knuessi, 2011). La différenciation se joue sur leur modélisation. Dans la théorie COR, c'est la relation aux ressources qui influe positivement ou négativement sur la santé au travail des individus tandis que ce sera l'adéquation ou inadéquation entre les exigences et les ressources pour le modèle Exigences-Ressources. Nous nous attacherons ici plus particulièrement à la capacité des individus à agir sur leur santé, aussi, bien que les définitions des ressources de ces deux modèles se complètent, la théorie COR semble se révéler un cadre d'analyse particulièrement approprié pour soutenir notre propos.

2. MÉTHODE : OBSERVATIONS ET ENTRETIENS

Le dispositif méthodologique (cf. tableau ci-dessous) de cette recherche s'inscrit dans une logique constructiviste. À partir de la question de recherche qui était d'identifier les modalités de la construction et de la mobilisation des ressources qui permettent aux personnels soignants d'affronter les conditions de travail dégradées de l'hôpital, un premier temps d'observation (2.2.) dans un service sans difficultés particulières (2.1.) a été réalisé pour tenter de repérer ces ressources. Ceci a mis en lumière les difficultés considérables rencontrées par ces personnels dans leurs pratiques quotidiennes, difficultés principalement causées par le caractère insaisissable des éléments dont ils pourraient s'emparer pour mener à bien leur activité. A émergé alors la nécessité de mobiliser un cadre théorique incorporant la liquéfaction de cette organisation (2.3.). C'est à travers cette perspective que les premières hypothèses ont été confrontées une nouvelle fois au terrain par le biais de l'observation.

Tableau 1 : Dispositif méthodologique

Étape	Objectif	Moyens
Examen de la littérature	Comprendre la notion de ressource et ses dynamiques	Revue de littérature puis construction d'une première grille d'observation
Repérage des ressources	Identifier les ressources mobilisées par les acteurs	Observation non participante (60 h)
Structuration des données collectées	Donner du sens à ce qui a été perçu	Réalisation de synthèses Analyse de ces synthèses
Retour sur la littérature	Comprendre le phénomène particulier observé	Revue de littérature puis construction d'une seconde grille d'observation ²
Repérage des ressources et de leurs conditions de mobilisation	Identifier les ressources mobilisées par les acteurs et les éléments de contexte associés	Observation non participante (30 h)
Mise en perspectives des situations de travail	Comprendre le pourquoi de certaines situations de travail et de mobilisation des ressources	Entretiens semi-directifs ³ (10)
Structuration des données collectées	Donner du sens à ce qui a été perçu	Réalisation de synthèses Analyse de ces synthèses

› 2.1. Un service sans difficultés particulières

Le propos initial de la recherche se trouvait dans l'identification des modalités de construction et mobilisation des ressources que des individus et des équipes étaient en capacité de mobiliser face aux conditions de travail réputées difficiles de l'univers hospitalier.

Le choix a donc été fait de solliciter un grand hôpital régional pour conduire des observations. Notre demande à la direction a été de nous diriger vers un service connu pour ne pas affronter de difficultés particulières (d'effectifs, d'absentéisme,

[2] La grille d'observation initiale identifiait les principaux types de ressources identifiés par Hobfoll (2001) et Neveu (2012), à cela s'ajoutaient des éléments sur leurs disponibilités. La seconde grille au-delà de ces éléments, ajoutait une caractérisation spécifique du micro environnement associé à la tâche.

[3] Une grille a été élaborée pour mener les entretiens semi-directifs (avec une question globale pour amorcer les échanges et des questions de relance) dans le but d'aborder les thèmes suivants : l'organisation du travail, les relations entre collègues (cadre, médecins, infirmiers, aides-soignants), le rôle de la cadre. Une question ouverte était posée pour conclure l'entretien sur des éléments que la personne souhaiterait partager avec le chercheur qui n'auraient pas été abordés précédemment.

de conflits...) et plutôt réputé pour fonctionner d'une manière harmonieuse. Après réflexions et débats en réunion, le directeur des soins et les cadres supérieurs nous ont dirigé vers le service de neurologie.

Le service concerné compte 22 agents (sept Aides-Soignants [AS], dix Infirmières Diplômées d'État [IDE], la cadre de santé, quatre médecins dont deux assistantes et deux neurologues). Il a une capacité d'accueil de 20 patients. La journée, il y a deux temps de travail distincts (matin et soir) dont les horaires se chevauchent pour les transmissions (pendant 15 min pour les infirmières et 45 minutes ou une heure pour les aides-soignants selon le secteur). Il y a deux binômes (AS/IDE) les matins et soirs répartis sur les deux secteurs, deux médecins par secteur (les deux assistantes d'un côté et les deux neurologues de l'autre) et une IDE seule la nuit qui est accompagnée par une AS à mi-temps sur deux services la nuit. Les deux neurologues se « partagent » la fonction de chef de service, l'un en a le titre et l'autre la charge effective. L'équipe d'infirmières a entièrement changé en deux ans. Elles sont toutes très jeunes avec assez peu d'expérience professionnelle précédant leur arrivée au sein du service. La plus ancienne est en neurologie depuis 2 ans ½. Le service a connu une période sans cadre de quelques mois qui a été difficile. La cadre de santé qui est présente aujourd'hui est faisant-fonction. Elle est dans le service depuis dix mois et va repartir d'ici quatre mois.

Le rythme de travail est intense et soutenu, de jour comme de nuit. La spécialité de neurologie nécessite une bonne articulation et coordination entre les équipes médicale et paramédicale. En effet au-delà du diagnostic posé par le médecin, le suivi et la prise en charge des pathologies liées au système nerveux exigent une « *vision globale* » du patient. Vision que peuvent apporter les infirmières et aides-soignants qui passent plus de temps avec les patients et sont présents dans l'accompagnement des gestes quotidiens (toilettes, repas, capacité à s'exprimer...) qui représentent autant d'informations nécessaires au suivi des pathologies.

› 2.2. Une collecte en deux temps

La collecte des données s'est déroulée en deux phases. Après soixante heures d'observations, une première analyse a été réalisée. Elle a conduit à envisager un nouveau cadre d'analyse qui a ensuite été soumis à une seconde phase d'observation de trente heures accompagnée de dix entretiens semi-directifs qui avaient pour but de soutenir notre compréhension des phénomènes observés et des éléments de contexte associés.

Observer c'est avant tout voir et écouter (Journé, 2012 ; Arborio et Fournier, 2015 ; Arborio, 2007) mais pas seulement, c'est aussi « *une activité située* » (Journé, 2012, p. 169). Le choix de l'observation laisse à penser qu'au-delà des discours, certaines

pratiques fortement contextualisées sont accessibles uniquement *in situ*. Nous avons ainsi porté notre « *analyse [sur] le contenu du réel du travail en marge des règles qui l'encadrent* » (Arborio et Fournier, 2015, p. 19). L'enjeu était alors de nous focaliser sur les pratiques mises en œuvres par les acteurs (Garfinkel, 2020) et « *sur les activités interactionnelles qui constituent les faits sociaux* » (Coulon, 2014, p. 87) afin de mettre au jour les processus qui sous-tendent le maintien de leur santé au travail par les personnels dans un environnement de travail contraint.

N'ayant pas endossé d'autre rôle professionnel que celui de chercheur, nous aurions pu qualifier les observations de non participantes. Mais il nous est arrivé de participer à la vie du service par la réalisation de « petites » tâches de soutien aux personnels dans leur activité quotidienne. Ces quelques moments de participation au-delà de servir à nous « *faire accepter comme observateur* » évitait également qu'un refus ou une absence de réaction de notre part, sous couvert de neutralité soit perçue comme un manque de considération, « *une marque de distance voire de mépris* » (Arborio, 2007, p. 30). Il est ainsi plus juste de qualifier notre posture d'observateur-participant.

La première phase d'observation a été construite autour d'une grille d'observation prenant en compte les dimensions retenues dans la littérature. Nous avons ainsi porté notre attention sur les ressources mobilisées par les acteurs, les conditions d'exercice du travail, ses prescriptions et les interactions sociales (patients, collègues, supérieur hiérarchique, médecin). Nous avons tenu ce qu'Arborio et Fournier (2015) appellent « *un journal de terrain* » et pris en note le plus d'informations possibles (actions, échanges verbaux, détails de l'environnement, posture de l'observé) afin d'essayer de décrire de façon la plus exhaustive possible les situations observées. Ces notes de terrain constituent pour la suite « *le cœur du corpus de données sur lequel le chercheur analysera son objet de recherche* » (Journé, 2012, p. 198).

Étant désigné comme chercheur dès notre arrivée au sein du service, nous n'avons pas eu de difficultés à réaliser cette étape. Nous étions présents « *à découvert* » pour les personnels bien qu'« *incognito* » pour les patients (Arborio, 2001) et les personnels extérieurs au service. La blouse blanche nous conférait pour les non-informés le statut de personnel soignant ce qui justifiait notre présence dans toutes les situations professionnelles. Pour autant, il est vrai que la prise de note s'est révélée plus difficile dans certaines circonstances, notamment quand une personne du service venait parfois se confier à nous à propos d'un fait, d'une anecdote ou d'un ressenti. Moments furtifs, souvent partagés entre deux tâches à réaliser, au détour d'un passage dans une chambre ou d'un couloir, la prise de note exhaustive se révélait inappropriée à maintenir le ton de la confiance. Nous avons dans ces moments-là

noté juste quelques mots à la volée pour stimuler notre mémoire a posteriori et être à même de reconstituer le plus fidèlement possible le contenu du discours.

Toutes ces notes ont été retranscrites et l'élaboration des premières synthèses a conduit à repenser le dispositif de collecte des données au regard de la théorie de l'organisation liquide (Baumann, 2013).

« L'analyse se précise, se systématise après coup. Mais pour être exploitables à ce moment-là, les données d'observation doivent avoir été mises en forme avec précision. La forme la plus évidente est la description détaillée de ce que l'observateur a vu ou entendu. » (Arborio et Fournier, 2015, p. 52)

La notion de liquidité a en effet émergé dès les premières synthèses, du constat des manques (de matériels ou de personnels injoignables) et du caractère « haché » de la journée (interruptions régulières dans l'exécution des tâches) des observés. Cette phase d'analyse des ressources mobilisées nous a de plus permis de faire émerger la capacité des individus à s'emparer de leur environnement et transformer en ressources certains éléments qui le composent. Nous avons alors élaboré une seconde grille d'analyse centrée sur ces différents éléments, à savoir les relations avec la cadre, les collègues et l'activité (du moins certains de ses aspects). Dans le but de restituer le plus fidèlement possible ce qui nous a été donné à voir par l'analyse de ces situations, nous avons choisi d'intégrer des récits dans notre partie résultats.

» 2.3. Une analyse par le cadre de l'organisation « liquide »

Dans « Liquid Modernity » Zygmund Baumann décrit comment peu à peu notre société se liquéfie. Les structures disparaissent, des réseaux se substituent aux organisations. Au nom d'une injonction au progrès, il s'agit d'aller de l'avant en remettant en cause ce qui fait l'histoire de nos organisations. La confiance n'est plus un fait, mais un objet à contractualiser. L'individualisme devient la règle. Le progrès n'est plus une étape entre deux états, mais une condition du fonctionnement de notre société qui se caractérise plus par ses évolutions que par ses points fixes. Dans ce contexte, le travail ne se définit pas comme « *un effort collectif dont chacun doit prendre sa part* » (p. 137). Il n'y a plus de visibilité du sens de l'activité, mais plutôt une suite d'enchaînements que personne ne maîtrise vraiment. L'idée même de continuité disparaît au profit de la mobilité. Le travail devient une sorte de jeu où le joueur ne peut avoir que des objectifs à court terme. Le résultat en est que le travail devient bricolage et un bricolage plus soumis au hasard qu'à la réflexion et à la planification. L'individu compte plus par les liens faibles qu'il entretient que par les liens forts qu'il vit au quotidien (Granovetter, 1973). Dans une société liquide, les individus surfent sur les activités, les relations, les outils de communication sans réellement pouvoir s'y investir. Dans cette société « molle », le leadership est remplacé par le spectacle

et la surveillance par la séduction. Le court-termisme, la flexibilité, la précarité et l'incertitude sont les règles. Dans le même temps, l'immatériel prend plus de valeur que le matériel, les idées plus que les objets. Et les idées ne sont produites qu'une fois... elles vont et elles viennent. À la suite de Giddens (1991), Baumann souligne que les choix et les actions individuels remplacent les réponses collectives aux problèmes de société.

Les concepts et les idées de Zygmund Bauman sur l'avènement d'une société liquide et d'organisations liquides ont permis d'éclairer bon nombre de réflexions. À titre d'exemple, Kees de Groot (2006) a utilisé ce cadre d'analyse pour penser les évolutions de l'église et des croyances alors que Steele et al. (2017) ont tenté de penser les mécanismes touristiques à travers ce cadre.

Ces éléments ont permis de mettre en évidence, à la suite des travaux de Bauman, les caractéristiques des organisations liquides. Clegg et Baumeler (2010) et Kociatekiewicz and Kostera (2014) ont ainsi décrit les différentes dimensions de cette liquidité organisationnelle. L'organisation liquide peut être caractérisée par :

- une hybridité des configurations organisationnelles ;
- des identités au travail ambiguës ;
- des missions et des objectifs fluides ;
- un déficit de structuration, les réseaux ont tendance à remplacer les structures ;
- la prévalence d'une logique de court terme ;
- la mise en avant de l'individu au détriment du collectif ;
- le provisoire plus que par le définitif ;
- un état perpétuellement transitoire entre des extrêmes : public / privé, individu / collectif, producteur / consommateur, centre / périphérie.

De plus, une des caractéristiques essentielles de l'organisation liquide réside dans le fait qu'elle évolue constamment de la liquidité à la solidité et que ces deux états peuvent cohabiter.

Il s'agit donc ici, en utilisant ce cadre d'analyse, de mieux comprendre les implications potentielles de la liquidité organisationnelle en œuvre à l'hôpital sur les comportements de protection des agents hospitaliers face à la difficulté de leurs conditions de travail. Il s'agit de montrer dans un premier temps comment se manifeste concrètement la liquidité de l'organisation hospitalière avant d'explorer comment les agents réussissent à travailler en univers liquide.

3. RÉSULTATS

À partir d'une caractérisation progressive de la liquidité de l'organisation hospitalière (3.1.), les résultats de nos observations permettent de décrire comment les acteurs construisent et reconstruisent sans cesse les ressources dont ils ont besoin pour travailler correctement (3.2.).

› 3.1. Une organisation plus liquide que solide

Pour mettre en évidence la liquidité de l'organisation hospitalière, nous avons choisi de partir de situations concrètes issues de l'observation de l'activité des personnels soignants. Ces éléments nous conduisent à mieux caractériser cette organisation pour en inférer une qualification des conditions d'exercice de l'activité dans ce contexte.

Aujourd'hui Aline (IDE) travaille en binôme avec Jeanne (AS). En arrivant ce matin, elles se sont réparties les toilettes des patients et chacune a commencé son tour.

Une sonnette retentit, Aline va voir la patiente qui a besoin d'aller aux toilettes. Elle prend son téléphone pour demander de l'aide à Jeanne, elle ne peut pas installer la patiente seule sur la chaise-pot, mais Jeanne ne répond pas... Aline sort de la chambre et aperçoit Marine l'infirmière de l'autre secteur. Elle lui demande son aide.

Elle repart ensuite consulter le tableau des toilettes pour savoir où elle en est et continuer son tour. Elle arrive dans la chambre d'une autre patiente, déplace une chaise pour pouvoir circuler et mettre la patiente dans un fauteuil pour la doucher. Elle va au chariot pour prendre le matériel dont elle a besoin (serviettes, gants, chemise). Il n'y a pas assez de serviettes. Elle remonte le couloir pour aller en chercher sur l'autre chariot, mais il en manque également. Elle décide de n'en prendre qu'une, normalement elle aurait besoin d'en avoir trois...

Elle commence la toilette. Il manque de la place pour poser l'atèle de la patiente... Elle la pose en équilibre sur le bord du lavabo puis attrape la pomme de douche pour régler la température de l'eau et s'aperçoit qu'elle a oublié d'enlever le bassin sur le fauteuil. Elle le retire et le pose sur les toilettes, elle ira le vider ensuite. Elle sort de la salle de bain pour aller chercher le gel douche de la patiente et revient avec. Elle s'accroupit pour faire les jambes, se relève pour faire le dos, son corps est en tension, penché en avant pour passer sur le bras douloureux de la patiente sans lui faire mal. Elle s'accroupit à nouveau puis l'aide à se rincer. Elle lui explique qu'il manque de serviettes. La patiente lui dit qu' : « [elle] en [a] une dans [s]on placard ». Aline ressort

de la salle de bains pour aller chercher la serviette personnelle dans le placard puis revient avec. La toilette se termine. La patiente est réinstallée au fauteuil.

Aline piétine beaucoup, essaye de soulager ses pieds, bouge son dos, s'étire. Elle s'appuie sur l'ergotron, cherche sa position, tripote son téléphone. Elles échangent avec le médecin sur les prescriptions. Quelques échanges informels émergent au milieu du professionnel, des rires aussi. Un patient arrive dans le couloir, il a besoin d'aide pour enlever sa blouse pour qu'il puisse aller se doucher..

Elle reprend sa tournée, reçoit un appel des secrétaires pour préparer la sortie d'un patient. Elle prépare en même temps le Modopar (médicament) qu'« il faut donner à heure fixe sinon les patients ne sont pas bien ». Les infirmières gardent le flacon dans leur poche de blouse pour y penser et l'avoir à portée de main quand c'est l'heure.

Aline repart au chariot pour prendre le nécessaire à toilette avant d'aller dans une autre chambre. Elle déplace encore une chaise pour pouvoir circuler, va chercher le fauteuil, déplace une autre chaise, « c'est toujours trop petit ces chambres »... Elle ramène le fauteuil dans la salle de bains et demande à la patiente « les filles elles font toutes seules ? » pour faire passer la patiente du fauteuil de douche au fauteuil de la chambre. La patiente répond par la négative, « alors on va pas prendre de risques ». Elle va dans le couloir et demande à Marine « je peux te redemander un service s'il te plaît ». Jeanne n'est toujours pas joignable. Marine l'aide à soulever la patiente.

Aline parle aux patients de ce qu'elle fait, de ses gestes, de ses difficultés. Elle est essoufflée. Elle fait faire demi-tour au fauteuil pour installer la patiente, cherche son peigne pour le lui donner. Elle penche le fauteuil en arrière et la réinstalle avec un oreiller sous le bras et un autre derrière la tête. Elle déplace à nouveau la chaise qui la gênait tout à l'heure pour circuler et s'occupe du lit. Elle va ensuite faire un nettoyage de la salle de bains et du fauteuil de douche.

Le même patient que tout à l'heure l'interpelle dans le couloir, il a pris sa douche mais a besoin d'aide pour fermer sa blouse maintenant..

Elle vérifie le tableau des toilettes sur la porte du bureau « Ouh là là, il doit déjà être 10h30, on n'aura pas le temps de faire toutes les toilettes », passe à nouveau au chariot et va dans une autre chambre. Arrivée dans la salle de bains, elle se rend compte qu'elle a oublié le bassin de la patiente précédente et l'emmène au lave-bassin pendant que la patiente va jusqu'à la salle de bains avec son déambulateur. La fatigue commence à se faire sentir. Elle respire fort, semble essoufflée. Elle échange avec la patiente pendant la

toilette sur son lieu de vie, ses enfants. Arrive le moment du séchage, Aline annonce qu'il manque des serviettes aujourd'hui, la patiente en a une. Aline sort la chercher dans les affaires personnelles et revient avec. Pendant que la patiente se sèche, Aline fait les parties difficiles à atteindre et continue d'échanger. Elle sourit. Elle lui donne sa chemise, « je vous laisse la mettre, il ne faut pas que je fasse à votre place ». Sur ce temps-là, elle souffle un peu. Il fait chaud. La patiente se tient à la barre pour finir le séchage et mettre la protection avec l'aide de l'infirmière. Elle retourne au fauteuil, Aline lui remet sa montre au poignet, s'assoit sur le déambulateur pour lui enfiler ses bas de contention. Elle lui donne ses médicaments, demande à l'autre patiente si elle a bien pris les siens puis se dirige vers le bureau.

Jeanne passe à ce moment-là, elles font le point sur ce qu'il reste à faire. Aline doit faire un électrocardiogramme. Elle va chercher le matériel dans le service d'à côté avant d'aller dans la chambre du patient. Il en profite pour lui demander de l'aide pour remonter sa chaussette gauche qu'il n'arrive pas à atteindre. La sonnette retentit, Aline me demande d'appuyer sur le bouton vert pour que la sonnerie s'arrête. Elle échange un peu avec le patient le temps de poser les électrodes. Elle lui demande de fermer les yeux le temps de l'examen puis dépose la feuille avec les résultats sur le chariot du médecin. Elle passe à nouveau au bureau pour prendre l'étiquette qui correspond au patient et revient la coller sur la feuille. Elle est interpellée par le médecin à propos d'un autre patient qui a besoin d'un I.R.M. Aline s'assoit (une chaise était là dans le couloir) le temps d'échanger avec elle.

Elle doit « aller aux stupéfiants », le service est deux étages en dessous. Le bureau est tout petit, il n'y a personne, juste un téléphone avec un petit panneau et les numéros à composer selon le besoin. Aline appelle. Le temps que la personne arrive, elle consulte les documents qu'elle doit laisser et constate que le médecin n'a pas signé, « mince elle ne va pas vouloir ». La personne arrive très rapidement, et prend le document.

De retour dans le service, elle passe un coup de téléphone pour avoir les résultats d'exams d'un patient pour qu'il puisse sortir aujourd'hui comme prévu. Elle rappelle le médecin, la secrétaire a dit qu'elle s'en occuperait.

Commence la tournée des médicaments avec l'ordinateur. Elle prépare les différentes perfusions dans le bureau, se trompe, peste contre elle-même. Elle reçoit un appel des stupéfiants, le document est renvoyé par pneumatique pour signature.

Cette description donne à voir l'activité d'une infirmière pendant une partie de sa matinée de travail. Le constat principal qui peut être émis repose sur l'importante fragmentation de l'activité. Il s'agit pour elle, non seulement de passer d'une chambre

et d'un patient à un autre, mais de jongler entre les tâches prévues et un ensemble de difficultés qui apparaissent au fur et à mesure : manque de matériel (ici les serviettes), difficulté à trouver de l'aide, sollicitations des uns ou des autres, acrobaties pour mener à bien les tâches de base dans un univers pas vraiment adapté (taille des salles de bains, adaptation du mobilier...), transitions entre soins et consultations de l'ordinateur, gestion des procédures, réponses aux alertes et demandes etc.

Ce qui apparaît ici est avant tout que cette importante dispersion rend le travail fastidieux. Il semble que l'infirmière observée ici ne fait que passer d'une tâche à l'autre sans qu'une continuité ne puisse être établie. Les contraintes de court terme prennent le pas sur l'activité de long terme. Les objectifs évolutifs condamnent à zapper d'une chose à l'autre.

L'équipe de travail paraît elle aussi en permanente reconfiguration. La collègue avec laquelle on pense pouvoir collaborer n'est pas disponible et ce sont d'autres, de passage dans le couloir qui vont venir soutenir l'infirmière pour les tâches qui ne peuvent être réalisées seule.

Ces éléments permettent de qualifier l'organisation de ce service de liquide. On y retrouve les éléments essentiels de cette liquidité : une organisation évanescence, plus de provisoire que de tangible, des logiques individuelles qui prévalent et une activité gouvernée par le court-terme. Cependant, ce qu'il convient de noter, c'est que ce service est considéré comme fonctionnant bien. On se doute alors que lorsqu'une situation de ce type est dégradée, ce qui paraît comme un ensemble de contraintes difficilement compatibles devient impossible à traiter.

La liquidité qui émerge de cette situation ressort en permanence. Un court extrait de l'observation du suivi de Léa montre les multiples contraintes qui polluent le cours de son activité régulière.

Elle retourne au bureau, se lave les mains. Elle regarde le tableau des toilettes affiché sur la porte du bureau. Elle croise Paula (AS) dans le couloir qui lui dit qu'il faut penser à dire aux médecins de faire la prescription d'eau pétillante pour la commande parce qu'il n'en reste pas beaucoup, « mais je ne peux pas le faire ? », « non, il faut que ce soit une prescription médicale », « c'est honteux, en tant qu'IDE on ne peut pas prescrire de l'eau pét'. On embête les médecins pour ça ».

Léa cherche des bouchons pour la distribution des médicaments mais n'en trouve pas, elle traverse le couloir pour aller en chercher dans le service d'à côté. En passant elle aperçoit un patient qui a l'air en difficulté, elle passe la tête dans la chambre pour demander si ça va puis va chercher les bouchons dont elle a besoin. Elle échange avec Clémentine (IDE de l'autre secteur) à qui il manque des médicaments mais Léa ne les a pas.

L'adaptation permanente aux contraintes de l'activité conduit les personnels soignants à perdre parfois le fil de ce qu'ils sont en train de réaliser. Les exigences de la situation conduisent les acteurs à privilégier les situations ponctuelles au détriment des tâches de fond à accomplir. La sollicitation individuelle prend le pas sur l'organisation. L'application de règles ou de normes bureaucratiques kafkaïennes contribuent dans le même temps à éloigner les personnels du sens de ce qu'ils ont véritablement à effectuer.

L'efficacité du système global semble reposer sur la capacité des acteurs à surmonter aussi bien le déficit organisationnel que la raréfaction des dispositifs de structuration et de confortation de l'activité.

Léa croise Florent dans le couloir qui lui demande un coup de main pour relever un patient. « Dac, je prépare ses médicaments comme ça je lui donne en même temps. » Elle échange avec le médecin en passant pour savoir si c'est le moment de faire le point. Léa dit oui mais il faut d'abord qu'elle s'occupe du patient avec Florent. C'est un patient en isolement, il faut une tenue de protection (gants, masque et tablier). Il y a un portique devant la porte de la chambre avec le nécessaire. Ils enfilent tous les deux la tenue en même temps qu'ils entrent. Ils remontent le patient dans son lit en tirant sur les draps. Florent dépose le plateau du petit-déjeuner. Le patient dit que « le verre est trop petit », il n'arrive pas bien à boire avec. Florent va en chercher un autre à bord plus large. Le patient demande aussi qu'ils coupent les bordures de sa tartine de pain de mie parce que « ça ne passe pas bien ». Florent demande à Léa de le faire parce qu'il a déjà enlevé ses gants. Elle installe la perfusion, change de gants pour la prise de sang, s'occupe de la tartine. Le patient l'interpelle à nouveau : « vous pouvez me décaler un peu vers la gauche ? », « toute seule, je vais avoir du mal, je suis désolée », Florent est déjà reparti. « C'est pas grave. Et vous pouvez me plier la tartine en deux ? » Léa s'exécute et sort de la chambre.

Le service fonctionne tant bien que mal par les ajustements successifs que chacun réalise. Dans ces situations où l'organisation disparaît, l'efficacité du service repose sur les compromis successifs qu'opèrent aides-soignants et infirmières. Ce ne sont plus les règles qui constituent le cadre de l'activité. C'est l'éthique personnelle qui va gouverner les choix de chacun. L'organisation a disparu au profit des arbitrages individuels.

Ces différents éléments illustrent la situation d'une organisation hospitalière qui disparaît derrière les contraintes qu'elle subit. Tout devient liquide... Et les agents doivent trouver les moyens de surnager.

› 3.2. Affronter une organisation liquide : une identification des ressources

Dans ce contexte de liquidité organisationnelle, les personnels naviguent dans cet univers à la recherche de points fixes qui structurent l'activité. Leurs ressources sont ces « points fixes ». Le déroulé de leur quotidien, montre qu'ils sont tous plus ou moins pris par des tâches logistiques ou ponctuelles plutôt que par une activité structurée. Ils ont une somme de tâches à accomplir (toilettes, repas, soins infirmiers, visites avec les médecins) auxquelles s'ajoutent les « *contretemps* », les « *imprévus* » et les manques qui sont nombreux et déstabilisants. Alors, dès que quelque chose « tient », ils s'y accrochent. « *T'as appris à te débrouiller, ça t'énerve mais tu te débrouilles* » (Hélène, AS). « *On apprend à s'en sortir plus ou moins judicieusement. Sur le plan institutionnel il y a absolument rien... donc après c'est le réseau* » (Marianne, neurologue). Au moment de notre observation, la cadre, les collègues et certains éléments de l'activité représentent les principaux points fixes, leurs principales ressources. Voyons comment cela se traduit à partir d'une autre situation concrète issue de l'observation.

Marion (IDE) consulte le tableau et va faire une toilette avec Hélène (AS). Elles échangent avec le patient sur ce qu'elles font, le préviennent quand « ça va être désagréable » ou « un peu froid ». Elles discutent aussi entre elles des difficultés de ces derniers jours (une patiente a « crisé » le matin même et il y a eu une chute pendant le week-end). Hélène : « pour un troisième matin, c'était la fête ! », « Moi c'était que mon premier », « ah ton premier, bin, je te souhaite pas ça ».

La toilette se termine, Marion croise Jeanne (AS) dans le couloir qui lui demande si tout va bien. Elle lui demande d'aller prendre la tension d'un autre patient.

Marion passe au bureau infirmier et croise Emmanuelle (une des assistantes) à qui elle propose d'envoyer un document pour elle pour un patient. Emmanuelle accepte et la remercie.

Commence le cycle de l'après-midi avec Céline (IDE) au bureau infirmier. « Je vais préparer mes médicaments, mais tu vois les filles [du matin] elles m'en ont déjà préparé. Heureusement qu'on a des bonnes équipes, sinon il y a de quoi se pendre ». Elle se confie sur l'organisation du travail. « Nous, on va organiser nos soins infirmiers autour de l'organisation des aides-soignants. Moi je travaille toujours en binôme et c'est vrai que c'est plus sympa. » Elle me parle de la difficulté de prise en charge des toilettes par les aides-soignants selon l'autonomie des patients. « Si on décale leur tour, ça fout tout dans le jus, alors que si on arrive à se caler nous sur leur tour c'est beaucoup

mieux pour le travail et pour l'ambiance. Nous de toute façon on finit toujours plus tard. »

Elle part dans une chambre pour préparer l'entrée d'un patient et croise Paule (AS) qu'elle interpelle sur le sujet. Paule confirme « tout se passe bien quand on travaille bien en binômes. (...) Tu te dis je ne suis pas toute seule à gérer toutes ces toilettes. » Paule évoque un épisode récent dont Céline m'a déjà parlé, elles avaient neuf toilettes complètes sur dix à faire. « On avait battu des records. Quand tu t'entends bien avec ton binôme, c'est génial ». Paule est aide-soignante depuis 35 ans et dans le service depuis six. Elle me raconte les difficultés des changements dans le service, du départ de toutes les anciennes infirmières. « Les médecins étaient bien contents qu'il y ait encore l'ancienne équipe d'aides-soignants. En plus, ils nous ont mis des sorties d'école ». Céline enchaîne « c'est sûr que ce n'était pas facile pour elles ». Paule : « ce n'était pas facile pour nous non plus ! Puis ce n'était pas facile la période où il n'y a pas eu de cadre. » Paule regrette qu'à la direction personne ne se soit demandé « pourquoi tout ce personnel est parti en même temps. Il y a forcément une raison ». Pour elle c'est très clair, « c'est à cause de l'ancienne cadre ». Céline confirme « elle ne soutenait pas l'équipe ». Paule évoque ensuite les difficultés d'échanges avec Marianne (une des neurologues) pour les nouvelles IDE à leur arrivée dans le service. Céline enchaîne : « ça, ça fait partie des difficultés dans tous les services. C'est le tempérament des personnes aussi. »

Paule a eu une expérience professionnelle dans le privé mais les conditions de travail et de prise en charges des patients étaient très dégradées. « J'en parlais le soir, j'étais malade ». Elle me confie de plus avoir eu une expérience personnelle avec sa mère qui est allée dans un établissement privé et dont l'état s'est dégradé en 3 semaines. « Elle appelait pour faire pipi et on lui disait "non, c'est pas l'heure". En arrivant elle se déplaçait avec son déambulateur mais c'est sûr c'est plus long, alors ils la mettaient au fauteuil et après elle n'a plus pu se déplacer. »

En salle de pause, je leur demande ce qu'ils pensent de la présence de la nouvelle cadre. « Entre avant et maintenant je préfère maintenant » (Hélène, AS). Florent (AS qui part à la retraite dans quelques semaines) trouve que pour lui « c'est neutre, ça ne change pas mon travail ». Hélène enchaîne : « on a eu une longue période en dégradée quand même et un gros turnover des infirmières. La cadre [la précédente] elle a poussé vers la sortie ».

De cette situation nous entrevoyons les points fixes dans cette organisation liquide et de quelle manière les individus s'en saisissent pour les transformer en ressources pour maintenir et soutenir leur santé au travail. Voyons plus en détail comment

l'encadrement offre ce point d'appui, les collègues apportent du soutien et l'activité fait sens.

L'encadrement

Le rôle positif de la cadre est perçu par toute l'équipe (exception faite de Florent qui semble être déjà prêt à partir). Patricia est dans le service depuis quelques mois seulement. Elle laisse la porte de son bureau ouverte en permanence « *pour montrer sa disponibilité parce que c'est important* ». L'équipe apprécie sa capacité d'écoute et perçoit nettement la différence avec l'ancienne cadre. « *Elle est plus avenante, on peut discuter* » (Hélène, AS). « *Elle est très à l'écoute* » (Natacha, IDE).

Patricia me dit avoir instauré des temps d'échanges les vendredis midi où elle propose un thème puis laisse libre cours à la parole. Elle me confie avoir des difficultés à s'y tenir chaque semaine à cause de sa charge de travail mais essaie « *au maximum* ». Toutes les infirmières et certains aides-soignants ont évoqué ce temps d'échange comme étant libérateur. Le dernier notamment leur a permis de partager leur frustration d'avoir à gérer des patients chroniques qui pour certains (deux particulièrement) n'ont plus besoin de soins en neurologie mais ont des « *problématiques sociales* ».

Monsieur G. est là depuis plus d'un an. Il n'a plus besoin de soins depuis longtemps mais n'a plus de logement, sa tutelle a rendu l'appartement dont il était locataire pendant son hospitalisation... Céline passe dans sa chambre pour prendre la tension et la température du patient d'à côté. Monsieur Gui l'interpelle pour qu'on lui prenne aussi la température. Céline refuse elle lui explique à nouveau qu'il est là uniquement en hébergement jusqu'à ce qu'ils trouvent une solution. En sortant de la chambre elle me confie : « on a vu avec Marianne (le médecin) il ne faut plus rien faire. Quand on est chez nous on ne prend pas notre température tous les jours ». Paule (AS) entend la remarque de Céline et ajoute : « il est là en vacances ». « C'est un patient qui est très lourd pour nous psychologiquement. Il nous fait des blagues tout le temps mais ça ne nous fait pas rire. Puis quand il nous voit donner les médicaments, il est demandeur. »

Ces présences pèsent sur le service même si la majorité est consciente « *qu'il faut bien qu'ils soient quelque part* ». Patricia en ouvrant la parole sur le sujet ne s'attendait pas à avoir autant de retours mais trouvait que « *c'était bien qu'elles aient pu s'exprimer* ». Natacha (IDE) me confie qu'elle a conscience qu'« *à son niveau elle peut pas faire trop de choses* » mais apprécie le fait qu'elle ait « *pris pas mal de temps à nous écouter* ». « *Elle prend vraiment en compte ce qu'on dit et ce qu'on pense* » (Léa, IDE). « *Ça fait du bien d'être soutenue* » (Emilie, IDE).

Patricia prend très à cœur le rôle de traductrice qu'elle a régulièrement entre l'équipe infirmiers/aides-soignants et les médecins. Elle m'explique que chacun parle un langage propre à son métier et que la communication est parfois difficile, ce qu'elle avait déjà constaté quand elle était infirmière aux urgences.

Clémence (IDE) trouve d'ailleurs que depuis qu'elle est là il y a « *moins d'informations perdues. Elle gère des choses qu'on n'a pas le temps de gérer. Elle peut répondre aux médecins quand on n'est pas dispo, c'est une grande aide* » (Clémence, IDE). « *Elle fait beaucoup le lien entre les médecins et les infirmières et elle s'occupe des gens qui vont rentrer et des gens comme le monsieur qui va partir dans le Nord, tout ce qui est rapatriement, des choses comme ça du coup quand la cadre elle s'implique, ça fait ça de moins pour l'équipe. Elle décharge au niveau du travail* » (Sandrine, IDE). Marianne la neurologue trouve qu'« *il faut un cadre qui cadre. Et là c'est bien on profite que Patricia est là. Elle comprend ce que nous on veut. Tout ce qui est de l'implique Patricia elle comprend, y a pas besoin d'expliquer* » (Marianne, neurologue).

Au-delà d'un trait caractéristique ou d'une capacité, plusieurs personnels ont mis sa disponibilité, son écoute ou encore le fait qu'il lui est arrivé de faire des soins infirmiers quand un manque d'effectif le nécessitait sur le compte de sa récente prise de fonction.

« *Elle est infirmière encore, elle n'a pas eu sa formation, elle n'a pas été formatée.* » (Emilie, IDE)

« *Elle va vraiment à l'essentiel, peut-être... parce qu'elle est faisant fonction... infirmière elle y est plus depuis pas longtemps, elle sait très bien ce que c'est et comment ça se passe. Elle nous laisse gérer, et je trouve qu'elle nous laisse plus notre marge de manœuvre.* » (Léa, IDE)

« *Elle a mis les mains à la patte, elle est allée poser un cathéter elle a été pour les prises de sang et ça je trouve ça génial. Parce que en soit c'est vrai que les cadres elles sont infirmières et des fois je me dis elles pourraient quand même... des fois... elles ont pleins de choses à gérer mais... c'est bien, pour des petits soins, ça nous aide quand même vraiment beaucoup pour des petites choses, ça montre qu'elle est vraiment investie je trouve.* » (Sandrine, IDE)

Les collègues, l'activité et la notion de travail bien fait

Nous avons pu constater tout au long des temps d'observations les attentions qu'ils ont les uns envers les autres. Les moments irréguliers mais significatifs où ils se croisent dans les couloirs et se demandent si « *tout va bien ?* ».

« *L'équipe, je pourrai pas rêver mieux. (...) J'étais surprise en arrivant parce que j'ai trouvé que l'équipe elle est vraiment très bien, on s'entraide.* » (Natacha, IDE)

« *On est solidaires. Quand on râle, c'est un râle général ce n'est pas contre quelqu'un.* » (Clémence, IDE)

« *Tu viens pour le boulot c'est sûr, mais tu viens essentiellement pour l'équipe avec qui tu bosses, si tu sais que ça se passe bien si y a un couac, tu sais sur qui compter, tu sais que ça va rouler. (...) Après y en a qui oublie qu'on est en équipe mais pas là, pas dans ce service-là.* » (Emilie, IDE)

Les infirmières apprécient particulièrement d'anticiper le travail et prennent en considération la charge d'activité de leurs collègues qui vont prendre leur suite. Ainsi, l'infirmière de nuit va préparer les tubes et documents pour les prélèvements du matin pour que la collègue qui arrive à 6H15 ou 6h30 n'ait plus qu'à préparer le plateau et faire la prise de sang. Et les médicaments de l'après-midi vont être préparés par l'infirmière du matin quand sa charge de travail le lui permet.

« *Je me mets à la place de la personne, ça m'est déjà arrivé qu'on me laisse pas mal de trucs et que je sois débordée et ce n'est pas forcément très agréable, j'en veux pas du tout à ma collègue, y a pas de soucis, ça arrive mais c'est vrai que j'essaie d'éviter de mettre ma collègue dans cette situation...* » (Natacha, IDE)

L'ancrage par l'activité semble prendre forme à travers les tâches caractéristiques de l'identité professionnelle des deux corps de métiers. Ainsi, les AS vont focaliser leur attention sur les toilettes alors que les infirmières vont s'attacher aux soins. Dans les deux cas c'est un point fixe qui va faire sens et répondre au besoin de s'ancrer dans leur travail. Mais le décalage entre leurs points de focalisation va engendrer des tensions.

Consciente de cet écart de perception et des difficultés qu'elle engendre, Manon infirmière diplômée en Belgique explique que « *là bas les soins de nursing (toilettes) font partie des soins apportés aux patients alors pour moi c'est normal de le faire* ». Il semble qu'il y ait effectivement une appropriation de cette tâche comme partie intégrante du métier et de l'identité professionnelle qui tiennent à la formation et l'apprentissage. D'ailleurs les infirmières formées par l'ancienne équipe ont adopté le fonctionnement précédent. Elles reconnaissent l'importance dans l'organisation du travail de faire les toilettes par binôme et les apprécient également comme un moment privilégié avec les patients. « *Les toilettes ça rentre dans notre travail et le jour où j'en fais plus je pense que ça me manquera parce qu'on a un contact avec les gens qu'on n'a pas, quand on passe juste donner le médicament. (...) C'est un*

temps qui est privilégié qu'on n'a pas forcément le temps de reprendre dans la matinée. Donc la toilette moi je trouve ça quand même important. » (Sandrine, IDE) Mais toutes les infirmières ne partagent pas ce point de vue, et Jeanne (AS) me confie à propos des infirmières, « *des fois, elles ne veulent pas faire des toilettes, elles traînent à faire des soins, surtout les jeunes.* » La cadre a été sollicitée pour répondre à cette difficulté d'organisation mais pense qu'il va être « *difficile de faire bouger les choses tant que l'équipe des AS n'aura pas été renouvelée* ».

La répartition des tâches sur la journée semble beaucoup plus structurée pour les AS et la charge de travail plutôt dépendante de l'autonomie des patients et de la disponibilité des infirmières à les soutenir dans leur activité. Elles vont passer, selon le secteur, 45 minutes ou une heure avec la collègue d'après-midi pour faire leurs transmissions. Elles circulent d'une chambre à l'autre pour aller voir les patients ensemble alors que les infirmières ont quinze minutes pour faire leurs transmissions dans le bureau. La notion de travail « *bien fait* » semble prendre sens dans la continuité de la prise en charge du patient et la capacité à transmettre les bonnes informations aux collègues pour être « cohérents ». Aussi les quinze minutes de transmissions des infirmières se transforment souvent en 20 voire 30 minutes. La plupart d'entre elles ne notent les minutes supplémentaires que si l'excédent dépasse le $\frac{1}{4}$ d'heure voire pour certaines la $\frac{1}{2}$ heure. Patricia, consciente de la nécessité des dépassements, a défendu le paiement de ces heures auprès de la direction à la fin de l'année dernière. Ces éléments permettent de mettre en évidence comment les personnels soignants résistent à la liquéfaction de leur environnement. Ce sont les ressources interpersonnelles qui vont combler le déficit perçu de structuration de l'activité. Les failles vont être comblées à chaque fois par une astuce ou un bricolage qui mobilisera l'environnement relationnel du soignant. C'est ainsi la relation avec le patient qui permettra de soulager et de faciliter le travail, la relation avec la collègue qui compensera l'absence de moyens et la relation avec la cadre qui assurera une structuration minimale.

4. DISCUSSION

Ces résultats permettent de dresser un tableau à la fois inquiétant, mais aussi rassurant de la situation des personnels soignants face aux difficultés de l'exercice de l'activité de soins. Si, d'un côté, l'organisation hospitalière semble sombrer dans une relative déliquescence, la résilience des personnels parvient encore à compenser parfois ce triste naufrage en mobilisant les ressources relationnelles des personnels concernés.

Cette recherche et les résultats produits amènent à proposer des réflexions qui s'inscrivent à la fois dans une perspective méthodologique, mais aussi dans des perspectives théoriques et managériales.

› 4.1. Sur le plan méthodologique et interprétatif

Le choix épistémologique avant tout constructiviste retenu dans cette recherche a conduit d'une part à mobiliser un dispositif de collecte des données original, mais aussi à accepter de remettre en cause ce dispositif pour le compléter. D'autre part, il nous semble ainsi que cette démarche est originale dans le champ du management. L'observation des pratiques réalisée à partir d'un suivi précis des acteurs, des situations de travail, permet un renouvellement de la compréhension de la préservation des ressources face à une situation de pénibilité. Ce dispositif méthodologique apparaît extrêmement fructueux. Il permet en effet d'éviter de se « noyer » dans l'ensemble des traces de l'activité pour se focaliser sur une unité d'observation et d'analyse qui est la notion de ressources.

La qualité du processus de collecte permet de bénéficier de données situationnelles originales qui échappent à la traditionnelle médiatisation par l'opinion des acteurs. En comparaison avec d'autres outils méthodologiques comme les entretiens ou les questionnaires, ce type de recueil assure une prise directe sur les comportements et les interactions entre acteurs. L'observation permet ainsi d'échapper aux biais de désirabilité, mais aussi au conformisme naturel des personnes interrogées. Certes, l'observation engendre toujours une évolution des comportements, mais elle permet d'accéder d'une manière pleine et entière aux interactions entre acteurs.

D'un point de vue interprétatif, la modélisation de Bauman permet, de notre point de vue, la constitution d'une grille d'analyse tout à fait riche pour interpréter la situation d'organisations aussi dégradées que le sont les établissements hospitaliers. L'approche par la liquidité rend compte d'une manière efficace de l'état des conditions de travail. Si nous reprenons le raisonnement de Bauman, l'absence de structure rend difficile la construction d'une identité professionnelle. Aussi dès qu'il y a un cadre qui est présent et investi ou une équipe avec qui il fait bon travailler, les individus s'y accrochent. Ça devient alors l'élément qui fait sens, qui fait structure. Là encore si nous suivons le raisonnement de Baumann, le déficit de structure ne doit pas être remplacé par de la structure mais par des principes supérieurs comme la confiance, ce qui plaide pour des demandes de structuration qui se construisent au fil de l'eau, individu par individu, binôme par binôme pour arriver au collectif et après seulement reconstruire une forme de structuration. La mobilisation de ce cadre semble ainsi tout à fait fructueux dans un tel contexte.

› 4.2. Sur le plan théorique

Plusieurs recherches ont montré comment les individus investissent leurs ressources après des pertes de ressources (Halbesleben et al, 2014 ; Wheeler et al., 2013) ou encore comment les ressources se compensent les unes les autres (Hotchwarter et al., 2007). Ces recherches quantitatives tendent à identifier les liens entre les pertes et les investissements qui les suivent. L'approche qualitative que nous avons choisie tend à démontrer non pas comment les individus investissent des ressources après une perte mais comment ils s'emparent d'éléments de leur quotidien au travail pour en faire des ressources.

L'individu va assurer son quotidien de travail et développer de nouvelles ressources. Ce que nous pouvons identifier ici, c'est une capacité de résilience des individus dans un environnement appauvri, contraint, et souffrant d'une absence de structuration de l'activité. Résilience qui s'exprime par cette capacité à se saisir d'éléments qui ne sont pas d'emblée « pensés », « définis » ou « perçus » comme des ressources afin qu'ils le deviennent. Nous retrouvons ici la capacité proactive évoquée par Hobfoll d'agir sur une situation afin de préserver sa santé.

L'individu, loin d'être neutre, agit donc sur son environnement, les situations qu'il rencontre mais aussi ses collègues. Hobfoll et al. (2018) proposent en ce sens une dimension croisée des phénomènes d'échanges et de partages des ressources à travers les écologies développées par les « caravan passageways », processus qui permet de soutenir la résilience et l'engagement des individus. Ainsi, augmenter et préserver son réservoir de ressources ne serait pas uniquement un processus individuel mais social voire organisationnel, soutenu par les conditions environnementales (Hobfoll et al., 2018). Les individus, en partageant leurs expériences, émotions, états psychologiques, soutiennent un phénomène de « transfert » d'un individu à l'autre qui pourrait s'étendre à l'équipe voire à l'organisation (Hobfoll et al., 2018). Le processus de partage de ressources serait donc individuel, interindividuel et organisationnel. Ces mécanismes peuvent par ailleurs masquer une partie des conséquences des déficits constatés de l'organisation, du fait que cette capacité adaptative et proactive permet de contourner les conditions de travail dégradées dont l'organisation peut être tenue responsable.

Cette étude nous montre également le caractère contingent des ressources. Les observations mettent en évidence comment les individus prennent les devants et s'accrochent aux points fixes qu'ils sont en capacité de saisir à un moment. Dans le cas présent, il s'agit de l'encadrement et de l'activité de travail mais dans un autre contexte, un autre temps, il s'agira d'autres éléments. Là est la difficulté pour les personnels. Les ressources qui accompagnent aujourd'hui leur quotidien ne seront probablement pas celles de demain.

Nous pouvons déjà percevoir cet aspect dans l'activité quotidienne. Nous l'avons vu, les collègues sont parfois source de liquidité (comme dans le 1^{er} cas avec l'impossibilité de joindre Jeanne) mais ils représentent aussi une bouée comme l'explique Céline dans le 2nd. Pourtant, le turnover récent va se produire à nouveau, c'est une réalité à affronter. deux infirmières du service savent déjà qu'elles vont partir, deux autres le souhaitent, deux aides-soignants partent à la retraite sous peu et une souhaite changer de service. Les nouvelles recrues sont honnêtes, si elles ont choisi ce métier c'est aussi pour pouvoir « *bouger facilement* ». Quant à la cadre elle est faisant-fonction. La direction l'a informée du retour de l'ancienne cadre sans en définir la date. À deux reprises, il lui a été annoncé une date qui finalement a été repoussée. Aujourd'hui il semblerait que son départ soit prévu dans trois mois, alors elle commence à regarder les postes de faisant-fonction de cadre pour savoir où elle va aller ensuite. Elle reconnaît sans ambages que cette incertitude lui pèse et engendre une forme de désengagement vis-à-vis du service. Elle « *met sûrement moins de choses en place, parce qu'[elle] ne sait pas si ce sera repris après.* »

CONCLUSION

Cette analyse permet de mieux comprendre comment s'opère un ensemble de régulations successives dans un contexte en tensions. La théorie de l'organisation liquide construit un cadre de compréhension qui met en évidence la difficulté qu'il y a pour les personnels soignants de fonder leur activité sur des éléments suffisamment consistants pour pouvoir travailler en sérénité. Cela conduit à souligner l'importance des ressources « modestes » dont les acteurs ont besoin pour accomplir leurs missions, qui peuvent sembler dérisoires, mais qui constituent des repères essentiels : serviettes, soutiens potentiels des collègues, matériel adapté etc. Lorsque ces ressources modestes viennent à manquer, même les opérations les plus simples deviennent complexes.

D'un point de vue managérial, ces résultats mettent également en évidence la nécessité pour l'encadrement à soutenir son rôle de soutien de proximité. Alors qu'ils sont absorbés par des tâches globales d'organisation du travail (régulation de l'absentéisme, participation aux projets généraux, alimentation de la machine bureaucratique...), les cadres apparaissent comme plutôt attendus dans leurs capacités à soutenir leurs équipes sur le terrain. L'encadrement émerge donc comme une ressource essentielle, en capacité potentielle de combler les ressources lorsqu'elles viennent à manquer, constituant ainsi des points fixes dans un univers qui en manque cruellement...

RÉFÉRENCES

- ABORD DE CHATILLON, E., BLONDET, C., BRANCHET, B., CRAMBES, C., COMMEIRAS, N., MALAQUIN, M., ROSSANO, M., VALETTE, A. (2017). La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public vs privé) – Observations de terrain et analyses à partir de l'enquête « Conditions de travail 2013 ». CERAG – Chaire Management et Santé au Travail - Université Grenoble Alpes.
- ARBORIO, A. M. (2007). L'observation directe en sociologie: quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, (3), p. 26-34.
- ARBORIO, A.-M. ET FOURNIER P. (2015, [2005]). *L'observation directe*. 4^e édition. Paris : Armand Colin.
- BARNEY, J. B. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage, *Journal of Management*, vol. 17 (1), p. 99-120.
- BAUMAN, Z. (2013). *Liquid modernity*. John Wiley & Sons.
- BRULHART, F. & GHERRA, S. (2015). Stratégie environnementale proactive, compétences naturelles, performance économique : une approche par la théorie des ressources et compétences. *Management International*, HEC Montréal, vol. 20 (1).
- CLEGG, S. & BAUMELER, C. (2010). Essai: From iron cages to liquid modernity in organization analysis. *Organisation Studies*, vol. 31 (12), p. 1713-1733.
- COULON, A. (2014 [2007]). *L'ethnométhodologie*. Paris : PUF, coll, « Que sais-je ? ».
- DE GROOT, C. N. (2006). The church in liquid modernity : A sociological and theological exploration of a liquid church. *International Journal for the Study of the Christian Church*, vol. 6 (1), p. 91-103.
- DEMEROUTI, E., BAKKER, A. B., NACHREINER, F. & SCHAUFELI, W. B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, vol. 86 (3), p. 499-512.
- DE TERSSAC, G. (1992). *Autonomie dans le travail*. Paris : PUF.
- GARFINKEL, H. (2020 [1967]). *Recherches en ethnométhodologie*. Paris : PUF.
- GIDDENS, A. (1991). *Modernity and self-identity*. Stanford University Press.
- GRANOVETTER, M. S. (1973). The strenght of weak ties. *American Journal of Sociology*, vol. 78 (6), p. 1360-1380.

HABEREY-KNUESSI, V. (2011). Des exigences aux ressources, le modèle de Demerouti au service des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, n°104, p. 23-29.

HALBESLEBEN, J. R. B., NEVEU, J. P., PAUSTIAN-UNDERAHL, S. C. & WESTMAN, M. (2014). Getting to the "COR": understanding the role of resources in conservation of resources theory. *Journal of Management*, vol. 40 (5), p. 1334-1364.

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

HOBFOLL, S. E. (1998). *Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress*. New-York: Plenum.

HOBFOLL, S. E. (2001). The influence of culture, community and the nested-self in the stress process : Advancing Conservation of Resources theory. *Applied Psychology : An international Review*.

HOBFOLL, S. E. (2011). Conservation of resource caravans and engaged settings. *Journal of occupational and organizational psychology*, 84(1), p. 116-122.

HOBFOLL, S. E., HALBESLEBEN, J., NEVEU, J. P. & WESTMAN, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: the reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, vol. 5, p. 103-128. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>

HOTCHWARTER, W. A., PERREWÉ, P. L. & MEURS, J. A. (2007). The interactive effects of work-induced guilt and ability to manage resources on job and life satisfaction. *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 12 (2), p. 125-135.

JOURNE, B. (2012). Collecter les données par l'observation. In : Gavard-Perret, M. L., Gotteland, D., Haon, C., Jolibert, A. (dir.), *Méthodologie de la recherche. Réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*. Pearson Education, Paris, p. 165-206.

KARASEK, R., & THEORELL, T. (1990). *Healthy Work : Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

KOCIATEKIEWICZ, J., & KOSTERA, M. (2014). *Liquid organization: Zygmunt Bauman and organization theory*. Oxford: Routledge.

NEVEU, J. P. (2012). Pour repenser la relation travail-santé psychologique : La théorie de la préservation des ressources. In : Abord de Chatillon, E., Bachelard, O. & Carpentier, S. (Eds.), *Santé et sécurité au travail : une perspective gestionnaire*. Ouvrage collectif, Paris : Vuibert-Collection AGRH.

ROSSANO, M. (2018). La santé au travail dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière : une approche par les ressources. Thèse de doctorat en sciences de gestion. Université Grenoble Alpes. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02049049>

SCHAUFELI, W. B., & BAKKER, A. B. (2004), Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi sample study. *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 25, no 3, p. 293-315.

STEELE, J., DREDGE, D. (2017). The liquid organization of volunteer tourism: Implications for responsibility. *International Journal of Tourism Research*, vol. 19, p. 715-726.

WERNERFELT, B. (1984). A resource-based view of the firm. *Strategic Management Journal*, vol. 5 (2), p. 171-180.

WHEELER, A. R., HALBESLEBEN, J. R. B., WHITMAN, M. V. (2013). The interactive effects of abusive supervision and entitlement on emotional exhaustion and co-worker abuse. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. Vol. 86, p. 477-496.