

L'EXPRESSION DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL EN CONTEXTE SOIGNANT : UNE QUESTION DE NORMATIVITÉ SOCIALE?

THE EXPRESSION OF PROFESSIONAL EXHAUSTION IN HEALTH CARE CONTEXT: A QUESTION OF SOCIAL NORMATIVITY?

Catherine Esnard

Volume 39, numéro 1, 2018

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1044849ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1044849ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Esnard, C. (2018). L'EXPRESSION DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL EN CONTEXTE SOIGNANT : UNE QUESTION DE NORMATIVITÉ SOCIALE? *Revue québécoise de psychologie*, 39(1), 161–179. <https://doi.org/10.7202/1044849ar>

Résumé de l'article

L'objectif de cette étude était d'observer si des soignants français, infirmier(e)s et aides-soignants(e)s, adaptaient leurs explications relatives aux causes de leur épuisement professionnel afin de répondre aux attentes normatives de l'organisation de travail (Dubois, 2003). Quatre-vingt-neuf soignants ont répondu à un questionnaire d'autoprésentation. Les résultats ont effectivement montré une plus grande clairvoyance, c'est-à-dire une meilleure connaissance de ces attentes normatives 1) en matière de valorisation sociale des explications relatives à l'effort (explications internes et contrôlables) et face à un supérieur davantage que face à des collègues et amis; 2) davantage chez les soignants-cadres que chez les non-cadres. La discussion porte sur la pertinence, en termes de prévention, d'une analyse sionormative du discours relatif à l'épuisement professionnel.

L'EXPRESSION DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL EN CONTEXTE SOIGNANT : UNE QUESTION DE NORMATIVITÉ SOCIALE?

THE EXPRESSION OF PROFESSIONAL EXHAUSTION IN HEALTH CARE CONTEXT: A QUESTION OF SOCIAL NORMATIVITY?

Catherine Esnard¹
Université de Poitiers, France

INTRODUCTION

L'épuisement professionnel en contexte soignant

L'activité professionnelle soignante est reconnue pour générer de l'épuisement professionnel. C'est d'ailleurs dans ce contexte que le terme de burnout a vu le jour, avec les premières enquêtes de terrain conduites par Freudenberger et Richelson (1980) ou encore Maslach et Jackson (1981, 1986). Défini par ces auteurs comme un syndrome tridimensionnel, le burnout est classiquement évalué au moyen du Maslach Burnout Inventory (MBI), questionnaire mesurant le sentiment d'anéantissement des ressources émotionnelles (épuisement émotionnel), le développement d'attitudes impersonnelles et négatives envers les bénéficiaires des soins (dépersonnalisation) et la perte de confiance en ses compétences (réduction de l'accomplissement personnel) chez les soignants, c'est-à-dire chez les infirmier(e)s et aides-soignant(e)s exerçant dans les hôpitaux, cliniques et autres établissements médicalisés. Outre les causes inhérentes à la nature de la relation d'aide propre à l'activité soignante, notamment la confrontation régulière à la maladie, la souffrance et la mort, la fréquence toujours aussi élevée du burnout en contexte soignant ou « syndrome d'épuisement professionnel des soignants » (Canouï et Mauranges, 2008) s'explique par la convergence de plusieurs causes. Des études conduites en France et en Belgique attestent de l'intrication de facteurs de vulnérabilités individuelles relativement à l'investissement requis par la fonction de soins à autrui (p. ex., personnalités « à risque » : professionnels hyperactifs, surinvestis...) et de causes institutionnelles (Delbrouck, 2008) : exigences de compétences de plus en plus techniques, polyvalence et adaptabilité nécessaires pour faire face aux problèmes économiques des établissements hospitaliers, surcharge de travail... Par conséquent, les soignants expriment souvent ressentir un écart trop important entre la représentation qu'ils ont de leur mission et la réalité d'un travail exigeant un investissement personnel et affectif qui excède leurs ressources. Dans ce cadre, il convient de parler d'expression d'un réel épuisement professionnel résultant d'un stress professionnel chronique, dimension centrale du

1. Adresse de correspondance : Département de Psychologie, Université de Poitiers, 3 rue Théodore Lefebvre, 86000 Poitiers, France. Téléphone : (33) 5 49 45 47 27/06 07 03 04 27. Courriel : catherine.esnard@univ-poitiers.fr

processus de burnout, sans que cet état ne renvoie pour autant au syndrome de burnout.

Aux côtés des actions de prévention dite primaire, visant la réduction des risques professionnels avant même qu'ils n'affectent la santé des salariés, le problème de l'épuisement professionnel est classiquement appréhendé en termes de prévention dite secondaire, c'est-à-dire de préconisations visant une meilleure adaptation individuelle aux situations à risque. Dans cette perspective, les soignants exprimant les premiers signes d'un épuisement professionnel sont invités, entre autres mesures, à suivre des formations à la « gestion de leur stress ». Il s'agit alors d'apprendre à adopter des stratégies d'ajustement les plus adaptées aux situations difficiles : stratégies de « coping » (Lazarus et Folkman, 1984) centrées sur la résolution du problème, des émotions ressenties ou encore sur la recherche de soutien social afin d'obtenir l'aide d'autrui (Cousson, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Nuissier et Rasclé, 1996). Ces formations sont basées sur une conception issue des modèles développés en psychologie de la santé (voir pour revue Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001), soutenant que le recours à l'expression d'un sentiment de contrôle personnel ou « contrôle interne » permet de se protéger des événements de vie stressants (p. ex., se persuader que se maintenir en bonne santé dépend de nos conduites en termes d'hygiène de vie). Ce sentiment de contrôle contribue effectivement au bien-être émotionnel en favorisant l'adoption de styles de vie sains et de comportements de prévention ou d'attitudes optimistes (Hurrell et Murphy, 1991). Ces modèles s'appuient sur la notion de *Locus of Control* (LOC) élaborée par Rotter (1975) qui décrit le lien causal que les individus établissent (LOC interne) ou non (LOC externe) entre leurs actions ou capacités et les renforcements qu'ils obtiennent (c.-à-d. récompense, satisfaction vs sanction, insatisfaction). Le LOC relève de dispositions cognitives (croyances et représentations) ou traits de personnalité activés dans certaines situations spécifiques et différencie les individus de façon stable et consistante dans la façon dont ils expliquent *a priori* les renforcements qu'ils obtiennent en fonction de leurs conduites. Il est à noter que la mesure de ces dispositions (LOC interne vs externe) ne donne pas d'information sur la façon dont les individus expliquent *a posteriori* les événements qu'ils observent ou qu'ils vivent. Ce sont les modèles s'inscrivant dans la perspective des attributions causales (Heider, 1958) qui permettent de comprendre comment les individus infèrent des causes à partir d'événements les concernant ou concernant autrui (p. ex., « qu'est-ce qui explique ma situation? »). De façon similaire au modèle du LOC, ces activités d'inférence sont décrites comme s'organisant autour de deux types de causes distinctes : des explications causales internes (attribution des causes de l'événement à la personne) et des explications causales externes (attribution des causes de l'événement à la situation, à la chance ou au rôle d'autrui).

L'expression des causes de l'épuisement professionnel

Largement développée en psychologie sociale, la perspective de l'attribution causale permet de comprendre comment « l'homme appréhende la réalité, et peut la prédire et la maîtriser » (Heider, 1958, p. 79). Autrement dit, cette perspective permet, tout autant que celle du LOC, d'appréhender comment les individus développent un sentiment de contrôle sur autrui et l'environnement dans lequel ils évoluent. Or, si le LOC a longtemps été considéré comme un élément important dans la prévention de l'épuisement professionnel et plus spécifiquement du burnout (Maslach, 1993), peu de travaux ont jusqu'alors porté sur la façon dont les individus mobilisent spontanément des attributions causales relativement à ces situations dans leur quotidien de travail. Les quelques études réalisées sur la façon dont les soignants expliquent une situation pouvant générer du burnout dans le cadre de leurs activités professionnelles quotidiennes (Gilibert, 2009; Moore, 2000) n'attestent pas de lien direct entre attributions et état de burnout sur le plan de la santé physiologique. Ces travaux montrent plutôt des liens entre attributions et attitudes au travail. Par exemple, plus les soignants perçoivent les causes de burnout comme contrôlables par eux-mêmes, plus ils expriment de la satisfaction professionnelle. Gilibert (2009) note également que l'intériorisation des causes de leur souffrance professionnelle semble préserver les soignants les plus épuisés d'une insatisfaction au travail. Ces résultats accréditent l'idée d'une fonction adaptative des explications causales internes et contrôlables en contexte de travail.

Cette fonction adaptative peut se comprendre de différentes façons. Dans le cadre de l'approche attributionnelle (Weiner, 2006), les explications causales peuvent orienter les affects et émotions des personnes susceptibles de porter des évaluations, jugements et renforcements à l'égard des individus-cibles. Par exemple, un succès expliqué par l'effort ou l'intention (explication interne et contrôlable) génère de la sympathie et des encouragements et un échec expliqué par un manque d'effort (explication également interne et contrôlable) entraîne de la colère, voire des punitions envers l'individu. De la même façon, des dispositions personnelles de type traits de personnalité ou états d'humeur (explications internes et non contrôlables) invoquées pour expliquer une réussite génèrent un jugement de confiance et provoquent un sentiment de pitié et une volonté d'aider l'individu si celui-ci explique un échec. On peut donc supposer que les explications relatives à l'effort et à l'intention favoriseraient un jugement plus positif, car elles renverraient l'évaluateur à l'idée que la cible du jugement exerce volontairement un contrôle sur les événements le concernant et peut donc en assumer la responsabilité.

La fonction adaptative de l'expression de certaines causes de l'épuisement professionnel peut également se comprendre au filtre de

l'approche socionormative des jugements sociaux (Beauvois et Dubois, 1988; Dubois, 2003). Ce cadre théorique se distingue du modèle de Weiner en abordant les explications causales comme des « éléments du discours social sur les événements » qui renvoient à un « besoin ou une exigence sociale » (Dompnier et Pansu, 2007, p. 5). L'approche socionormative se rapproche des conceptions sociologiques fonctionnalistes proposant une analyse de la société sur la base des éléments qui assurent sa stabilité. En l'occurrence, cette approche analyse les normes de jugement qui s'actualisent dans l'exercice du pouvoir, lors d'entretien de recrutement, d'évaluation de réussite professionnelle, scolaire, d'insertion, etc. Dans cette perspective, la norme d'internalité (Beauvois, 1991; Beauvois et Dubois, 1988; Dubois, 2003) a donné matière à de nombreux travaux, notamment dans le domaine de l'évaluation professionnelle (Castra, 1995; Pansu, 1997; Pansu et Gilibert, 2002). Cette norme correspond à la valorisation sociale des explications internes. Ces explications consistent à s'attribuer la cause des événements alors même que des explications externes, relatives à la situation, à la chance ou au rôle d'autrui seraient tout aussi pertinentes. Ainsi, les individus placés en position institutionnelle d'évaluateurs (cadre, enseignant, recruteur, etc.) évalueront plus favorablement (meilleur pronostic d'évolution professionnelle, meilleure recrutabilité, etc.) des individus mettant en avant des explications internes, car celles-ci sont sous-tendues par une idéologie du mérite personnel (c.-à-d. on justifie la place qu'on occupe par ses compétences, sa personnalité, sa volonté). Ces explications internes sont préférées aux explications externes qui pourraient justifier la remise en cause des évaluateurs eux-mêmes et des structures sociales dont ils sont les garants.

Dans cette perspective, le fait que les explications relatives à l'effort et à l'intention favorisent un jugement plus positif se comprend, comme dans le modèle attributionnel de Weiner (2006), par l'inférence d'une plus grande responsabilité assumée par l'individu. Plus encore, l'évocation de l'effort laisse supposer que l'individu est plus en mesure d'exercer un contrôle sur les événements que de les subir et par conséquent de modifier lui-même le cours de ces derniers (Dompnier et Pansu, 2007).

Approche socionormative de l'expression des causes de l'épuisement professionnel

La perspective socionormative, en mettant l'accent sur le contexte social dans lequel s'inscrivent les explications causales produites (Beauvois et le Poutier, 1986; Weiner et Kukla, 1970) permet d'analyser les enjeux, dans le cadre des évaluations professionnelles au quotidien, des explications causales que les soignants mobilisent quant à leur souffrance au travail. Si ces évaluations sont le plus souvent exercées par un agent possédant formellement un statut hiérarchique de décideur dans l'organisation (p. ex.

cadre, professeur), elles peuvent s'exercer de façon plus informelle, entre collègues, notamment dans des contextes compétitifs.

Dans une récente série d'études, Esnard, Bordel et Somat (2013; Esnard, Fauray et Zylinski, 2014) ont testé la pertinence d'une telle lecture socionormative des explications produites par des soignants français quant à l'épuisement professionnel dont ils pouvaient potentiellement souffrir. Ces auteurs ont fait l'hypothèse que ces modalités d'explications causales et leurs variations amélioreraient indirectement le bien-être au travail : en adaptant les modalités d'explication de son épuisement professionnel aux attentes normatives quant aux discours à tenir dans son cadre de travail, le salarié y est mieux apprécié, mieux évalué et par conséquent développe des attitudes au travail favorisant son ajustement aux facteurs de stress.

Dans une première série d'études, ces auteurs ont exploré les types d'explications causales privilégiées par les soignants dans leur quotidien, indépendamment d'un état de burnout avéré, au filtre du modèle tridimensionnel de Weiner (1979). Selon ce modèle, toute cause peut être classée en fonction d'une typologie correspondant au croisement du lieu de causalité (interne vs externe), de la stabilité (stable vs non stable) et de la contrôlabilité (contrôlable vs non contrôlable) de la cause exprimée. La stabilité (vs non-stabilité) correspond à la dimension temporelle de la cause. Par exemple, une compétence ou une aptitude est une cause stable, qui perdure dans le temps, alors que l'effort serait une cause instable variant avec le temps. La contrôlabilité (vs non-contrôlabilité) correspond au niveau d'influence que les individus (soi ou autrui) peuvent volontairement exercer sur la cause de l'événement. De la même manière que précédemment, une cause pourrait être perçue interne ou externe, et indépendamment être perçue contrôlable ou incontrôlable par l'individu ou par autrui. Esnard et ses collègues (2013) ont ainsi montré, par une échelle d'attributions causales élaborée au vu d'items du MBI, que les soignants adhèrent spontanément plus à des explications relevant de causalités internes, tant contrôlables que non contrôlables, qu'à des explications relevant de causalités externes, indépendamment d'un état de burnout avéré (les scores au MBI avaient été contrôlés).

L'étude suivante (Esnard *et al.*, 2014) a porté sur l'examen des conditions de valorisation sociale des adhésions des soignants aux explications précédemment mises à jour. Cinquante soignants ont évalué une soignante-cible fictive dont les explications variaient selon quatre conditions : cause interne et contrôlable (« effort »); cause interne et non contrôlable (« trait/état »); cause externe et contrôlable par autrui (« rôle d'autrui »); cause externe et non contrôlable (« circonstances »). Les résultats ont indiqué que les soignants-cadres, plus que les non-cadres, portaient un jugement plus favorable en termes de pronostic d'évolution

professionnelle et personnelle pour le profil explicatif type « effort » que pour les profils « trait/état », « rôle d'autrui » ou « circonstances », et ceci, que soit expliqué un sentiment de succès (accomplissement personnel) ou d'échec (épuisement ou dépersonnalisation). Ces résultats sont en adéquation avec ceux observés dans d'autres registres évaluatifs, notamment scolaires et professionnels (Dompnier et Pansu, 2007; Perrin et Testé, 2010). Toutefois, comme pour toute étude conduite dans cette perspective sacionormative, ils ne prennent sens que si l'on montre également que les individus peuvent développer une connaissance de cette valorisation sociale exprimée à leur égard dès lors qu'ils affichent un certain type de discours explicatif. Autrement dit, il s'agit de compléter cette étude par la mesure de la clairvoyance normative (Py et Somat, 1991) de ces soignants. La clairvoyance normative renvoie à la connaissance (vs non-connaissance) du caractère normatif ou contre-normatif d'un type de comportement ou de jugement, connaissance indépendante du degré d'adhésion à la norme considérée et également indépendante de la conformité effective à cette norme. Beauvois et Dubois (1988) ont montré que plus les personnes évoluent dans des systèmes éducatifs libéraux, plus elles sont formées à l'intériorisation des valeurs d'autonomie et de responsabilité individuelle, moins elles sont clairvoyantes quant au caractère normatif des attentes à leur égard. Autrement dit, elles sont moins conscientes que leurs explications et comportements sont le fruit de pressions sociales. *A contrario*, la confrontation à des pratiques non libérales, c'est-à-dire des pratiques dont le cadre est clairement imposé, amènent plus facilement les individus à comprendre que certains comportements et discours relèvent d'une exigence comme une autre du contexte d'évaluation. Dans ce cas, les individus conçoivent davantage leurs comportements, attitudes et jugements comme autant de stratégies afin de bénéficier d'une évaluation positive.

Ce rapport de clairvoyance envers les normes s'appréhende par l'usage du paradigme d'autoprésentation (Jellison et Green, 1981) consistant à demander aux participants d'exprimer leur propre avis, ceci pour mesurer leur degré d'adhésion à la norme en question, puis de répondre afin de rechercher l'approbation sociale (consigne pronormative) vs la désapprobation sociale (consigne contre-normative) d'un évaluateur. Dans la mesure où le participant use de stratégies d'autoprésentations normatives, il sélectionnera plus d'événements normatifs en consigne pronormative que contre-normatifs. La différence des scores de réponse entre consignes pronormative et contre-normative permet de mesurer sa plus ou moins grande clairvoyance quant à la valorisation sociale dont il pense pouvoir bénéficier. Dans tous les cas, l'évaluateur doit apparaître aux répondants comme quelqu'un ayant une légitimité pour l'évaluer dans un cadre institutionnel. Par conséquent, cet effet est mis en évidence en comparant le niveau de clairvoyance des répondants selon la légitimité

institutionnelle de leurs évaluateurs. De nombreux travaux (voir Dubois, 2003) ont montré un plus haut degré de clairvoyance lorsque l'évaluateur représente le contexte de travail (c'est-à-dire un supérieur hiérarchique) que lorsqu'il est un alter ego dans ce contexte (c'est-à-dire un collègue) ou lorsque l'évaluation s'effectue dans la sphère privée.

HYPOTHÈSES

L'objectif de la présente étude était de mesurer la clairvoyance normative des soignants quant aux bénéfices qu'ils peuvent obtenir en mobilisant préférentiellement des explications relatives à l'effort ou manque d'effort consenti pour faire face à l'épuisement professionnel qui peut survenir dans leur quotidien de travail. Conformément aux résultats obtenus précédemment en contexte soignant par Esnard et ses collaborateurs (2013, 2014) et sur la base de l'échelle de mesure des explications causales élaborée par ces auteurs, il était attendu d'observer (hypothèse 1) une plus grande clairvoyance des soignants quant à la valorisation des explications de type « effort », c'est-à-dire interne contrôlable (p. ex., « je me sens à bout à la fin de ma journée de travail parce que je n'ai pas appris à prendre du recul sur le plan professionnel ») que de la valorisation des trois autres types d'explications causales : explication en termes de « traits de personnalité/état d'humeur », c'est-à-dire interne non contrôlable (p. ex., « je me sens à bout à la fin de ma journée de travail parce que je manque de ressources personnelles »), explication invoquant le « rôle d'autrui » c'est-à-dire externe contrôlable (p. ex., « je me sens à bout à la fin de ma journée de travail parce qu'on n'a pas l'encadrement adapté ») et explication invoquant les « circonstances », c'est-à-dire externe non contrôlable (p. ex., « je me sens à bout à la fin de ma journée de travail parce qu'une surcharge de travail m'est attribuée »).

Du fait du rôle prépondérant de la hiérarchie dans les évaluations en contexte de travail, il était prédit (hypothèse 2) que la clairvoyance des soignants relative aux explications de type « effort » serait plus importante par rapport aux supérieurs hiérarchiques que par rapport aux collègues et aux amis.

Enfin, il était attendu (hypothèse 3) que l'adhésion aux explications en termes d'effort ainsi que la clairvoyance quant à la valorisation sociale de ces explications seraient plus élevée chez des soignants-cadres, c'est-à-dire ceux exerçant une fonction explicitement définie de gérant (statut infirmier(e) cadre de santé), que chez des soignants non-cadres (infirmier(e) et aides-soignant(e)s).

MÉTHODE

Participants

Quatre-vingt-neuf soignants français (68 femmes), dont l'âge moyen était de 38 ans ($SD = 9,80$) ont participé à cette étude. L'ancienneté moyenne dans leur fonction actuelle (exercice en établissement hospitalier ou clinique médicale) était de 4 ans ($SD = 11,48$), l'ancienneté professionnelle moyenne comme soignant était de 13 ans ($SD = 11,62$). Quarante-six de ces professionnels étaient des cadres de santé recrutés, sur la base du volontariat, à l'Institut de Formation des Cadres de Santé du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Poitiers, dont 13 % ont indiqué occuper déjà une fonction de cadre (faisant fonction) avant l'entrée en formation. En France, la formation des cadres de santé, gérée par les CHU, est dispensée sur une année durant laquelle des soignants en fonction suivent des cours et réalisent des stages en établissements hospitaliers autres que ceux auxquels ils sont affectés. Quarante-trois autres participants étaient des soignants non-cadres (infirmier(e)s et aides-soignant(e)s) rencontrés sur leur lieu de travail (CHU et 3 cliniques médicales de Poitiers) et recrutés sur la base du volontariat après présentation de l'étude par l'intermédiaire de leurs chefs de service.

Matériel

L'adhésion aux explications causales des ressentis d'épuisement professionnel a été mesurée en utilisant l'échelle d'explication causale des événements de burnout élaborée par Esnard et ses collaborateurs (2013) en contexte soignant. Cette échelle est constituée de 12 items assortis d'une échelle en 9 points (de 1 = pas du tout d'accord à 9 = tout à fait d'accord), correspondant au croisement de la dimension lieu de causalité (interne vs externe) et de la dimension contrôlabilité (contrôlable vs non contrôlable), soit 4 items (explications relatives à l'effort, aux traits de personnalité/état, au rôle d'autrui, aux circonstances) pour chacune des 3 dimensions du MBI (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel). Ainsi, à la dimension « épuisement émotionnel » du MBI représentée par la proposition « Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail », les participants donnaient leur degré d'accord sur les 4 items suivants : « parce que je n'ai pas appris à prendre du recul sur le plan professionnel » (effort), « parce qu'une surcharge de travail m'est attribuée » (circonstance), « parce que je manque de ressources personnelles » (trait/état), « parce qu'on n'a pas l'encadrement adapté » (rôle d'autrui). À la dimension « dépersonnalisation » du MBI représentée par la proposition « Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail », les participants donnaient leur degré d'accord sur les 4 items suivants : « parce que j'ai appris à prendre de la distance face à la douleur et à la mort » (effort), « parce qu'actuellement, on manque de ressources institutionnelles » (circonstance), « parce que je me sens épuisé(e) »

(trait/état), « parce que je n'ai pas bénéficié de la formation adéquate » (rôle d'autrui). À la dimension « accomplissement personnel » du MBI représentée par la proposition « J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens », les participants donnaient leur degré d'accord sur les 4 items suivants : « parce que j'ai acquis de l'expérience » (effort), « parce j'ai eu la chance d'être affecté(e) dans ce service » (circonstance), « parce que je suis souvent de bonne humeur » (trait/état), « parce que mes collègues m'ont appris à le faire » (rôle d'autrui).

L'objectif de l'étude était de recueillir des expressions spontanées relatives à un épuisement professionnel potentiel en dehors d'un état de burnout avéré. Aussi, afin de contrôler l'état de burnout des soignants, le MBI en 22 items dans sa version initiale destinée aux soignants a été utilisé. Chaque item était assorti d'une échelle en 7 points sur laquelle les participants devaient exprimer la fréquence avec laquelle ils avaient ressenti l'événement mentionné (1 = jamais à 7 = chaque jour). Pour chacune des 3 dimensions, les alphas de Cronbach étaient satisfaisants : épuisement émotionnel ($\alpha = 0,80$), accomplissement personnel ($\alpha = 0,74$) et dépersonnalisation ($\alpha = 0,61$).

Procédure

L'étude était présentée comme portant sur le stress professionnel perçu par les soignants. Tous ces participants ont rempli individuellement un protocole papier en présence de l'expérimentateur. Ils devaient répondre trois fois successives au même questionnaire (échelle d'explication causale des événements de burnout en 12 items) : le premier questionnaire était introduit par la consigne « Vous allez lire ci-dessous des phrases énoncées par des soignants comme vous. En supposant que vous pouvez vous aussi éprouver ou avoir éprouvé ceci, faites part de votre adhésion à chacune des 4 causes formulées ». Le deuxième questionnaire était introduit par la consigne pronormative suivante : « Il s'agit ici du même questionnaire que le précédent, MAIS nous vous demandons d'y répondre comme si vous vouliez vous faire "bien voir" de... ». Le troisième questionnaire était introduit par la consigne contre-normative suivante : « Il s'agit toujours du même questionnaire, MAIS cette fois nous vous demandons d'y répondre comme si vous vouliez vous faire "mal voir" de... ». Afin de contrôler un éventuel effet d'ordre, le questionnaire en consigne pronormative était pour la moitié des participants présenté en deuxième position et pour l'autre moitié en troisième position. Les participants ont été aléatoirement affectés à l'une des 3 conditions suivantes : un tiers était invité à se faire bien voir vs mal voir de leur ou leurs supérieur(s) hiérarchique(s), un autre tiers à se faire bien voir vs mal voir de leur ou leurs collègue(s) et un dernier tiers à se faire bien voir vs mal voir de leur ou leurs ami(s). Tous les participants remplissaient ensuite le questionnaire MBI puis répondaient aux questions sociobiographiques requises (sexe, âge, statut actuel, ancienneté dans la

fonction actuelle, ancienneté professionnelle comme soignant). Les conditions d'anonymat ont été préservées. Un débriefing (collectif pour les soignants en formation cadre de santé, individuel pour les soignants non cadres) a eu lieu à chaque fin de passation.

Mesures

Les variables indépendantes étaient donc au nombre de quatre : le référent évaluatif (3 modalités : supérieur hiérarchique, collègues, amis) manipulé en intersujets dans les consignes pro et contre normatives, le statut des soignants (cadres et non-cadres), la dimension explicative de l'item de burnout (variable intrasujet à 4 modalités : interne contrôlable « effort », interne non contrôlable « traits/état », externe contrôlable « rôle d'autrui », externe non contrôlable « circonstances ») et la dimension de burnout envisagée (variable intra-sujet à 3 modalités : épuisement émotionnel, accomplissement personnel, dépersonnalisation).

Deux variables dépendantes étaient considérées : la mesure des accords avec les explications causales (moyenne des scores en consigne standard pouvant varier de 1 à 9) et la mesure de la clairvoyance (moyenne obtenue en soustrayant le degré d'accord en consigne contre-normative du degré d'accord en consigne pronormative, pouvant varier de -9 à +9).

RÉSULTATS

Statistiques descriptives

L'examen des corrélations entre les mesures sociobiographiques (âge, ancienneté professionnelle totale et ancienneté dans la fonction actuelle) et les scores aux 12 items de l'échelle d'explication causale en condition standard ont révélé trois corrélations significatives et négatives : plus les soignants avaient une ancienneté professionnelle élevée, moins ils adhéraient aux explications reliant l'accomplissement personnel à une cause externe qu'elle soit contrôlable de type « aide des collègues » [$r(89) = -0,35, p < 0,001$] ou incontrôlable de type « circonstances » [$r(89) = 0,26, p < 0,01$] et moins ils adhéraient aux explications reliant le sentiment de dépersonnalisation à une cause interne et contrôlable de type « effort » [$r(89) = -0,24, p < 0,05$]. Deux effets du sexe des soignants sur les scores en consigne standard ont été observés : l'explication de l'épuisement en termes de manque de ressources personnelles (interne non contrôlable de type « trait/état ») était davantage mobilisée par les femmes ($M = 4,26, SD = 2,38$) que par les hommes [$M = 2,80, SD = 2,22; t(87) = 2,48, p < 0,01$] alors que l'explication de l'épuisement en termes de circonstances (externe non contrôlable) était davantage mobilisée par les hommes ($M = 5,33, SD = 2,08$) que par les femmes [$M = 3,60, SD = 2,19; t(87) = 3,18, p = 0,002$].

Au vu des scores au MBI, les résultats ont révélé que les soignants, lors de leur participation à l'étude, n'étaient pas en état de burnout : les scores moyens d'épuisement émotionnel ($M = 20,48$, $SD = 6,68$) et de dépersonnalisation ($M = 8,90$, $SD = 3,58$) étaient également significativement inférieurs à la moyenne théorique [respectivement 36 : $t(85) = 21,53$, $p < 0,000$; 20, $t(87) = 29,03$, $p < 0,000$]. Le score d'accomplissement personnel était quant à lui significativement supérieur à la moyenne théorique (32) : $M = 47,09$, $SD = 6,35$; $t(82) = 21,63$, $p < 0,000$. Il n'a été relevé aucune corrélation entre l'âge, l'ancienneté professionnelle des participants et leurs scores aux trois dimensions du MBI. Ces scores n'étaient également pas affectés par le sexe des participants.

Modalités d'explication de l'épuisement professionnel et clairvoyance normative

Dans le but de tester les hypothèses émises, une analyse de la variance a été menée sur le score moyen de clairvoyance d'accord avec les explications causales selon un plan 3 (réfèrent évaluatif) en intersujet * 2 (statut) en intersujet * 3 (dimension burnout) en intrasujet * 4 (modalité explicative) en intrasujet.

Premièrement, un effet d'interaction réfèrent évaluatif * modalité explicative [$F(6, 249) = 10,10$, $p < 0,000$, $\eta^2 = 0,19$] a été relevé. Les moyennes et écarts-types des scores de clairvoyance pour chacune des conditions relatives à cet effet d'interaction sont rapportés dans le Tableau 1.

Conformément à notre première hypothèse, cet effet d'interaction a indiqué que relativement un supérieur hiérarchique, les soignants ont préféré mettre en avant, pour se faire « bien voir » (vs écarter pour se « faire mal voir »), des explications de type « effort » ($M = 1,87$, $SD = 0,50$) que les trois autres types d'explications causales (différences de moyennes estimées par le test post-hoc LSD de Fisher) : explications de type « trait/état » ($M = 0,07$, $SD = 0,54$; $p < 0,001$), explications de type « rôle d'autrui » ($M = -1,91$, $SD = 0,54$; $p < 0,000$) et explications de type « circonstances » ($M = -1,35$, $SD = 0,52$; $p < 0,000$). Les scores de clairvoyance négatifs relevés sur les dimensions explicatives de type externe indiquent que les soignants avaient conscience que de telles modalités explicatives contribuaient à des évaluations négatives de la part de leur supérieur. Notons également que ce *pattern* de résultats n'a pas été observé dans les configurations où ils étaient évalués par un collègue ou un ami.

Notre deuxième hypothèse est partiellement vérifiée. Cette clairvoyance de la valorisation des explications de type « effort » a été autant observée

Tableau 1

Moyennes (écarts-types) des scores de clairvoyance en fonction du référent évaluatif et de la dimension explicative

	Supérieur hiérarchique	Collègue	Ami
Effort	1,87 (0,50)	0,71 (0,48)	0,73 (0,63)
Trait/état	0,07 (0,54)	0,24 (0,52)	0,57 (0,68)
Rôle d'autrui	-1,31 (0,54)	1,25 (0,53)	2,12 (0,69)
Circonstances	-1,35 (0,52)	1,25 (0,1)	1,66 (0,66)

relativement au supérieur hiérarchique ($M = 1,87$, $SD = 0,50$; $n.s.$) que relativement à un collègue ($M = 0,71$, $SD = 0,48$; $n.s.$) ou ami ($M = 0,73$, $SD = 0,63$; $n.s.$). Il est toutefois nécessaire de souligner que les moyennes des scores observées sur les explications en termes d'effort mobilisé par rapport à des collègues ou à des amis ne se différencient pas significativement de zéro et donc ne rendaient pas compte d'une clairvoyance, les soignants ne s'exprimant pas de façon différente en consigne pro et contre-normative dans ces deux dernières configurations (collègues et amis)².

Conformément à notre troisième hypothèse, les cadres ont adhéré, plus que les non-cadres, aux explications de l'épuisement de type « effort » [M cadre = 4,10, $SD = 2,46$, M non-cadre = 2,90, $SD = 1,92$; $t(87) = 2,55$, $p < 0,01$] et de type « trait/état » [M cadre = 3,10, $SD = 1,96$, M non-cadre = 2,13, $SD = 1,67$; $t(87) = 2,49$, $p < 0,01$]. De plus, un effet tendanciel d'interaction [$F(6, 249) = 1,98$, $p = 0,06$, $\eta^2 = 0,04$] a été relevé. Comme l'indiquent les scores de clairvoyance en fonction du référent évaluatif, du statut du soignant et de la dimension explicative (voir Tableau 2), seule une clairvoyance des cadres à propos de l'instance évaluative hiérarchique et sur la dimension explicative de type « effort » a été observée ($M = 2,74$, $SD = 0,68$), les autres moyennes relatives aux explications « internes », de

2. À titre indicatif, soulignons que les moyennes observées relatives aux explications en termes de trait quel que soit le référent évaluatif, ne se différencient pas significativement de zéro et donc ne rendaient pas compte d'une stratégie d'autoprésentation relevant d'une clairvoyance normative. Notons également que la clairvoyance de la valorisation des explications de type « effort » face à un supérieur hiérarchique ($M = 1,87$, $SD = 0,50$) était équivalente à la clairvoyance quant au bénéfice, en termes d'évaluation, d'invoquer face à des amis des causes externes type « rôle d'autrui » ($M = 2,12$, $SD = 0,69$; $n.s.$) ou « circonstances » ($M = 1,66$, $SD = 0,66$; $n.s.$).

Tableau 2

Moyennes (écarts-types) des scores de clairvoyance en fonction du référent évaluatif, du statut du soignant et de la dimension explicative

	Supérieur hiérarchique		Collègue		Ami	
	Cadre	Non-cadre	Cadre	Non-cadre	Cadre	Non-cadre
Effort	2,74 (0,68)	1 (0,74)	0,75 (0,66)	0,67 (0,72)	0,96 (0,96)	0,50 (0,83)
Trait/état	0,87 (0,73)	-0,71 (0,80)	0,75 (0,51)	-0,27 (0,78)	0,96 (1,04)	0,19 (0,90)
Rôle d'autrui	-2,52 (0,74)	-1,81 (0,81)	1,79 (0,72)	0,73 (0,56)	2,85 (1,05)	1,39 (0,91)
Circonstances	-1,93 (0,71)	-0,78 (0,78)	1,35 (0,69)	1,17 (0,56)	2,30 (1,01)	1,03 (0,87)

type « effort » et « trait/état » ne se différenciaient pas de zéro et par conséquent ne traduisaient pas de stratégie d'autoprésentation³.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'observer si des soignants français, infirmier(e)s et aides-soignant(e)s, modulaient leurs explications relatives à l'épuisement professionnel susceptible de les affecter, en termes d'évocation de l'effort vs manque d'effort (explications internes contrôlables), de traits de personnalité ou état d'humeur (explications internes non contrôlables), du rôle d'autrui (explications externes contrôlables) ou des circonstances (explications externes non contrôlables) afin de répondre aux attentes normatives de l'organisation (Dubois, 2003). Pour cela, conformément au paradigme d'autoprésentation utilisé dans le cadre de l'approche socionormative, les consignes données à ces soignants étaient de répondre spontanément puis de façon à s'autoprésenter de façon favorable (consigne pronormative) vs défavorable (consigne contre-normative) en contexte organisationnel hautement évaluatif (face à un ou des supérieur(s) hiérarchique(s)), faiblement évaluatif (face à un ou des

3. À titre indicatif, soulignons que les scores de clairvoyance des cadres étaient négatifs sur les modalités explicatives « externes » de type « rôle d'autrui » ($M = -2,54$, $SD = 0,74$), et « circonstances » ($M = -1,93$, $SD = 0,71$) en condition « supérieur hiérarchique » indiquant que les soignants-cadres ont eu conscience que de telles modalités explicatives contribuent à des évaluations négatives de la part de leur supérieur. Ces scores devenaient positifs et significativement différents en condition « collègue » [« rôle d'autrui » ($M = 1,79$, $SD = 0,72$, LSD de Fisher : $p < .000$), et « circonstances » ($M = 1,35$, $SD = 0,69$, LSD de Fisher : $p < 0,001$)] et en condition « ami » [« rôle d'autrui » ($M = 2,85$, $SD = 1,05$), et « circonstances » ($M = 2,30$, $SD = 1,01$)] et non significativement différents entre ces deux conditions (« ami » et « collègue »).

collègue(s)) ou en contexte de vie privée (face à un ou des ami (s)). La différence des scores de réponse entre les consignes pronormatives et contre-normatives permettait de mesurer la plus ou moins grande clairvoyance des soignants quant à la valorisation sociale dont ils pensent pouvoir bénéficier.

Les résultats, obtenus auprès de 89 soignants, dont 46 cadres de santé ou « faisant fonction de cadre », ont effectivement montré une plus grande clairvoyance de la valorisation sociale sur le profil explicatif de type « effort » et davantage lorsqu'ils étaient en position d'être évalué par un supérieur que par des collègues et amis. De plus, cet effet semble davantage s'actualiser chez les soignants-cadres que chez les non-cadres. Les soignants-cadres adhèrent plus spontanément que les non-cadres aux explications de l'épuisement professionnel en termes de causes internes. Ce résultat, conforme à ceux obtenus dans le cadre des travaux sur la norme d'intériorité, laisse supposer qu'ils ont intériorisé ce mode explicatif normatif (Dompnier et Pansu, 2007; Perrin et Testé, 2010).

Outre cet effet du statut, les résultats indiquent également que les explications spontanément produites par ces soignants, tout autant que leurs niveaux de clairvoyance quant aux stratégies d'autoprésentation, sont non seulement indépendants d'un état de burnout ressenti ou déclaré, mais aussi faiblement associés à des profils sociobiographiques spécifiques. Les seuls effets observés tiennent, d'une part, à l'ancienneté professionnelle qui contribue à moins attendre d'autrui et des circonstances des sources d'accomplissement personnel et à moins s'attribuer à soi-même les motifs de dépersonnalisation et, d'autre part, au sexe : l'épuisement émotionnel est davantage expliqué en termes de manques de ressources personnelles par les femmes et en termes de circonstances subies par les hommes.

Dans l'ensemble, ces résultats attestent que la nature des explications causales produites par les soignants relativement à l'évocation d'un potentiel état d'épuisement professionnel est principalement conditionnée par leur clairvoyance quant aux attentes normatives dont ils sont l'objet (vis-à-vis de leur supérieur hiérarchique), et ceci, d'autant plus lorsqu'ils sont eux-mêmes garants de ces attentes (les cadres).

Sur un plan théorique, l'enjeu de ces résultats réside dans le fait de proposer une nouvelle perspective d'analyse du burnout et plus largement du stress professionnel. Ce construit a émergé en milieu soignant, contexte de travail connu pour générer du stress et dans lequel on observe des agents qui peinent à se positionner par rapport aux multiples difficultés qu'ils rencontrent. Par conséquent, les pratiques de dépistage, de prévention et de gestion du stress sont focalisées sur l'individu qui manifeste cet état. Il en résulte que cet état est essentiellement conçu comme procédant de

déterminants individuels, même si personne ne nie que le processus d'évolution du stress s'actualise dans un contexte professionnel spécifique (Esnard, 2007). Toutefois, considérer que ce contexte entretient une autoresponsabilisation relativement au burnout et au stress professionnel, comme le permet la perspective socionormative, est une lecture qui diffère de celle, plus classique, consistant à considérer l'environnement social comme source de stress.

Les ressorts de cette perspective d'analyse sont à saisir dans le cadre de rapports sociaux institutionnels en contexte d'exercice libéral du pouvoir. Dans ce cadre, il est désormais admis que l'internalité et la valeur sociale qui lui est associée agissent comme un « opérateur implicite dans le jugement social » (Dubois, 2006, p. 99). Juger favorablement un individu qui rend compte de sa situation en l'assortissant d'explications causales internes (ce qu'il est) permet à l'institution – et donc à l'évaluateur « dominant » – de masquer et d'entretenir le rapport de pouvoir qui s'exerce, au travers de principes comme l'autonomie, la responsabilisation individuelle et le développement personnel. Ainsi, la responsabilité de la situation incombe au « dominé » plus qu'aux contraintes générées par l'organisation de travail. S'inscrivant dans cette perspective psychosociale, cette étude avait pour objectif d'explorer si, dans le contexte de travail soignant, particulièrement touché par le problème de l'épuisement professionnel, les causes mises en avant par les salariés pour expliquer leur épuisement professionnel relèvent plus de contraintes normatives que de l'expression d'une réelle identification des causes de sa souffrance au travail. Autrement dit, expliquer son état par des causes relevant plutôt de sa propre responsabilité afin de bénéficier d'un jugement plus favorable de la part de ses supérieurs hiérarchiques ne signifie pas pour autant identifier cette cause comme réelle et encore moins y adhérer. Par conséquent, il apparaît clairement que le problème du stress en contexte soignant nécessite d'analyser la place de l'individu dans l'organisation de travail et notamment sa place et son rôle dans les dispositifs évaluatifs dont il est l'objet.

Sur un registre appliqué, à l'instar de Truchot (2004) et Lorient (2012), il est fort probable qu'à trop se centrer sur les stratégies individuelles, le risque est d'occulter la prise en compte des ancrages normatifs des individus au sein des organisations et le rôle de ceux-ci dans l'émergence de l'épuisement professionnel tout autant que dans sa prévention. En effet, se sentir obligé de tenir un discours explicatif erroné sur son état de mal-être face à ses supérieurs est en tant que tel une source de stress pour le subalterne. Parallèlement, ces stratégies masquent, aux yeux des cadres, les réelles causes des difficultés éprouvées par leurs agents. De surcroît, il est probable que les méthodes de prévention encourageant les personnels à mieux gérer leur stress ou des situations difficiles génèrent ces stratégies

d'autoprésentation normatives. Très ouvertement, ces formations encouragent le soignant à s'afficher comme impliqué et responsable dans la recherche d'une solution de sortie à la situation stressante ressentie. Replacée dans le contexte actuel de profondes réformes managériales impliquant chaque acteur du système hospitalier français (Belorgey, 2010), cette volonté de mettre en avant la responsabilité individuelle prend d'autant plus de sens. Les soignants doivent se montrer responsables et capables de faire face aux situations difficiles non seulement face aux patients, mais aussi face à leur hiérarchie directe (les cadres de santé pour les soignants non-cadres, les administrateurs de l'institution hospitalière pour les cadres et également face au corps médical afin de maintenir une légitimité à leurs fonctions de soignants. Les problèmes organisationnels (manque de personnel, problèmes de gestion des planifications, de communication, etc.) ne sont pas pour autant occultés, mais ces causes ne peuvent être entendues dans le discours des soignants sans que ceux-ci soient évalués plus défavorablement que s'ils s'impliquent personnellement dans la recherche d'une solution.

À l'instar des formations à la clairvoyance normative proposées dans le cadre de recrutement (Férec, Pansu, Py et Somat, 2011), il apparaît nécessaire d'enrayer ces risques de surresponsabilisation des agents en proposant des programmes de réflexion au sein des établissements hospitaliers sur les pratiques d'évaluation tant formelles (recrutement, sélection, évaluations annuelles) qu'informelles. L'objectif est d'amener les cadres autant que leurs subordonnés à prendre conscience de l'impact des normes de jugements qui régulent leurs discours au quotidien. Ces interventions pourraient prendre place dans des groupes d'analyse de la pratique où seraient systématiquement pointés et discutés les processus explicatifs spontanément activés dès lors que l'agent se trouve en situation de se justifier quant à ses difficultés à faire face à ses contraintes professionnelles. Il s'agit de contribuer ainsi à la mise en place d'une prévention primaire par des pratiques managériales remplaçant l'organisation de travail, ses normes et ses contraintes implicites, au cœur du problème de l'épuisement professionnel.

Afin de s'assurer de la pertinence d'une telle approche sionormative, il est nécessaire de répliquer ces premiers résultats dont la principale limite réside dans le fait qu'ils restent associés à une population de soignants soumis à des contraintes professionnelles spécifiques. Ces répliques devront être réalisées dans d'autres contextes professionnels reconnus pour générer de l'épuisement professionnel, par exemple dans certaines organisations du travail tertiaire et dans les métiers du commerce soumis à une pression économique importante.

RÉFÉRENCES

- Beauvois, J.-L. (1991). Processus cognitifs, socio-cognitifs, représentationnels, et idéologie. Dans V. Aebischer, J.-P. Deconchy et E. M. Lipianski (dir.), *Idéologies et représentations sociales* (p.117-127). Cousset, Suisse : DelVal.
- Beauvois, J.-L. et Dubois, N. (1988). The norm of internality in the explanation of psychological events. *European Journal of Social Psychology*, 18(4), 299-316.
- Beauvois, J.-L. et le Poulitier, F. (1986). Norme d'internalité et pouvoir social en psychologie quotidienne. *Psychologie française*, 31(2), 100-108.
- Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public*. Paris, France : La Découverte.
- Bruchon-Schweitzer, M. et Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies : Stress, coping et ajustement*. Paris, France : Dunod.
- Canouï, P. et Mauranges, A. (2004). *Le burn out : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse aux réponses*. Paris, France : Masson.
- Castra, D. (1995). Mécanismes implicites de prises de décision dans la situation de recrutement. *Orientation scolaire et professionnelle*, 24(2), 115-133.
- Cousson, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B. Nuissier, J. et Rasclé, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC (ways of coping checklist). *Psychologie française*, 41(2), 155-164.
- Delbrouck, M. (2008) *Le burn-out du soignant : Le syndrome d'épuisement professionnel*. Bruxelles, Belgique : De Boeck
- Dompnier, B. et Pansu, P. (2007). L'intervention des explications causales internes en termes d'effort dans les stratégies d'autoprésentation et le jugement social : perspectives sociocognitives. *Psychologie française*, 52(4), 459-478.
- Dubois, N. (2003). *A socio-cognitive approach to social norms*. Londres, Royaume-Uni : Routledge.
- Dubois, N. (2006). La valeur sociale des personnes [The social value of persons]. Dans R.-V. Joule et P. Huguet (dir.), *Bilans et perspectives en psychologie sociale* (Vol. 1, p. 81-115). Grenoble, France : Presses Universitaires de Grenoble.
- Esnard, C. (2007). Pour une approche psychosociale du stress professionnel : Examen des problématiques représentationnelles et identitaires, Dans G. Chasseigne (dir.), *Cognition, santé et vie quotidienne* (Vol. 1, p. 109-128). Paris, France : Publibook.
- Esnard, C., Bordel, S. et Somat, A. (2013). Les soignants face au burnout : quelles attributions causales? *Pratiques psychologiques*, 19(3), 147-161.
- Esnard, C., Fauray, B et Zylinski, A. (2014). Burnout en contexte professionnel soignant : la valorisation sociale des explications causales en termes d'effort. *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 102(2), 233-258.
- Férec, N., Pansu, P., Py, J. et Somat, A. (2011). Évaluation d'un programme de formation à la clairvoyance normative pour demandeurs d'emploi. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 40(3), 287-311.
- Freudenberger, H. J. et Richelson, G. (1980). *Burn-out: How to beat the high cost of success*. New York, NY : Bantam Books.
- Gilbert, D. (2009). *La norme d'internalité et « l'individu responsable, utile et heureux de l'être » . Application des recherches sur l'internalité et le contrôle aux relations de travail, d'accompagnement en formation et de soin*. Toulouse, France : HDR Université de Toulouse 2 - Le Mirail.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York, NY : Lawrence Erlbaum Associates.
- Hurrell, J. J. et Murphy, L. R. (1991). Locus of control, job demands and health. Dans C. L. Cooper et R. Payne (dir.), *Personality and stress: Individual differences in the stress process* (p. 133-150). Chichester, Angleterre : John Wiley and Sons.
- Jellison, J. M. et Green, J. (1981). A self-presentation approach to the fundamental attribution error: the norm of internality. *Journal of Personality and social Psychology*, 40(4), 643-649.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY : Springer.

Épuisement professionnel et normativité sociale

- Loriol, M. (2012). *La construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*. Rennes, France : Presses universitaires de Rennes.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. Dans W. B., Schaufeli, C. Maslach et T. Marek (dir.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (p. 19-32). Washington, D.C. : Taylor et Francis.
- Maslach, C. et Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. et Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. (2^e éd.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Moore, J. E. (2000). Why is this happening? A causal attribution approach to work exhaustion consequences. *Academy of Management Review*, 25(2), 335-349.
- Pansu, P. (1997). The norm of internality in an organizational context. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 6(1), 37-58.
- Pansu, P. et Gilibert, D. (2002). Effect of causal explanations on work-related judgments. *Applied Psychology*, 51(4), 505-526.
- Perrin, S. et Testé, B. (2010). Impact of the locus of causality and internal control on the social utility of causal explanations. *Swiss Journal of Psychology*, 69, 173-179.
- Py, J. et Somat, A. (1991). Normativité, conformité et clairvoyance : leurs effets sur le jugement évaluatif dans un contexte scolaire. Dans J.-L. Beauvois, R. V. Joule et J. M. Monteil (dir.), *Perspectives cognitives et conduites sociales. Vol. 3. Quelles cognitions? Quelles conduites?* (p. 167-193). Cousset, Suisse : Delval.
- Rotter, J. B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(1), 56-67.
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout : Concepts, modèles, interventions*. Paris, France : Dunod.
- Weiner, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, 71(1), 3-25.
- Weiner, B. (2006). *Social motivation, justice, and the moral emotions: An attributional approach*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Weiner, B. et Kukla, A. (1970). An attributional analysis of achievement motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15(1), 1-20.

RÉSUMÉ

L'objectif de cette étude était d'observer si des soignants français, infirmier(e)s et aides-soignants(e)s, adaptaient leurs explications relatives aux causes de leur épuisement professionnel afin de répondre aux attentes normatives de l'organisation de travail (Dubois, 2003). Quarante-vingt-neuf soignants ont répondu à un questionnaire d'autoprésentation. Les résultats ont effectivement montré une plus grande clairvoyance, c'est-à-dire une meilleure connaissance de ces attentes normatives 1) en matière de valorisation sociale des explications relatives à l'effort (explications internes et contrôlables) et face à un supérieur davantage que face à des collègues et amis; 2) davantage chez les soignants-cadres que chez les non-cadres. La discussion porte sur la pertinence, en termes de prévention, d'une analyse sionormative du discours relatif à l'épuisement professionnel.

MOTS CLÉS

épuisement professionnel, explications causales, clairvoyance normative, contexte soignant

ABSTRACT

The objective of this study was to observe if French caregivers, nurses and auxiliary nurses, adapted their explanations regarding the causes of their professional exhaustion in order to meet the normative expectations of occupational organization (Dubois, 2003). Eighty-nine caregivers answered a self-presentation questionnaire. The results effectively showed a

greater clear-sightedness, i.e. a better knowledge of these normative expectations 1) of the social value of the explanations related to the effort (internal and controllable explanations) and more in front of a superior than in front of colleagues and friends; 2) amongst managers more than amongst non-managers. The discussion focuses on the relevance, in terms of prevention, of a socio-normative analysis of the discourse on professional exhaustion.

KEYWORDS

professional exhaustion, causal explanations, normative clear-sightedness, health care context
