Zeitschrift: Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales

Herausgeber: Société d'Etudes Economiques et Sociales

Band: 71 (2013)

Heft: 2

Artikel: Les evolutions de l'identite de soignant dans le secteur hospitalier

Autor: Emeriat, Anne-Marie

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-390943

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

LES EVOLUTIONS DE L'IDENTITE DE SOIGNANT DANS LE SECTEUR HOSPITALIER

ANNE-MARIE EMERIAT
ESC, Saint-Etienne
anne-marie_emeriat@esc-saint-etienne.fr

> Depuis une dizaine d'années, chaque Etablissement de soins français, pour être accrédité, doit prouver comment sont rationalisées les pratiques de soins. Les nouvelles lois hospitalières ont mis l'accent sur la rentabilité de l'hôpital et la qualité est entrée dans les critères d'évaluation: les pratiques individuelles et collectives des soignants sont observées, discutées, les relations intra et interservices aussi. Passer d'un travail structuré autour du soin à un travail défini par les coûts ne peut se faire sans remise en cause profonde de l'identité professionnelle. Comment faire pour que le travail effectué ne se vide pas de son sens et que les nouvelles exigences des pratiques du soin ne menacent pas le «Moi professionnel» des soignants? Quels changements cela peut opérer dans leur identité professionnelle?

Mots-clés: identité professionnelle, culture, réformes hospitalières, crise identitaire.

1. INTRODUCTION

Il nous faut d'abord préciser qui sont les soignants: il s'agit d'infirmières et d'aides-soignantes de services de soins de deux centres hospitaliers généraux (CHG) de la région lyonnaise, qui ont été sollicitées dans le cadre d'une thèse de doctorat en psychologie sociale (Emériat, 2012). Par l'intermédiaire d'entretiens individuels non directifs, dix-huit soignantes (des femmes, âgées de 45 à 55 ans ayant plus de quinze ans d'ancienneté) ont exprimé leur vécu au travail. Deux dimensions se sont dessinées dans ces entretiens: celle de la souffrance et celle du bien-être psychologique au travail.

LA PROBLÉMATIQUE

Nous nous sommes intéressées à la manière dont le concept (bien-être psychologique) se constituait comme objet de représentations professionnelles auquel se rattachent les composantes cognitives, affectives liées aux souvenirs d'expériences vécues et symbolisées. Notre approche inductive, compréhensive a servi de toile de fond à notre travail de recherche.
Les analyses logico-sémantique et sémantique structurale des entretiens montrent que, chez les soignantes, le bien-être psychologique se devine plus qu'il ne se montre contrairement à la souffrance. Parmi les facteurs qui empêchent l'émergence du bien-être, se trouvent les nouveaux modèles d'organisation évoqués précédemment avec tout leur lot de réformes: référentiels métiers, obligation de résultats, rationalisation du travail et des comporte-

ments. L'obligation pour les soignants de formaliser leurs pratiques en modes opératoires les conduit à «raisonner qualité» ce qui n'est pas sans conséquence sur les représentations de leur métier et leur identité. Ce travail de recherche, par le biais des représentations professionnelles symbolisées par des cognitions et des émotions, a permis d'une part, de repérer les représentations partagées du bien-être psychologique dans le discours des soignantes et d'autre part, des éléments liés à une identité professionnelle menacée.

2. A PROPOS D'IDENTITE PROFESSIONNELLE

Qu'entend-on par «identité»? Le terme a fait l'objet de nombreux débats sémantiques entre les chercheurs de sciences sociales. Il est employé dans différents contextes et champs théoriques: ainsi, on parle d'identité (culturelle, sociale, religieuse, professionnelle...) et le sens du terme est différent selon que le référentiel théorique est psychanalytique, sociologique, anthropologique ou politique.

Erickson, dès les années soixante, évoquait le terme d'identité comme «un processus localisé au cœur de l'individu mais aussi au cœur de sa culture communautaire, un processus qui établit l'identité de ces deux identités» (1968, p. 22). Il nomme ainsi le processus interactionnel entre l'individu et la communauté de référence. Pour R. Sainsaulieu (1988), l'être humain est soumis à des processus de socialisation tout au long de sa vie et se forge donc des identités dans différentes situations; le travail en est une dans laquelle l'individu, par la place qu'il occupe, participe à des actions collectives de développement personnel et de son environnement. De ces actions, l'individu en retire un sentiment d'appartenance et une reconnaissance de la part des autres qui construisent son identité au travail. Cette idée a été reprise par Dubar (1994) dans les parcours de formation en lien avec la mobilité professionnelle. Pour l'auteur, l'identité professionnelle est le résultat d'un processus dans lequel trois éléments interviennent: l'intérêt personnel de l'individu dans sa propre cohérence, l'acceptation et donc la reconnaissance par le groupe social d'appartenance et l'intégration du parcours par l'entreprise.

Chez E. Durkheim (1967), l'identité professionnelle est un processus de socialisation dans lequel le sujet va adopter les règles, les habitudes du groupe social auquel il appartient: cette identité se construit par le partage d'attributs avec les individus du même groupe social dans un contexte donné. Ce processus constructif permet aux intéressés de participer à des actions collectives. Comme on peut le constater chez tous ces auteurs, l'identité professionnelle est un processus intégratif d'éléments liés à l'image de soi dans un contexte permettant l'incarnation de ces éléments dans les actions d'un groupe social. La reconnaissance par les autres membres du groupe social va générer un sentiment d'appartenance permettant la construction de l'identité professionnelle. Cette construction, loin d'être linéaire, se fait avec l'évolution de l'individu et subit donc des remaniements en lien avec l'histoire du sujet.

3. L'IDENTITE AUX PRISES AVEC L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Dans l'expression du vécu des soignantes, apparait l'illustration de leur identité professionnelle: des pratiques centrées sur le soin; des valeurs communes de l'aide à autrui et du don de soi; des postures basées sur la proximité du malade; des attitudes d'écoute, d'empathie. Ces éléments fédérateurs de l'activité des soignantes vers la construction de leur identité professionnelle, se retrouvent-ils dans le «travail réel» issu de la confrontation du prescrit avec la réalité du quotidien?

Dans le travail réel qui résulte de l'imprévu et de la spécificité de chaque situation, la créativité des soignantes, leurs valeurs et leur subjectivité sont sollicités. C'est ce qui donne du sens à ce qu'elles font mais paradoxalement, c'est aussi cette même part du travail réel qui est source de non-reconnaissance voire de conflit (Clot, 1998): c'est le cas lorsque cette part est occultée ou sous-estimée: par exemple, lorsqu'il est demandé aux soignantes d'effectuer des soins prescrits et programmés, ce qui nécessite un temps de préparation du soin, de réalisation et de transcription, et qu'en parallèle, les soignantes doivent aussi prendre le temps d'accompagner le malade vers son autonomie. L'identité professionnelle et ce qui la compose peuvent-elles alors se satisfaire de cette impasse? Se pose alors la question de ce que le soignant va privilégier: ce qui lui est imposé ou bien sa subjectivité et ses propres règles? La réponse n'est pas aisée car l'augmentation de la charge de travail décrite par les soignantes ne prend pas en compte cet espace que les individus investissent subjectivement (Clot, 1999). Un autre exemple illustre ce constat: quand l'attitude d'empathie, la proximité psychologique avec le patient ne sont pas reconnues comme prioritaires par rapport aux tâches techniques de soin dans les référentiels d'évaluation des soignantes, se pose là aussi la question de ce qu'elles doivent prioriser dans leur activité et donc de l'impact sur leur identité professionnelle.

Dans ces emplois du temps qui laissent peu de souplesse mais qui sont néanmoins remplis d'interruptions de l'activité, non seulement les soignantes que nous avons rencontrées sont parfois obligées de «bâcler» leurs tâches (en tout cas c'est comme ça qu'elles le ressentent) mais, de plus, elles doivent souvent assumer des fonctions qui ne sont pas les leurs (les glissements de fonction amènent par exemple les aides-soignantes à effectuer des tâches réservées aux infirmières et réciproquement). Que dire dans ces cas-là de l'identité professionnelle? Cette indifférenciation provisoire des rôles d'infirmière et d'aide-soignante palliant à une forte charge de travail, peut se gérer dans le groupe social qui reconnait et accepte cette confusion des rôles et construit une seule et même identité: celle de soignante. Mais dès qu'il s'agit d'évolution professionnelle, cette identité commune ne fonctionne plus et les acquis résultant du glissement de fonction ne sont pas pris en considération dans une évolution de carrière, c'est le référentiel métier qui reprend sa place.

3.1. Culture et identité professionnelle

La culture de soignant regroupe tout ce qui est commun aux membres de ce groupe social et l'appartenance à cette culture marque l'adhésion à ses valeurs, règles et normes de comportements. Bien connaître cette culture suppose d'en comprendre les mots, les signes, les symboles, les façons de penser et les comportements. L'exploitation de nos entretiens a mis en évidence les effets des différences culturelles (entre soignants et médecins, entre soignants et cadres administratifs...): des difficultés à ressentir et à se représenter les situations comme l'Autre: cela demande du temps pour comprendre sa culture (sans perdre pour autant sa propre identité). Comment faire alors pour faire cohabiter des cultures professionnelles différentes? Les stratégies peuvent être de plusieurs sortes:

> Soit l'objectif est de ressembler le plus possible à l'autre culture... et peut aller jusqu'à la perte de sa propre identité professionnelle. Cette stratégie n'est pas apparue dans les propos des personnes interrogées.

> Celle que nous avons relevée dans les propos des aides-soignantes consiste plutôt à conserver sa culture d'origine. Ce besoin de maintenir les règles, les normes de comportement propres à sa propre culture en les idéalisant peut être attribué à une attitude défensive d'une population dont les marges de manœuvre semblent limitées dans l'organisation des soins.

> Celle que nous avons repérée chez les infirmières est principalement centrée sur la recherche de points de convergence entre deux cultures (sans pour cela adopter celle de l'autre): c'est le cas chez les infirmières spécialisées qui adoptent des pratiques de la culture médicale en réalisant des diagnostics (de soins infirmiers), des actes d'éducation thérapeutique. Ces infirmières perçoivent les bénéfices qu'elles peuvent obtenir en adoptant des ajustements de leur propre culture (les bénéfices peuvent être stratégiques, permettant à l'infirmière de faire reconnaître de nouvelles compétences, ou psychologiques permettant d'avoir une meilleure image de soi).

3.2. Les évolutions de l'identité de soignant: reflet d'une souffrance?

L'identité d'une personne ne peut rester figée dans le présent ou dans le passé, elle est dynamique, prenant en compte les différentes facettes d'adaptation du sujet, son potentiel évolutif et son devenir. L'identité professionnelle évolue en fonction des cycles de vie de la personne mais aussi en fonction des évolutions du contexte. Ainsi, des aspects intergénérationnels ayant un impact sur l'identité professionnelle sont apparus dans nos entretiens: un clivage entre les jeunes infirmières et aides-soignantes nouvellement embauchées et les plus anciennes, confirmées, rendant l'identification difficile entre deux populations. Les «anciennes» (souvent âgées de plus de 50 ans) portent encore le poids du passé, l'image de la femme soignante qui «prend soin de». Elles défendent des valeurs de don de soi, de respect de l'autre et dans leurs propos, disent mieux supporter les souffrances physiques et mentale que les plus jeunes qu'elles perçoivent comme une génération hédoniste, plus individualiste et gérant avant tout sa carrière.

Elles précisent également que les jeunes aides-soignantes font le choix de ce métier par défaut (pour éviter le chômage) et ont pour objectif d'accéder à un métier plus valorisé (celui d'infirmière), ce qui les pousse à privilégier les connaissances théoriques et techniques au détriment des activités de nursing. Elles ont pour objectif de devenir rapidement infirmière avant même d'avoir pris le temps de découvrir leur métier d'aide-soignante.

D'après les dires des soignantes interrogées, les jeunes infirmières se valorisent par la technique (reconnue comme critère par l'institution pour une évolution de carrière: évolutions vers des spécialisations telles qu'infirmière de bloc opératoire diplômée d'état (IBODE) ou infirmière anesthésiste diplômée d'état (IADE). Pour accéder à ces diplômes, ce ne sont pas les compétences relationnelles qui vont être déterminantes mais uniquement les connaissances techniques supplémentaires; aussi, ces infirmières «délèguent» les tâches de nursing aux aides-soignantes.

Pour d'autres infirmières, celles qui sont dans des services difficiles ou dans des postes de «volantes» en attendant leur titularisation, la construction de l'identité professionnelle se fait difficilement. La confrontation aux pathologies lourdes et le manque d'appartenance à une équipe (dans le cas des «volantes») génèrent une souffrance dont, la stratégie défensive fréquemment utilisée, est la démission.

Ainsi, comme on peut le comprendre, le discours négatif de nombre de soignantes interrogées marque la difficulté à pouvoir vivre en conformité avec leur représentation idéale du métier. L'attitude défensive qu'elles adoptent se traduit par un discours persécutif concernant les autres catégories professionnelles et/ou l'institution, voire même une intériorisation masochiste (quand la personne se rend responsable de ses difficultés professionnelles). Les propos avancés peuvent être genrés, liés aux différences générationnelles ou de métier, imputés à l'environnement...: ainsi, il est reproché aux collègues d'être trop loin des malades, pas assez relationnelles ou, au contraire, de manquer de recul ou bien, les critiques peuvent être formulées pour soi-même: autant de discours accusateurs, syndromes de défenses professionnelles face à une identité en souffrance.

4. LA CRISE IDENTITAIRE DES SOIGNANTS

L'obligation d'intégrer les critères de qualité imposés par l'ANAES mais aussi la création de nouveaux «référentiels métier» ont été sources de profonds changements pour les soignants. Les notions d'obligation de résultats, de rationalisation du travail et des comportements sont autant d'objectifs qui ont eu un impact sur leur travail. Il s'agit de raisonner «qualité», de formaliser les pratiques en modes opératoires pour pouvoir mieux les cerner et les évaluer. Ce nouveau paradigme de l'action collective centré sur la rentabilité nécessite pour les soignants, l'adoption de nouvelles règles, de nouveaux référentiels. Se produit alors un conflit entre le moi professionnel en quête de narcissisme et l'idéal du moi qui oriente l'individu vers l'accomplissement d'un travail idéal. Pour résoudre le conflit dû à cette ambivalence, le soignant va effectuer les soins en prenant en compte les critères de rentabilité et chasser toute activité fantasmatique de son esprit. Il va ainsi construire, de façon défensive, un état mental (Dejours, 1989) marqué par cette répression pulsionnelle. C'est le même mécanisme que dans la dépression. Cette répression pulsionnelle est coûteuse pour l'individu et risque de fissurer le système de défense de l'identité professionnelle fragilisée par l'activité empêchée (Clot, 1999).

Cette fragilité de l'identité de soignant va se manifester par un besoin de se rassurer, d'éprouver ses propres représentations professionnelles en cherchant tous les moyens de les valider: d'où les discussions récurrentes avec les collègues autour du rôle de l'infirmière ou de l'aide-soignante, des techniques spécifiques au métier, du bien-fondé de l'utilisation de tel ou tel type de matériel (discussions qui peuvent sembler puériles pour un regard extérieur). L'autre manière de colmater les brèches d'une identité professionnelle fragilisée est de protéger le moi professionnel par la cristallisation sur un bouc émissaire: individualisme des collègues, exigence des médecins... (ce que nous abordé dans le paragraphe 3.)

Dans cette crise identitaire, la recherche d'identification est permanente: faute de pouvoir se réaliser auprès des collègues, elle peut se traduire par un surinvestissement auprès des malades qui soutiennent le narcissisme du soignant: «les bons malades» qui valorisent les actions du soignant ou bien par la recherche de soutien en dehors de son cadre de travail (fonction syndicale).

Le rôle du cadre infirmier est capital pour aider le soignant à retrouver du sens dans son travail. Dans les propos des soignantes que nous avons interrogées, l'absence de soutien des cadres, l'éloignement de l'administration ont largement été abordés. Les cadres infirmiers sont ainsi jugés trop préoccupés par l'application des nouvelles règles institutionnelles issues

des réformes hospitalières, par leurs tâches administratives et trop loin des préoccupations des équipes.

Dans l'application des démarches qualité, les soignants doivent apporter la preuve de ce qu'ils font (la traçabilité) et se rapprocher de la «pratique référencée», du «comportement idéal». Cette traçabilité est vécue de la part des soignantes comme une atteinte à leur intégrité professionnelle, comme une remise en cause de leur compétence. Un accompagnement serait nécessaire de la part du cadre pour aborder les nombreuses évolutions hospitalières (regroupements de services en pôles d'activité, création de nouvelles activités telles que les «soins de suite et réadaptation», mise en place du «plan cancer 2009/2013»...) et leurs répercussions en termes d'organisation et de conditions de travail. Or, ces mêmes cadres sont eux-mêmes dans des difficultés concernant leur nouveau rôle qui les éloigne des soins et les oriente vers des tâches administratives: ils ont pour mission en effet, de continuer à professionnaliser les soignants alors que ceux-ci sont préoccupés par leurs conditions de travail.

L'impact de la rationalisation sur les métiers du soin

«On n'a jamais eu autant de règles: sanitaires, de l'accueil du patient, sur les statuts des gestes professionnels, sur l'accréditation, sur les obligations d'accueil et de prise en charge des démunis» précise Y. Sainsaulieu, (2003, p. 52). C'est d'ailleurs ce que les soignantes ont mentionné dans les entretiens en évoquant les dysfonctionnements générés par ces nouvelles règles et par les changements organisationnels. En effet, la mise en place d'outils de gestion de contrôle des soins a diminué leur autonomie; d'autre part, les temps d'hospitalisation plus courts ont nécessité plus de travail de préparation (surtout pour les infirmières); le travail à «flux tendu» instauré dans les services a vu ses répercussions sur les plannings, les roulements.

Grosjean et Lacoste (1999) ont montré les difficultés générées par cette nouvelle rationalisation du travail qui change les modes de communication entre soignants, introduisant les NTIC (pour répondre au besoin de traçabilité) à la place des échanges verbaux. On est passé à l'hôpital d'une organisation centrée sur le soin à une organisation centrée sur les procédures, d'une culture de l'oral à une culture de l'écrit.

Or, plus l'organisation du travail est standardisée, moins les individus font l'effort d'échanger entre eux, ils suivent ce qui est prescrit: la standardisation produit ainsi son effet pervers, l'impossibilité d'organiser l'activité dès qu'elle ne «rentre pas dans des normes». Ce côté productiviste qui convient aux produits manufacturés ne peut convenir aux soins qui sont loin des standards qualité: le rôle propre de l'infirmière en est l'illustration. C'est le quotidien des soignants de gérer des imprévus liés au patient ou à sa maladie. La compétence de l'infirmière consiste à faire le diagnostic des soins qu'elle doit effectuer en fonction de l'état du patient (comme la nécessité de refaire ou non un pansement) et d' appliquer le soin adapté au cas (tel que l'infirmière l'a appris). Ceci fait référence à ce que Mintzberg (1995) appelle le travail du professionnel qui sous-entend compétences et autonomie. Cette autonomie est indispensable, dit-il: «Il existe une incertitude dans le traitement du client: c'est même pour faire face à cette incertitude que le professionnel a besoin d'une latitude considérable dans son travail» (p. 5). Or, l'organisation du travail ne prend pas en compte cet espace que les soignants investissent subjectivement (Clot, 1999) qui correspond au rôle propre du soignant et qui se matérialise, par exemple, par l'aide spontanée apportée à une collègue.

5. STANDARDISATION ET AUTONOMIE DES SOIGNANTS

Mintzberg (1995) parle de la bureaucratie professionnelle en évoquant le cas des médecins: il précise que «Les procédés de travail eux-mêmes sont trop complexes pour être directement standardisés par des analystes» (p. 4). Cette autonomie des médecins, ajoute-t-il, est indispensable car: «Dans la hiérarchie professionnelle, le pouvoir est celui de l'expertise alors que dans la hiérarchie non professionnelle, le pouvoir et le statut sont associés à la fonction». Sans faire l'apologie de la bureaucratie professionnelle, nous retenons l'idée que, seulement soumis aux standards de la profession, elle donne le pouvoir aux opérateurs: «On a des individus responsables et très motivés qui se consacrent avec dévouement à leur travail et à leurs clients» (p. 20). Mintzberg ajoute que les «contrôles ôtent la responsabilité aux opérateurs pour la donner à la structure administrative où elle ne sert à rien au client! de telles règles, de tels plans peuvent empêcher celui qui est compétent de faire son travail de façon efficace.»... «Les contrôles externes baissent l'incitation au perfectionnement et à l'innovation» (p. 26). Nous appuyant sur ce constat de la bureaucratie professionnelle instituée chez les médecins, nous émettons l'idée de la développer aussi chez les soignantes. Leur laisser la liberté de déterminer dans quelle situation se trouve le patient (par rapport à des standards de métier) et quel programme de soins peut être appliqué (là aussi en référence à des protocoles connus à l'avance) permettraient de développer la prise d'initiative chez les soignantes, donc l'autonomie. Non seulement, elles mettraient à profit leurs compétences mais pourraient également en construire de nouvelles, issues de discussions avec l'équipe ou avec d'autres réseaux; ces nouvelles compétences pourraient par la suite devenir de nouveaux standards pour les professionnels du soin.

Ce mode d'organisation dans lequel il y aurait moins d'actions commandées par les médecins et plus d'actions réalisées par les infirmières qui ont la gestion quotidienne du patient permettrait la satisfaction des besoins fondamentaux de l'individu tels qu'ils ont été décrits par Déci et Ryan (1985): développement de nouvelles connaissances et compétences, autonomie et appartenance à de nouveaux groupes sociaux qui sont à la source de la motivation intrinsèque autodéterminée. Cette motivation adopte la réalisation de soi que rencontre le sujet quand il trouve du plaisir dans son travail sans attente de récompense extérieure et en ressent un bien-être psychologique.

CONCLUSION

Les changements auxquels sont confrontées les institutions hospitalières françaises depuis une quinzaine d'années amènent à se poser la question de leur impact sur l'identité des soignants. Or, adopter une démarche collective de changement, quelle qu'elle soit, passe par le dialogue social. Les managers de proximité ont un rôle à jouer comme interface entre les besoins institutionnels et individuels: les cadres infirmiers, mieux que personne, peuvent jouer ce rôle vis-à-vis des soignants même si la culture d'entraide et de soutien spécifique au milieu hospitalier est freinée par la normalisation des soins.

Comme le précise Mintzberg (p. 26): «Dans la bureaucratie professionnelle, le changement ne vient pas de nouveaux administrateurs qui annoncent des réformes majeures, le changement vient plutôt du processus, lent, d'évolution des professionnels: changer le recrutement, la formation, la socialisation, la motivation au perfectionnement professionnel».

L'élan de renouveau de l'hôpital public ira de pair avec une réappropriation par les soignants

de leur outil de travail et d'un réinvestissement de sa finalité. Les soignantes ont comme ressources leur expérience professionnelle, leur formation, leur réseau de relations mais aussi leur modèle culturel avec ses pratiques, ses rites, ses modes de résolution de problème. D'autre part, les soignantes ont un autre atout: pour obtenir la reconnaissance de l'utilité sociale de leur travail, elles recourent à une rationalité sociale qui va bien au-delà de la seule communauté d'appartenance professionnelle puisqu'elle s'élargit aux patients et aux familles voire aux partenaires externes à l'hôpital (soignants ou non).
La rationalité sociale qui étaie l'innovation des pratiques permet au soignant de dépasser la rationalité imposée par les démarches qualité. Cela permet aussi aux soignants de retrouver du sens dans leur travail, ce qui participe à la construction de leur identité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CLOT, Yves, *Le travail sans l'homme? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris, La Découverte, 1998.

CLOT, Yves. *La fonction psychologique du travail*. Paris: PUF, 1999.

CROZIER, Michel. *Le phénomène bureaucratique*. Paris: Le Seuil, 1963.

DECI, Edward, L. et RYAN, Richard, M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

DEJOURS, Christophe. *Recherches psychanalytiques sur le corps. Répression et subversion en psychosomatique*. Paris: Payot, 1989.

DUBAR, Claude. «Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel», *Traité de sociologie du travail*, Bruxelles, De Boeck, 1994.

DURKHEIM, Emile. *De la division du travail social*. Paris: PUF, 8ème édition, 1967.

EMERIAT, Anne-Marie. *De la souffrance au bien-être au travail: contribution à la compréhension du bien-être psychologique au travail des soignants à l'hôpital*. Thèse de doctorat en psychologie, option psychologie sociale. Université Lumière Lyon 2, 2012, 337 p.

ERICKSON, E. *The Cultural Drama: Modern Identity: Youth and Crisis*, New York, Norton, 1968, p. 22.

ESTRYN-BEHAR, Madeleine. *Guide des risques professionnels du personnel des services de soins*, Paris, Editions Lamarre, 1991.

ESTRYN-BEHAR, Madeleine. «La double contrainte des soignants», *Gestions hospitalières*, 323, 1993, pp.117-120.

GROSJEAN, Michèle et LACOSTE, Michèle. *Communication et intelligence collective: le travail à l'hôpital*. Paris, PUF, coll. Le Travail Humain, 1999.

KAES, René et al.. *Souffrances et psychopathologies des liens institutionnels*, Paris, Dunod, 1996.

MARC, Edmond. *Psychologie de l'identité*, Paris, Dunod, 2005.

MINTZBERG, Henri. «La bureaucratie professionnelle», in *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Montréal, Editions d'organisation, 1995, pp. 1-26.

MOLINIER, Pascale. «Féminité sociale et construction de l'identité sexuelle: perspectives théoriques et cliniques en psychodynamique du travail», 2002, pp. 565-580 in *L'orientation scolaire et professionnelle*, 31, 4: construction et affirmation de l'identité chez les filles et les garçons, les femmes et les hommes de notre société. Le CNAM, Inetop. Osp.revues.org.

SAINSAULIEU, Yves. *Le malaise des soignants: le travail sous pression à l'hôpital*. Paris: L'Harmattan, 2003.

SAINSAULIEU, Renaud. *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*, Dalloz, presses de la FNSP, 1988.