



HAL
open science

LA DEGRADATION DU BIEN-ETRE AU TRAVAIL EN EHPAD : UNE ANALYSE PAR LE CONCEPT DE CONTRAT PSYCHOLOGIQUE ET LE MODELE EXIGENCES-RESSOURCES

Khaled Sabouné

► **To cite this version:**

Khaled Sabouné. LA DEGRADATION DU BIEN-ETRE AU TRAVAIL EN EHPAD : UNE ANALYSE PAR LE CONCEPT DE CONTRAT PSYCHOLOGIQUE ET LE MODELE EXIGENCES-RESSOURCES. @GRH, 2022, N° 42 (1), pp.35-58. 10.3917/grh.042.0035 . hal-03952553

HAL Id: hal-03952553

<https://hal.science/hal-03952553>

Submitted on 23 Jan 2023

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

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

LA DEGRADATION DU BIEN-ETRE AU TRAVAIL EN EHPAD : UNE ANALYSE PAR LE CONCEPT DE CONTRAT PSYCHOLOGIQUE ET LE MODELE EXIGENCES-RESSOURCES

Khaled Sabouné

Maître de Conférences en Sciences de Gestion
Aix-Marseille Université
CERGAM-IMPGT
Aix-en-Provence, France
Khaled.saboune@univ-amu.fr

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) connaissent de profondes mutations liées aux réformes successives qui visent à optimiser les dépenses et à améliorer la qualité de la prise en soins des résidents. Les changements induits par ces réformes semblent générer du stress, de l'épuisement et du mal-être au travail. Cette recherche entend précisément étudier la dégradation du bien-être au travail en EHPAD à travers le modèle exigences-ressources du travail et le concept de contrat psychologique. Les 18 entretiens semi-directifs et le *focus group* réalisés dans un EHPAD à but-non lucratif montrent que les interactions entre l'intensité des exigences du travail liées notamment à l'altération des relations sociales et à des dysfonctionnements organisationnels, et la disponibilité et l'usage des ressources du travail conduisent tous les acteurs de l'EHPAD à percevoir une perturbation négative de leur contrat psychologique relationnel. La réparation de ce contrat nécessiterait la mobilisation des ressources sociales et énergétiques comme le soutien social de la hiérarchie et des collègues de travail.

Mots-clés : contrat psychologique relationnel, exigences-ressources, environnement de travail, bien-être au travail, soutien social.

THE DEGRADATION OF WELL-BEING AT WORK IN EHPAD: AN ANALYSIS BY THE CONCEPT OF PSYCHOLOGICAL CONTRACT AND JOB DEMANDS-RESOURCES MODEL

Accommodation establishment for dependent elderly people (EHPAD) are undergoing profound changes linked to successive reforms aimed at optimizing expenditure and improving quality of care for residents. The changes brought by these reforms seem to generate stress, exhaustion and discomfort at work. This research specifically aims to study the deterioration of well-being at work in EHPADs through Job demands-resources model and Psychological contract concept. The 18 semi-directive interviews, and the focus group conducted in a non-profit EHPAD show that the interactions between the intensity of job demands linked in particular to the alteration of social relations and organizational dysfunctions, and job resources

lead all EHPAD employees to perceive a negative disturbance of their relational psychological contract. Repairing this contract would require the mobilization of social and energy resources such as social support from supervisor and work colleagues.

Keywords: relational psychological contract, demands-resources, work environment, well-being at work, social support.

« Usés », « cassés », « à bout », tels sont les termes utilisés par les salariés des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui se sont « fortement » mobilisés le 30 janvier et le 15 mars 2018 dans la France entière pour exprimer leur colère face à l'augmentation de leur charge de travail et au manque de moyens qui, d'après eux, dégradent leur santé au travail et les empêchent d'accompagner « dignement » les résidents. Le manque de moyens en EHPAD est causé en partie par une rationalisation des dépenses en accord avec les principes du *New Public Management* (NPM). En effet, ces établissements subissent, depuis le début des années 2000, des restructurations et appliquent de nouvelles pratiques managériales pour se conformer aux directives des pouvoirs publics. Ces derniers visent *via* une série de lois et de réformes à moderniser la gestion des établissements afin d'accroître la performance de ces derniers. Dans ce but, les professionnels des EHPAD sont souvent amenés à travailler dans l'urgence en faisant toujours « plus et mieux avec moins ».

Les nouveaux modes de fonctionnement des EHPAD et les politiques d'optimisation des coûts s'avèrent certes nécessaires (Minvielle, 2006), mais ils tendent à accroître les contraintes physiques, psychologiques et organisationnelles (Detchessahar *et al.*, 2010 ; DREES, 2016) des salariés et risquent d'altérer leur bien-être au travail (Abord de Chatillon, Desmarais, 2012 ; DARES, 2018). Les difficultés psychosociales constituent dès lors un défi pour les dirigeants des EHPAD dans la mesure où elles impactent la qualité de la prise en soins des résidents (Martet-Bertrand, 2019) et l'efficacité de leurs établissements. Les transformations du secteur médico-social bousculent également la relation d'emploi en EHPAD et conduisent les salariés à percevoir des perturbations négatives de leur contrat psychologique relationnel (Sabouné, 2021). Le contrat psychologique peut se définir comme « *un schéma cognitif, ou un système de croyances, représentant les perceptions d'un individu de ses propres obligations et de celles d'autrui, définies comme les devoirs ou les responsabilités que l'on se sent tenu d'assumer* » (Rousseau *et al.*, 2018). Une perturbation négative se produit lorsque le salarié s'aperçoit d'une modification des obligations réciproques et d'un écart significatif entre ses contributions et les incitations de son organisation (*ibid.*). Toutefois, la perturbation négative du contrat psychologique se traduit par des sentiments de détresse psychologique, de colère, de frustrations ou de déception (Guerrero, Naulleau, 2016). Il semble donc nécessaire d'étudier l'effet des perturbations négatives perçues du contrat psychologique sur le bien-être au travail dans le contexte particulier des EHPAD. En effet, la sécurité et la santé des résidents dépendent fortement du bien-être des soignants et de leurs managers (Martet-Bertrand, 2019). Dans un contexte de transformation des EHPAD, la réparation du contrat psychologique relationnel (désormais CPR) devrait constituer un levier de performance pour les établissements. Une meilleure gestion par l'organisation du CPR de ses salariés et managers s'avère de ce fait, nécessaire dans la mesure où le respect des termes relationnels concourt à la satisfaction au travail et à l'engagement organisationnel (Guerrero, 2005).

Cette recherche entend donc apporter des éléments de compréhension sur le lien entre perturbation négative du CPR et altération du bien-être au travail. Dans ce but, nous avons fait le choix de mobiliser le modèle exigences-ressources du travail (Demerouti *et al.*, 2001 ; Bakker *et al.*, 2003) dans la mesure où il permet de comprendre comment le bien-être au travail se dégrade en conséquence d'une perturbation négative du CPR. En effet, ce modèle appréhende le stress *via* une triple interaction entre l'environnement de travail, ses exigences spécifiques et les ressources dont un salarié peut disposer pour atténuer les effets de ces exigences (Bakker *et al.*, 2005 ; Bakker, Demerouti, 2007). Ainsi, une organisation pourrait ne pas réussir à réduire les exigences du travail de ses salariés, mais elle peut néanmoins leur fournir des ressources appropriées permettant de compenser les effets de ces exigences (Bakker *et al.*, 2003). Cependant, lorsque les ressources paraissent insuffisantes pour faire face à une charge de travail jugée « excessive », le salarié ressent une dégradation de son bien-être au travail et perçoit, par conséquent, une perturbation négative de son CPR. Cette recherche a donc choisi d'aborder la dégradation du bien-être au travail en EHPAD de l'équipe opérationnelle (infirmiers, aides-soignants, agents de service hôtelier) et de ses managers, à travers le concept de CPR et le modèle exigences-ressources du travail. En effet, la formation et l'évolution du contrat psychologique dépend non seulement des expériences antérieures de l'individu, mais aussi des interactions entre ce dernier et son environnement de travail (Rousseau *et al.*, 2018) : les relations avec les partenaires professionnels, la charge de travail, les changements organisationnels ... Les interactions entre l'intensité des exigences et la disponibilité et l'usage des ressources peuvent donc influencer la réalisation du CPR. La question de recherche s'annonce ainsi comme suit : *comment les interactions entre exigences du travail perçues et ressources du travail disponibles et mobilisées peuvent conduire les acteurs de l'EHPAD à percevoir une perturbation négative de leur contrat psychologique relationnel ?*

Les résultats de cette recherche devraient permettre aux dirigeants des EHPAD d'identifier d'une part les conditions de travail les plus nocives pour le bien-être au travail, et d'autre part de promouvoir des ressources du travail susceptibles d'atténuer les effets de celles-ci et de favoriser la réparation du CPR de leurs collaborateurs. Cet article est composé de quatre parties. La première présente une revue de littérature concernant le modèle exigences-ressources et le concept de contrat psychologique. La deuxième décrit le terrain de recherche, un EHPAD privé à but non-lucratif, et expose la démarche méthodologique. Il s'agit d'une étude qualitative qui a combiné deux méthodes de collecte des données : l'entretien semi-directif et le *focus group*. La troisième expose les résultats obtenus. Enfin, la dernière les discute.

1 Les concepts mobilisés

Nous présentons d'abord le modèle exigences-ressources du travail (1.1.), puis le concept de contrat psychologique (1.2.).

1.1 Le modèle exigences-ressources du travail

Le bien-être au travail constitue un élément de responsabilité sociale dans la mesure où il correspond à « *une expérience subjective positive où l'on tend à exprimer le meilleur de soi et qui se construit à travers soi, à travers ses relations sociales au travail et dans les interactions avec son organisation* » (Dagenais-Desmarais, 2010, p. 167). Il constitue « *un état psychologique résultant d'un rapport positif aux autres, à soi, aux temps et à l'environnement physique au travail* » (Biétry, Creusier 2013, p. 34). Il s'agit d'un ressenti qui émane « *du*

rapport individuel au travail et des émotions qu'il génère » (Poilpot-Rocaboy, 2017, p. 147). La notion de bien-être cherche à transformer le travail et son organisation, pour en faire des facteurs d'épanouissement. Dans cette optique, le bien-être au travail devrait être « *conçu non comme la récompense d'un effort mais comme la ressource même qui rend possible la performance durable* » (Bachelard, 2017, p. 10).

Le bien-être au travail consiste donc en une évaluation positive que l'individu réalise de son environnement de travail. Les ressources fournies par ce dernier influencent alors le bien-être du salarié (Bakker, Schaufel, 2008). L'approche par les ressources s'avère donc pertinente pour analyser la réponse de l'individu à un environnement de travail contraignant (Safy-Godineau, 2013 ; Rossano, 2019). Le modèle exigences-ressources du travail (en anglais *Job demands-resources model*, JD-R Model) permet de comprendre les caractéristiques du travail qui sont susceptibles d'influencer le bien-être au travail ou de stimuler la motivation et l'engagement au travail (Demerouti *et al.*, 2001 ; Bakker *et al.*, 2003 ; Bakker, Demerouti, 2007). Ce modèle stipule que pour chaque emploi, des exigences et des ressources de natures différentes interagissent et peuvent prédire la souffrance au travail (Demerouti, Bakker, 2011). Puisant ses racines dans le modèle de Karasek (1979) et dans la théorie de la Conservation des ressources (Hobfoll, 1989), le modèle JD-R est « *axé sur une vision dynamique des situations de stress au travail* » (Ben Aissa, Sassi, 2018, p. 33) dans la mesure où la nature des exigences et des ressources centrales diffère d'un poste de travail à un autre.

Les **exigences** font référence à des aspects organisationnels, physiques, sociaux ou psychologiques d'un emploi qui nécessite un effort physique, émotionnel ou cognitif générant un coût physique ou psychologique (Demerouti *et al.*, 2001 ; Bakker *et al.*, 2007). Elles correspondent à toute contrainte ressentie comme telle par l'individu (Demerouti *et al.*, 2001). Il peut s'agir d'une charge de travail excessive, d'une charge émotionnelle forte, etc. Les exigences ne sont pas nécessairement pathogènes, mais elles peuvent toutefois « *se transformer en facteurs de stress quand elles nécessitent un effort important* » (Silveri, 2017, p. 34). Les **ressources**, quant à elles, paraissent génératrices de motivation au travail. Elles correspondent à des aspects organisationnels, physiques, sociaux ou psychologiques d'un emploi qui permettent de compenser les effets des exigences du travail et d'atteindre des objectifs organisationnels (Bakker, Demerouti, 2007). Conserver, protéger et accroître ses ressources constitue donc une garantie du bien-être au travail (Neveu, 2007). Les ressources favorisent ainsi l'apprentissage, le développement personnel et l'engagement des salariés (Bakker, Demerouti, 2007). Elles se définissent comme « *des objets, caractéristiques personnelles, conditions ou énergies qui sont valorisées par les individus* » (Hobfoll, 1989, p. 516) et qui permettent à ces derniers de réaliser des objectifs désirables ou de protéger d'autres ressources (Halbesleben *et al.*, 2014). Cela signifie que tout « *objet, élément matériel, personnel ou social constitue une ressource pour un individu en fonction de l'intérêt que cet objet ou cet élément représente pour lui* » (Alphonse-Tilloy *et al.*, 2021, p. 74). Toutefois, Hobfoll (1989) distingue 74 ressources qu'il a regroupées en quatre catégories : les ressources matérielles (véhicule de service...), les ressources personnelles (compétences professionnelles...), les ressources sociales (soutien social...) et les ressources énergétiques (temp...). Il est à noter que certaines ressources possèdent, selon la culture et le contexte de travail, plus de potentiel pour atténuer les effets des exigences du travail (Hobfoll *et al.*, 2018). Selon le modèle JD-R, les interactions entre exigences et ressources du travail conduisent à :

- la dégradation du bien-être au travail du salarié si les ressources disponibles et mobilisées sont insuffisantes pour faire face à des exigences du travail importantes ;

- l'accroissement de l'engagement et de la motivation au travail lorsque la nature et la quantité des ressources dont le salarié dispose permettent d'atténuer les effets des exigences du travail (Bakker, Demerouti, 2007).

En EHPAD, la réduction des effectifs soignants, l'évolution des profils de résidents et la complexification du travail conduisent à l'augmentation de la charge de travail des soignants et de leurs managers (Sabouné, Montargot, 2017) et les placent dans une logique de tensions de rôle (Sabouné *et al.*, 2021). Les évolutions et les transformations des EHPAD ne sont donc pas sans conséquences sur le bien-être au travail et la réalisation du CPR.

1.2 Le contrat psychologique relationnel

Le contrat psychologique a pour objectif d'étudier la relation entre un salarié et son organisation, et de comprendre les conséquences attitudinales et comportementales qui en découlent. Il permet ainsi d'expliquer les réactions des professionnels du secteur face aux transformations des modes de fonctionnement de leurs organisations (Cassar, Briner, 2011 ; Sabouné, Montargot, 2017 ; Sabouné, 2021) et d'analyser les effets de la rationalisation des dépenses sur leur bien-être au travail (Rossano *et al.*, 2015). Les individus peuvent détenir des contrats psychologiques avec une, deux ou plusieurs parties entrelacées (Knapp *et al.*, 2020), dont certaines ne sont pas humaines (robot...) (Bankins, *et al.*, 2020). Dans cette recherche, nous avons fait le choix d'étudier le CPR entre salarié (manager ou non-manager) et supérieur hiérarchique dans la mesure où la qualité de la relation managériale influence fortement le comportement du salarié (Sabouné, Montargot, 2017 ; Rousseau *et al.*, 2018).

Conceptualisé comme une construction dynamique, de plus en plus d'auteurs s'intéressent à l'évolution du contrat psychologique au fil du temps (Rousseau *et al.*, 2018 ; Bankins *et al.*, 2020) pour tenter de comprendre comment les individus essaient de rétablir leur contrat suite à la perturbation de ce dernier (Guerrero, Naulleau, 2016 ; Tomprou, Hansen, 2018 ; Moreau-Grefe, Peyrat-Guillard, 2020). Rousseau *et al.* (2018) constatent en effet que l'individu passe par des phases distinctes dans ses relations d'emploi : la création, la maintenance, la renégociation et la réparation du contrat psychologique. Ainsi, pendant ces quatre phases, les obligations perçues, l'engagement et les objectifs de l'individu, les incitations de l'employeur et l'environnement de travail peuvent évoluer avec le temps.

Dès son arrivée dans l'organisation, le nouveau salarié entre dans la **phase de création**, au cours de laquelle les croyances préexistantes concernant ses propres obligations et celles de l'organisation et ses membres sont affinées grâce à des signaux environnementaux provenant de l'observation et de l'interaction avec ses partenaires professionnels. Une fois que la relation d'échange est établie et comprise, le salarié entre dans la **phase de maintenance**. Au cours de cette phase, le contrat psychologique guide le comportement de l'individu. Cette phase peut durer des jours, des mois ou plus selon la nature et la stabilité de la relation d'échange jusqu'à ce qu'une **perturbation** importante se produise. Cette dernière constitue un événement affectif fort qui génère une transition de phase par rapport à celle de maintenance. Elle peut influencer sur l'engagement organisationnel (Coyle-Shapiro, Kessler, 2002), la qualité de la relation managériale (Sabouné, 2021), le bien-être au travail (Rossano *et al.*, 2015), la satisfaction au travail (Guest, Conway, 2002), l'intention de rester (Tekleab, Taylor, 2003) ou la performance du salarié (Turnley *et al.*, 2003). La perturbation du contrat psychologique peut toutefois être positive ou négative en fonction des affects qui y sont associés. Lorsque l'écart entre les contributions et les incitations facilite la réalisation des objectifs personnels, la perturbation

engendrera des **affects positifs** et fera passer le CP en **phase de renégociation**. *A contrario*, lorsque cet écart contrarie l'atteinte des objectifs personnels, la perturbation déclenchera des **affects négatifs** et fera passer le CP en **phase de réparation**. L'ampleur de la perturbation négative et les réactions qui peuvent la suivre dépendent de la nature même du contrat psychologique (transactionnel, relationnel, idéologique, de développement, de transition). Elles paraissent en effet plus intenses dans le cas du CPR dans la mesure où l'échange dans le cadre de ce contrat s'appuie sur une confiance réciproque et un sentiment d'obligation morale. C'est pourquoi cette recherche porte uniquement sur ce type de contrat psychologique.

Il est enfin à noter que la période post-perturbation négative peut aboutir à la réactivation du contrat de pré-perturbation ou à la formation d'un nouveau contrat plus ou moins attrayant par rapport à l'original. Cependant, lorsque la réparation du CPR paraît impossible, l'individu peut mettre fin à sa relation d'emploi et quitter l'organisation.

2 Une recherche qualitative à visée compréhensive

Les EHPAD, anciennement appelés maisons de retraite médicalisées, appartiennent au secteur médico-social. Ils délivrent à des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie des prestations médicales et sociales comprenant la prise en soins, l'hébergement, la restauration et l'entretien. La présente recherche a été menée au sein d'un EHPAD confronté à un climat social délétère. Cet EHPAD appartient à une fondation qui gère des établissements sanitaires et médico-sociaux. D'une capacité d'accueil de 65 lits, cet établissement à but non-lucratif emploie une quarantaine de salariés pour un total de 31,84 équivalents temps plein (ETP). Les salariés et leurs managers sont répartis en trois équipes :

- la Direction, en charge de l'animation de l'équipe opérationnelle et de la gestion des activités administratives et financières de l'EHPAD. Elle est composée du Directeur de l'établissement et d'une Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice (IDEC) ;
- des salariés ayant une fonction transversale dans l'établissement : le médecin coordonnateur, la psychologue coordonnatrice et la secrétaire de direction. Cette équipe exerce en étroite collaboration avec la direction de l'EHPAD et l'équipe opérationnelle ;
- une équipe opérationnelle, composée des personnels soignant et hôtelier, qui assure la prise en soins des résidents et l'entretien des locaux. Elle est composée des Infirmiers Diplômés d'État (IDE), des aides-soignants (AS) et des agents de service hôtelier (ASH).

Afin de répondre à la question de recherche, nous avons réalisé une étude qualitative à visée compréhensive en raison de la préconisation de Rousseau et *al.* (2018) pour l'étude de la perturbation négative du CPR. Cette démarche qualitative, guidée par la nature subjective et collective des notions de ressources et d'exigences du travail, permet d'accéder aux perceptions et représentations des professionnels de l'EHPAD relatives aux termes de leur CPR et à leur contexte de travail. Ce choix méthodologique se justifie ainsi par le projet de recherche poursuivi et la complexité du problème à analyser (Hlady-Rispal, 2002). Dans ce but, deux sources d'évidence ont été mobilisées : l'entretien individuel et le *focus group*. L'objectif étant de placer le salarié « *dans une dynamique positive et proactive lui offrant ainsi la possibilité d'envisager une issue favorable à des situations parfois intenable* » (Rossano, 2019, p.135). Au total 18 entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés avec :

- le directeur régional, en CDI et à temps plein ;

- le directeur et l'IDEC, en CDI et à temps plein ;
- tous les salariés ayant une fonction transversale dans l'EHPAD. Ils sont tous en CDI et à temps partiel : médecin coordinateur (0,2 ETP), psychologue (0,25 ETP), secrétaire de direction (0,8 ETP) ;
- tous les personnels soignant et hôtelier, en CDI et à temps plein : 2 IDE, 5 AS et 5 ASH.

D'une durée moyenne de 56 minutes, les 18 entretiens ont été menés sur le lieu de travail des interviewés, sur une période de 11 mois. Un guide d'entretien a été construit afin d'identifier les représentations et les perceptions des salariés relatives à leur CPR et leur environnement de travail. Plusieurs thèmes ont été abordés : l'organisation du travail, le rythme et la cadence du travail à réaliser, les conditions de travail, les possibilités de communication avec les partenaires professionnels, les formes de soutien reçu, le management du supérieur, les obligations de ce dernier envers ses collaborateurs... Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et ont été retranscrits intégralement. Les données collectées ont été traitées par l'analyse de contenu thématique (Miles, Huberman, 2005) : codification des données au début, à mi-chemin et à la fin de l'étude ; matrice de comptage des codes afin de ressortir les salariés citant de manière récurrente les termes ou les phrases représentatives des codes, méta-matrice regroupant les entretiens et les thèmes abordés.

Suite à ces 18 entretiens, un *focus group* a été réalisé. Cette technique d'entretien collectif permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Grâce à elle, des attentes sont évaluées et des comportements sont mieux compris. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues (Thibeault, 2010¹). Le *focus group*, animé par deux chercheurs, a réuni onze personnes (dont certaines ont également été interrogées en individuel) : Directeur régional, Directeur de l'EHPAD, IDEC, médecin, psychologue, secrétaire de direction, une IDE, deux AS et deux ASH. Ce *focus group*, organisé dans la salle de réunion de l'EHPAD, avait un double objectif. Le premier était de recueillir la perception des salariés relative à leur environnement de travail et à la réalisation de leur CPR. Cela s'inscrit dans la continuité des entretiens individuels en permettant à la fois de croiser les données à des fins de vérification et d'aller plus loin dans la compréhension collective de la situation de l'EHPAD. Le deuxième objectif, était de faciliter la réflexion entre les salariés opérationnels de l'EHPAD et leurs managers, pour favoriser la formation d'un CPR collectif. Les données collectées ont été synthétisées sous forme de méta-plan. Les résultats de cette recherche sont présentés *infra*.

3. Les conséquences des interactions entre exigences et ressources du travail

La nature des exigences et des ressources du travail varie, comme indiqué *supra*, d'un emploi à un autre. Pour cette raison, nous avons tenté, comme le montre le tableau n° 1, d'identifier et d'étudier les interactions entre les exigences du travail perçues et les ressources du travail disponibles et mobilisées des cinq principales catégories d'acteurs évoluant dans l'EHPAD : le Directeur, l'IDEC, les IDE, les AS et les ASH. Les résultats montrent tout d'abord que ces interactions conduisent tous ces acteurs à ressentir une dégradation de leur bien-être au travail, liée à une perturbation négative de leur CPR. Toutefois, les conséquences de la perturbation négative de ce dernier diffèrent d'une fonction à une autre et d'un individu à un autre selon les exigences du travail perçues et les ressources disponibles et mobilisées : stress, mal-être, perte

¹ <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58>

de motivation, départ... Les résultats montrent ensuite qu'un grand nombre d'exigences perçues est partagé par les cinq catégories d'acteurs : relation managériale altérée, charge de travail excessive, manque de temps, dysfonctionnements organisationnels liés notamment à l'absence de clarté des rôles et au projet d'établissement non-adapté à l'évolution du contexte de l'EHPAD. Les résultats pointent surtout le manque important de ressources nécessaires pour atténuer les effets des exigences du travail perçues par les interviewés. Les résultats montrent enfin que la perception de perturbation négative du CPR, engendrée par les interactions entre l'intensité des exigences et la disponibilité et l'usage des ressources du travail, conduit les acteurs de l'EHPAD à formuler de nouveaux CPR. Au total, trois CPR s'élaborent : un contrat entre le Directeur d'établissement et le Directeur régional, un contrat entre l'IDEC et le Directeur d'établissement, un contrat entre l'équipe opérationnelle et la Direction d'établissement. Concernant le dernier contrat, nous avons constaté que même si les tâches et les responsabilités des IDE, des AS et des ASH sont très différentes, mais tout de même, les perceptions de ces trois fonctions des obligations de la Direction d'établissement envers l'équipe opérationnelle sont identiques. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces trois fonctions sont en contact permanent et direct avec les résidents et qu'elles subissent les mêmes exigences du travail (cf. tableau n° 1). Il est à noter que les salariés opérationnels et leurs managers estiment que la qualité des relations interpersonnelles avec les supérieurs hiérarchiques constitue une des obligations des deux parties engagées dans le CPR.

Concernant le CPR du Directeur de l'EHPAD, ce dernier devrait, d'après le DR, montrer l'exemple à ses équipes, communiquer sur les stratégies et les difficultés de l'EHPAD, afin de responsabiliser et mobiliser l'équipe opérationnelle, mais aussi la rendre acteur majeure du bon fonctionnement de la structure. Toutefois, le Directeur de l'EHPAD constate de nombreux dysfonctionnements organisationnels, mais sa charge de travail administratif et le manque de temps et de soutien du DR l'empêche d'entreprendre les démarches nécessaires pour mettre en place une organisation du travail plus adaptée. Il regrette à cette occasion le management directif et « réactionnel » du DR qui bloque le dialogue et les échanges sur les décisions de la direction régionale relatives au fonctionnement de l'EHPAD. Le Directeur perçoit alors une perturbation négative de son CPR qui génère une dégradation de son bien-être au travail : stress, mal-être et insomnies. Cette perception de perturbation négative du CPR conduit le Directeur de l'EHPAD à noter un ensemble d'obligations du DR, constituant ainsi son nouveau CPR. Le DR devrait lui offrir une vision à moyen et à long terme, afin de mieux organiser son travail, définir un projet d'établissement adapté, et œuvrer dans le même sens que de la direction régionale. En outre, le DR devrait davantage l'écouter, dialoguer avec lui et le soutenir afin de bâtir avec lui une relation de confiance. Le DR devrait enfin lui fournir des outils RH qui pourraient l'aider à mieux identifier les compétences disponibles et les utiliser de manière optimale en fonction de ses besoins.

L'IDEC se révèle être un acteur-pivot confronté à des logiques divergentes. Son rôle est jugé peu confortable par le médecin coordinateur : « *l'IDEC est entre le marteau et l'enclume, elle se fait écrabouiller à chaque fois* ». De fait, elle se trouve confrontée à une multitude de parties prenantes : « *Je ne savais même plus quelles étaient les priorités [...] l'équipe, les résidents, les fins de vie très en demande pour qu'on les écoute et c'est normal parce qu'il y a une souffrance, les entretiens avec les familles, les médecins, les partenaires aussi* ». L'IDEC doit ainsi s'assurer de la bonne gestion de son service tout en respectant la logique économique de la direction et en opérant un contrôle serré et une traçabilité des activités de soins. Elle perçoit ses activités administratives chronophages comme une dérive administrative qui entre en conflit avec le cœur de son activité, constitué par les soins.

Tableau n° 1. Interactions entre les exigences du travail perçues et les ressources disponibles et mobilisées

Fonction	Exigences	Ressources	Signes caractéristiques d'une perturbation négative du CPR
Directeur	Relation managériale altérée, Manque de temps, Difficultés d'anticipation, Dysfonctionnements organisationnels, Charge de travail excessive et manque de moyens « On m'impose des contraintes de plus en plus importantes » ; « Je me sens travailler dans un capharnaüm, où rien n'est rangé, rien n'est à sa place » ; « Une grande difficulté à m'exprimer parce que quand je le fais, les repréailles sont douloureuses »	Ressources sociales : soutien de la famille et des pairs Ressources personnelles : résilience Ressources énergétiques : sens du travail, tâches stimulantes « Les résidents quand j'arrive, ils sont contents de me voir, ça me porte », « Je gère assez bien mon stress parce que j'ai une écoute de mon fonctionnement interne qui fait que je surfe avec le malaise que ça peut me procurer »	Stress, Mal-être, Insomnies, Fatigue « Je vis dans un stress tout le temps de ce que je n'ai pas pu faire » ; « J'ai beaucoup d'insomnies » ; « J'ai une fatigue physique qui fait que mes temps personnels, sont fagocités par mon besoin de me retaper »
IDEC	Relation managériale dégradée, Ambiguïté de rôle, Urgence d'exécution des tâches, Sentiment de travail bâclé, Interruptions au travail fréquentes, Manque de temps, Charge de travail excessive, Sentiment d'isolement, Dysfonctionnements organisationnels, Climat social tendu, Manque de moyens « Ça défilait dans mon bureau, j'avais tout et rien. Il n'y avait plus rien qui se construisait, je répondais dans l'urgence à toutes les questions de tout le monde »	Ressources énergétiques : sens du travail, amour du métier, valeurs du secteur médico-social « J'ai des projets, j'ai envie de faire des belles choses avec cette équipe, parce que j'aime cette équipe, vraiment j'aime venir bosser ici le matin, j'aime les résidents qui sont là et ça me fait plaisir de venir »	Stress, Mal-être, Fatigue, Burnout, Intention de départ « C'était un burnout aigu, ma tête elle était archi pleine et c'est mon corps qui s'est plus levé de ma chaise. Je faisais des petits malaises à répétition, physiquement, ça tenait plus la route, et je crois que dans ma tête aussi »
IDE	Charge de travail excessive, Relation managériale dégradée (avec le directeur), Manque d'effectif, Pression dans l'atteinte d'objectifs, Sentiment d'injustice, Climat social tendu, Conflits de valeurs, Sentiment d'isolement : « On n'est pas bien parce que mauvaise ambiance. Tout le monde le ressent » ; « Deux infirmières alors qu'il faut qu'on soit 4 »	Ressources sociales : reconnaissance des résidents Ressources énergétiques : amour du métier « Moi j'aime mon travail, j'ai toujours voulu être infirmière, j'aime m'occuper d'eux. Moi j'aime ce que je fais »	Stress, Mal-être, Fatigue, Départ, Déficit de confiance « Entre tout le temps là et être aussi fatiguée » ; « Je suis crevée » ; « Là j'ai été un peu déçue. [...] ça démotive » ; « Nous on est en souffrance »
AS	Absence de clarté sur la répartition des rôles, Sentiment d'injustice, Relation managériale dégradée, Conflits de valeurs, Manque d'effectif, Manque de reconnaissance, Climat social tendu, Charge de travail excessive, manque de temps, sollicitations annexes aux horaires de travail, Déficit d'informations et de communication « Quand on nous demande de faire plus que ce que l'on ne peut faire, ça devient plus possible » ; « On ne travaille pas avec des sacs de pommes de terre, ce sont des êtres humains »	Ressources sociales : reconnaissance des résidents, solidarité et soutien entre AS « On est vraiment une équipe soudée, c'est ce qui nous tiens à cet établissement, sinon on serait parties »	Stress, Mal-être, Fatigue, Intention de départ, Départ, Déficit de confiance envers la direction, Perte de motivation « C'est ce qui nous stresse le plus le temps, le temps, le temps » ; « Vous voyez là je suis fatiguée. Ça se reporte sur les résidents aussi »
ASH	Charge émotionnelle forte, Sentiment d'injustice, Manque de reconnaissance, Relation Managériale dégradée, Déficit d'information et de communication, Manque de moyens matériels, Absence de vision, Climat social tendu, Manque de reconnaissance, Pénibilité physique, manque de temps, sollicitations annexes aux horaires de travail, Absence de clarté sur la répartition des rôles, Conflits de valeurs « On ne peut pas s'exprimer nous les ASH » ; « On a des chariots, ils pèsent un âne mort » ; « On a trop de tâches différentes à faire, et on n'a pas assez le temps pour faire ce qu'on a à faire »	Ressources sociales : relationnel et reconnaissance des résidents « Je pense aux résidents, je suis là pour eux », « Avec les résidents, ça se passe bien. On aime bien avoir nos petits pépés mémés » ; « J'aime retrouver les résidents, c'est un travail que je fais avec beaucoup de plaisir malgré tout »	Stress, Mal-être, Fatigue, Intention de départ, Déficit de confiance envers la direction, Perte de motivation « Ça m'a coûté 15 jours d'arrêt maladie, de la dépression. Je n'étais vraiment pas bien, je ne dormais pas, je ne mangeais pas » ; « Cette ambiance elle est pesante... ça démotive beaucoup », « je ne vous le cache pas, j'ai posé des CV ailleurs »

Pour le Directeur de l'EHPAD, l'IDEC devrait tout d'abord endosser un rôle de chef d'équipe, s'assurer du respect des bonnes pratiques professionnelles et animer son équipe. Or, la forte charge administrative qui pèse sur l'IDEC, la conduit à être moins disponible pour son équipe, tout en ayant qu'une vision parcellaire de la stratégie de l'organisation. L'IDEC pointe à cette occasion l'absence de collaboration et de coordination avec le Directeur de l'EHPAD, et regrette son management directif. Elle note ainsi le manque de définition précise du périmètre de son poste. Cette position délicate de marginal-sécant a entraîné chez l'IDEC un état de stress chronique (*burnout*) qui la conduit à un arrêt maladie. Il s'agit là d'un signe caractéristique d'une perturbation négative du CPR, engendrant une détresse pouvant affecter sa vie personnelle et professionnelle. D'après elle, le Directeur de l'EHPAD devrait consacrer plus de temps pour la soutenir, l'écouter et la rassurer dans la réalisation de ses tâches. Il devrait également collaborer de manière plus étroite avec elle afin de mettre en place une organisation du travail favorisant l'amélioration du climat social et la performance de l'établissement.

Concernant le CPR des salariés opérationnels, la direction d'établissement attend d'eux du « *professionnalisme* », de la bienveillance envers les résidents et les collègues de travail, et d'accepter de travailler en équipe pluridisciplinaire. Néanmoins, le modèle économique de l'EHPAD qui consiste à réduire les dépenses et à augmenter la charge de travail provoque des difficultés dans les services opérationnels. Il engendre du stress, de la fatigue et des conflits sur le terrain, entre AS et ASH. Ainsi, une réduction d'effectifs a provoqué une augmentation de la fatigue et une démotivation de la part des soignants et des ASH. Cette intensification du travail fait que les salariés opérationnels ne disposent qu'encore moins de temps pour réaliser leurs tâches. L'augmentation de la productivité impacte également négativement le climat social. Les espaces de discussion sur le travail s'en trouvent réduits. Ainsi, la pause du matin permettant de prendre le café entre équipes et de partager en toute convivialité sur leurs pratiques professionnelles a par exemple été supprimée. Elle concourait cependant à un élément du CPR basé sur une connaissance et confiance réciproque et un sentiment d'obligation morale envers les équipes. De même, les conditions de travail ne sont pas jugées optimales. Ainsi, le processus d'obtention de matériel ou de produits pourtant indispensables est remontée à l'encadrement, qui n'y prête que peu d'attention. Or, un bon matériel s'avère indispensable afin d'atteindre les objectifs fixés aux salariés. Le manque d'ergonomie peut également influencer négativement sur le bien-être au travail : « *travailler encore à quatre pattes à brosser, ça va un moment, il y a des machines* » (ASH). Ces éléments sont évocateurs d'une perturbation négative du CPR en raison du manque de considération accordée au personnel.

Ainsi, afin de pallier aux absences, la direction est amenée à appeler des soignants et des ASH lors de leurs jours de repos. Ces sollicitations sont à mettre en relation avec une possible perturbation négative de leur CPR, de par la non prise en compte de leur équilibre émotionnel à la fois personnel et professionnel. Elles sont parfois perçues comme une forme de « *harcèlement moral* », qui les insécurise. La surcharge de travail implique également des difficultés à se déconnecter complètement du travail à la maison. Par ailleurs, en raison de restrictions budgétaires, les équipes de soins doivent souvent réaliser la même charge de travail avec un effectif moindre. Dans ce contexte, les départs sont nombreux et les nouveaux recrutés ne s'avèrent pas opérationnels. Il faut donc les intégrer et les former.

L'équipe opérationnelle rapportent des incertitudes concernant le contenu de ses activités. D'après cette équipe, la direction de l'EHPAD devrait clarifier les propres rôles des AS et de ceux des ASH, afin de réduire les conflits. Cependant, les ASH perçoivent une dévalorisation

de leur propre fonction par rapport aux AS : « *Il y a toujours cette notion de « le ménage ce n'est pas important, c'est moins important que le soin, ça a été dit verbalement, par la direction et par l'IDEC »* (ASH). Par ailleurs, les salariés opérationnels remettent en question leur rôle au sein d'un EHPAD qui met au premier plan une logique de productivité, qui met au second plan leur implication émotionnelle, caractéristique d'une possible perturbation négative de leur CPR. La charge de travail excessive ne permet pas d'écouter et de rassurer suffisamment les résidents, faute de temps. Des conflits de valeurs transparaissent donc de l'analyse, qui perturbent le CPR, de par une remise en cause d'une légitimité morale. Ils sont dus au sentiment de mal faire son travail, de le bâcler au détriment du temps relationnel avec le résident. En effet, les relations socio-affectives sont mises au premier plan par le personnel opérationnel. Et ceci, en dépit du contexte émotionnellement chargé de la dépendance. Tisser des liens à l'occasion de la prise en charge des résidents apparaît central et prioritaire. Il convient donc de prendre en considération le résident dans toutes ses dimensions et ne pas se focaliser sur la course au rendement. Les valeurs humanistes sont ainsi perçues comme remises en cause avec les logiques de rentabilité. Le personnel opérationnel regrette enfin le management directif du Directeur de l'EHPAD et l'absence de l'IDEC.

Pour faire face à la perturbation négative de leur CPR, les salariés opérationnels expriment des attentes de soutien social et de reconnaissance affective à l'égard de la direction de l'EHPAD, qui se traduisent par un fort besoin de communication orale de face-à-face dans le cadre d'une relation de proximité fondée sur la confiance et le respect mutuels.

4. La discussion des résultats

Pour mémoire, l'objectif de cette recherche consistait à étudier comment les interactions entre l'intensité des exigences du travail et la disponibilité et l'usage des ressources du travail peuvent conduire les acteurs de l'EHPAD à percevoir une perturbation négative de leur CPR. Les résultats, présentés plus haut, nous conduisent d'abord à s'interroger sur le manque important de ressources sociales, notamment le soutien de la hiérarchie, dans un secteur où les valeurs humaines sont essentielles et les métiers sont à vocation sociale et solidaire. On l'a vu à tous les niveaux hiérarchiques, les acteurs interrogés pointent la dégradation de la relation avec leurs managers. Ces derniers leur paraissent très peu disponibles, très peu accessibles, très peu ouverts à la discussion et au partage d'idées. Ainsi, les acteurs interrogés déclarent ne pas pouvoir compter sur le soutien technique et affectif de leurs supérieurs hiérarchiques pour faire face à des exigences du travail de plus en plus importantes. Ils perçoivent alors un management « *directif* », « *autoritaire* », « *tyrannique* », « *réactionnel* », « *malveillant* » ou « *absent* ». Le manque (ou l'absence) de soutien social peut expliquer en partie la perception de perturbation négative du CPR des acteurs de l'EHPAD. En effet, le soutien social de la hiérarchie constitue une des ressources majeures aidant les salariés à donner plus de sens à leur action (Sabouné, 2021) et à faire face à la souffrance au travail (Hobfoll *et al.*, 2018) dans la mesure où il joue un rôle médiateur entre les exigences du travail et le bien-être du salarié (Cohen, Wills, 1985). En effet, le soutien social du supérieur hiérarchique peut atténuer les effets des conditions de travail nocives en offrant au salarié la possibilité d'exprimer ses problèmes et ses angoisses au travail, en l'écoutant, en réduisant l'importance qu'il accorde aux événements stressants et en lui proposant des solutions à ses problèmes (*ibid.*). Par ailleurs, des ressources mobilisées par certains acteurs de l'EHPAD, comme l'« amour du métier » ou la « reconnaissance des résidents », s'avèrent insuffisantes pour préserver leur bien-être, mais cependant elles

contribuent au maintien de leur engagement au travail. Cela concerne notamment les salariés qui ont une ancienneté supérieure à quatre ans dans l'établissement.

Les résultats de la présente recherche conduisent ensuite à s'interroger sur l'origine des dysfonctionnements organisationnels perçus par tous les acteurs de l'EHPAD, comme l'absence de clarté sur la répartition des rôles, le déficit d'informations et de communication ... Ces dysfonctionnements contribuent également à la perception de perturbation négative du CPR. Il convient ici de rappeler que l'organisation du travail et des activités des salariés, relève de la responsabilité des managers. Néanmoins, le manque de temps, empêche l'IDEC et le Directeur de l'EHPAD, non seulement d'animer leurs équipes, mais aussi d'observer et de connaître les pratiques professionnelles de ces dernières afin de repenser l'organisation du travail. Il convient de noter à cette occasion que la formalisation excessive, engendrée par les réformes du secteur médico-social, est accusée de détourner l'énergie des managers. Ces derniers passent leur temps à suivre des procédures, à remplir des formulaires divers, à rédiger des rapports et à participer à des réunions alors que la gestion d'établissement était plus empirique, avant les réformes des années 2000, comme le confirme le Directeur de l'EHPAD : « *Aujourd'hui, il y a beaucoup plus de tâches administratives, de procédures de sécurité, et qui sont aussi couplées avec des réunions, des comités de direction, des réunions de travail interne, des participations à des réunions du Conseil départemental, de l'ARS* ».

Les résultats montrent enfin que la perturbation négative du CPR, engendrée par les interactions entre exigences et ressources du travail, a conduit, comme indiqué *supra*, chacune des cinq catégories d'acteurs de l'EHPAD à s'impliquer dans un processus d'autorégulation et à former un nouveau CPR. En effet, la notion de contrat psychologique est dynamique et évolutive, *via* des cycles de négociation, de brèche et d'accomplissement (Conway, Briner, 2009 ; Rousseau *et al.*, 2018). Le CPR se développe en effet au fil du temps, suite notamment à des changements organisationnels. Le *focus group* a ainsi constitué l'opportunité pour toutes les fonctions de l'EHPAD d'échanger sur leur CPR avec leurs supérieurs hiérarchiques. Les discussions et les échanges entre tous les acteurs de l'EHPAD ont conduit par la suite à la formation d'un CPR collectif dont le respect devrait concourir au bien-être de tous et à la performance de l'établissement. Ce CPR collectif suppose un professionnalisme, une assiduité, un comportement bienveillant, une sécurisation des actes de soins et de l'information médicale contre une relation de proximité entre salariés et managers, une meilleure répartition des moyens entre les différentes fonctions de l'EHPAD et une organisation du travail plus humaine qui favorisent un mode de fonctionnement collaboratif au service du résident.

Toutefois, la maintenance de ce CPR collectif nécessite d'aider et de former l'IDEC et le Directeur de l'EHPAD à la gestion du temps et des priorités, de leur donner plus d'autonomie et de liberté dans la prise de décision, mais aussi de leur allouer plus de moyens pour améliorer les conditions de travail de l'équipe opérationnelle et la qualité de la prise en soins des résidents. Dans ce but, le soutien du DR s'avère indispensable. Ainsi, la maintenance du CPR collectif serait donc possible grâce à la mobilisation de nouvelles ressources énergétiques (temps, valeurs humaines, fierté du travail bien fait...), mais aussi et surtout sociales (soutien de la hiérarchie et des collègues de travail, climat social apaisé...). Dans ce but, il serait nécessaire de multiplier les échanges et les discussions sur le travail entre fonctions et avec la Direction de l'EHPAD afin de construire une relation managériale de qualité et une organisation du travail plus adaptée permettant ainsi de réduire les exigences du travail. *A contrario*, le non-respect des termes de ce CPR collectif pourrait conduire les acteurs de l'EHPAD à percevoir des

exigences du travail plus importantes, et concourt *ipso facto* à des perturbations négatives de ce contrat.

Ce travail de recherche exploratoire a permis de constater que dans l'établissement étudié, les interactions entre exigences et ressources de travail concourent non seulement à la dégradation du bien-être au travail ou au maintien de l'engagement comme le stipule le modèle JD-R (Bakker, Demerouti, 2007), mais aussi à la des perturbations négatives du CPR. Cette recherche pointe aussi les conditions de travail physiques, psychologiques et mentales qui peuvent nuire à la santé au travail en EHPAD : relations sociales dégradées, conflits de valeurs, charge de travail excessive, manque de temps, projet d'établissement non-adapté (ou non-actualisé), absence de clarté sur la répartition des rôles, manque de moyens humains et matériels, déficit d'informations et de communication, manque de temps ... Nous avons constaté par ailleurs l'absence d'une politique formelle de gestion des carrières favorisant le développement des compétences et l'évolution professionnelle des salariés. Nous notons ainsi le manque ou l'absence de soutien social de la hiérarchie nécessaire pour préserver le bien-être au travail, notamment dans un secteur où les salariés opérationnels sont confrontés en permanence à la souffrance et à la mort. La réparation du CPR nécessite toutefois la mobilisation des ressources énergétiques (temps...) et sociales (soutien social...). Toutefois, cette recherche présente des limites qui pourraient être levées par de futures recherches complémentaires. Il est en effet fondé sur l'étude d'un cas unique et de ce fait les résultats ne peuvent pas être généralisés. Il serait donc nécessaire de réaliser une étude comparative avec un EHPAD au sein duquel le bien-être au travail des salariés paraît préservé afin de vérifier si cela est lié à la disponibilité et à l'usage des ressources sociales, notamment le soutien de la hiérarchie. Ainsi, neuf mois après la réalisation du *focus group* et la formation du CPR collectif, nous avons appris que le climat social s'est de nouveau dégradé suite à la tentative de suicide au travail d'une aide-soignante et le licenciement de l'IDEC. Nous avons essayé de reprendre contact avec la Direction de l'EHPAD pour tenter d'en comprendre les causes, mais notre demande d'entretiens a été refusée.

Le secteur des EHPAD, fortement médiatisé actuellement, est en pleine mutation. Il s'avère donc aujourd'hui primordial de préserver le bien-être au travail de tous les acteurs de l'EHPAD afin de pouvoir amorcer les changements induits par les réformes successives sur de bonnes bases et améliorer la qualité de la prise en soins. Nous pouvons donc noter que l'amélioration des relations sociales et la mise en place d'une organisation du travail plus humaine qui remet le résident au centre de ses actions et qui permet de concilier logiques économiques et logiques sociales devraient aujourd'hui relever d'une vraie stratégie et être anticipées, afin de ne pas avoir à subir l'aspect négatif des divers enjeux liés à la complexité de l'environnement des EHPAD.

REFERENCES

- Abord de Chatillon, E., & Desmarais, C. (2012). Le nouveau Management Public est-il pathogène ? *Management International*, 16 (3), p.10-24.
- Alphonse-Tilloy, I. *et al.* (2021). Voyage des ressources en organisation polaire : étude d'un « Caravan Ressources Passageway » au sein d'un centre hospitalier. @GRH, (38), p. 71-104.
- among prison guards. *Journal of Organizational Behavior*, 28 (1), p. 21-42.
- Bachelard, O. (2017). *Le bien-être au travail*. Presses de l'EHESP.
- Bakker, A. B. *et al.* (2003). A multi-group analysis of the Job Demands-Resources model in four home care organizations. *International Journal of Stress Management*, 10 (1), p. 16-38.
- Bakker, A. B. *et al.* (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10 (2), p. 170-180.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22 (3), p. 309-328.
- Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2008). Positive organizational behavior: engaged employees in flourishing organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 29 (2), p. 147-154.
- Bankin, S. (2015). A process perspective on psychological contract change: Making sense of, and repairing, psychological contract breach and violation through employee coping actions. *Journal of Organizational Behavior*, 36 (8), p.1071-1095.
- Bankins, S. *et al.* (2020). Charting directions for a new research era: addressing gaps and advancing scholarship in the study of psychological contracts. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, (29), p. 159-163.
- Ben Aissa, H, & Sassi, N. (2018). Application du modèle du « Job/Demand/Resource » à l'analyse des niveaux de stress des cadres. *Management International*, 23 (2), p. 32-34.
- Biétry, F., & Creusier J. (2013). Proposition d'une échelle de mesure positive du bien-être au travail (EPBET). *Revue de gestion des ressources humaines*, (87), p. 23-41.
- Cassar, V., & Briner, R. (2011). The relationship between psychological contract breach and organizational commitment: Exchange Imbalance as a moderator of the mediating role of violation. *Journal of Vocational Behavior*, 78 (2), p. 283-289.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), p.310-357.
- Conway, N., & Briner, R. (2009). Fifty years of psychological contract research: What do we know and what are the main challenges? In: Hodgkinson, G. P., Ford, J. K. *International review of industrial and organizational psychology*. Wiley-Blackwell, p. 71-130.
- Coyle-shapiro, J. A. M., & Kessler, I. (2002). Exploring the reciprocity through the lens of psychological contract: employee and employer perspectives. *Journal of work and organizational psychology*, 11 (1), p. 69-86.
- Dagenais-Desmarais, V. (2010). *Du bien-être psychologique au travail : fondements théoriques, conceptualisation et instrumentation du construit*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- DARES (2018). Travail et bien-être psychologique. L'apport de l'enquête CT-RPS 2016. *Document d'études*, (217).

- Demerouti, E. *et al.* (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86 (3), p. 499-512.
- Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2011). The Job Demands-Resources model: Challenges for future research. *South African Journal of Industrial Psychology*, 37(2), p. 1-9.
- Detchessahar, M. *et al.* (2010). Les modes de régulation du travail et leurs effets sur la santé des salariés deux établissements d'accueil des personnes âgées en quête de management. *Finance Contrôle Stratégie*, 13 (4), p. 39-74.
- DREES (2016). Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. *Les Dossiers de la Drees*, (5).
- Guerrero, S. (2005). La mesure du contrat psychologique dans un contexte de travail francophone. *Relations Industrielles*, 60 (1), p. 112-144.
- Guerrero, S., & Naulleau, M. (2016). What's Next after Psychological Contract Violation? *Industrial Relations*, 71 (4), p. 639-659.
- Guest, D. E., & Conway, N. (2002). Communicating the psychological contract: An employer perspective. *Human Resource Management Journal*, 12 (2), p. 22-38.
- Halbesleben, J. R. B. *et al.* (2014). Getting to the "COR": understanding the role of resources in conservation of resources theory. *Journal of Management*, 40 (5), p. 1334-1364.
- Hlady-Rispal, M. (2002). *La méthode des cas : application à la recherche en gestion*. De Boeck.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources. *American Psychologist*, 44 (3), p. 513-524.
- Hobfoll, S. E. *et al.* (2018). Conservation of resources in the organizational context: the reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5, p. 103-128.
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2), p. 285-308.
- Knapp, J. R. *et al.* (2020). Towards a social-cognitive theory of multiple psychological contracts. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, (20), p. 200-214.
- Martet-Bertrand, V. (2019). *De la perception à l'acceptation de la performance en secteur médico-social : apports et influences des représentations sociales Le cas des EHPAD privés à but lucratif*. Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Aix-Marseille Université.
- Miles, M., & Huberman, M. (2005). *Analyses des Données Qualitatives*. De Boeck.
- Minvielle, E. (2006). New Public Management "à la Française": The case of the Regional Hospital Agencies. *Public Administration Review*, 66 (5), p. 753-763.
- Moreayu-Grefe, G., & Peyrat-Guillard, D. (2020). L'après d'une violation des contrats tacites : une proposition de modèle à partir du cas des pilotes Air France. *Revue de gestion des ressources humaines*, (115), p. 19-40.
- Morrison, E.W., & Robinson, S.L. (1997). When employees feel betrayed: a model of how psychological contract violation develops. *Academy of Management Review*, 22 (1), p. 226-256.
- Neveu, J.-P. (2007). Jailed resources: Conservation of resources theory as applied to burnout

- Poilpot-Rocaboy, G. (2017). Triptyque temporel et bien-être au travail : l'illustration d'un établissement de santé. In : Bachelard O., *Le bien-être au travail*. Presses de l'EHESP, p. 147-154.
- Rossano, M. (2019). Entre spirales de ressources et souffrance psychosociale à l'hôpital. *Journal de Gestion et d'économie de la santé*, 37 (2), p. 135-158.
- Rossano, M. et al. (2015). Rupture du contrat psychologique et risques psychosociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources. *Revue Gestion des Ressources Humaines*, (95), p.58-77.
- Rousseau, D. M. (1989). Psychological and Implied Contracts in Organizations. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 2 (2), p. 121-139.
- Rousseau, D. M. (1995). *Psychological Contracts in Organizations: Understanding written and unwritten agreements*. Sage Publications.
- Rousseau, D.M. et al. (2018). A dynamic phase model of psychological contract processes. *Journal of Organizational behaviour*, 39 (9), p. 1081-1098.
- Sabouné, K. (2021). Le faible soutien social des supérieurs hiérarchiques : un élément perturbateur du contrat psychologique relationnel des salariés opérationnels du secteur médico-social. *Management & Avenir*, (124), p. 37-55.
- Sabouné, K. et al. (2021). Les espaces de discussion : un outil de régulation des tensions de rôle en EHPAD ? 32^{ème} Congrès de l'AGRH, Paris, 13-15 octobre.
- Sabouné, K., & Montargot, N. (2017). Clarification et évaluation des termes du contrat psychologique : le cas d'un établissement médico-social en mutation ». *@GRH*, (25), p. 9-34.
- Safy-Godineau, F. (2013). La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion. *La nouvelle revue du travail*, (3).
- Silveri, F. (2017). Peut-on compenser des conditions de travail nocives ? L'apport du modèle Exigences-Ressources. *@GRH*, (24), p. 29-53.
- Tekleab, A. G., & Taylor M. S. (2003). Aren't there two parties in an employment relationship? Antecedents and consequences of organization-employee agreement on contract obligations and violations. *Journal of Organizational Behavior*, 24 (5), p.585-608.
- Tomprou, M., & Hansen, S. D. (2018). Addressing psychological contract disruptions during organizational change: Managing goals, zone of negotiability, and social network activation. In Petrou, P., & Vakola M. (éds.), *The psychology of organizational change*, Routledge-Taylor & Francis.
- Turnley, W. H. et al. (2003). The Impact of Psychological Contract Fulfillment on the Performance of In-Role and Organizational Citizenship Behaviors. *Journal of Management*, (29), p. 187-206.