

Le personnel soignant à l'épreuve de la performance dans un service de gérontologie

Corinne Gaudart

Ergonome, LISE-CNRS, CREAPT, Paris

Je suis ergonome au CNRS, j'ai travaillé pendant de longues années au CREAPT, le Centre de Recherche et d'Etudes sur l'Age et les Populations au Travail

Je suis maintenant dans un laboratoire de sociologie, le LISE UMR CNAM-CNRS. Je me suis intéressée aux questions de vieillissement, de rapport entre générations - je vais vous en parler ici - et plus globalement je travaille actuellement à réinsérer ces thématiques dans une problématique plus large de santé au travail.

Je vais vous présenter un travail réalisé en équipe, avec une étudiante de master à l'époque, Jeanne Thébaud, ainsi qu'avec Serge Volkoff. C'est un travail qui s'est déroulé dans un service de gérontologie à l'hôpital, dans le secteur public... L'angle de la performance n'était pas posé d'emblée, j'ai donc pour cet exposé, tenté d'attraper, de déplacer mon point de vue et de croiser ce que nous avons vu sur le terrain avec des questions de performance.

1. Préambule

Est-ce que la performance prise seule a un sens, en dehors de son contexte, dans l'absolu ? J'ai du mal à l'envisager de cette manière et il me semble que la performance implique la comparaison : la comparaison avec les autres ; les autres ce peut être des individus, des personnes, ce peut être des organisations, des entreprises (est-ce que je suis plus performant ou moins performant qu'eux ?).

Elle implique aussi la comparaison avec soi-même, encore une fois en tant qu'individu ou en tant qu'entreprise « suis-je plus performant aujourd'hui qu'hier ? Serai-je performant demain ? ». Il me semble donc que la performance pose la question de la comparaison, à part peut-être si on lui donne son sens anglophone : « to perform » où l'accomplissement de l'acte en lui-même est synonyme de performance.

Pour que la comparaison puisse se faire, la performance va avoir besoin de définir un certain nombre de critères. Or, ces critères peuvent se situer à des niveaux extrêmement différents, qui ont certainement à voir avec : de quel point de vue parle-t-on ? On peut parler à un niveau très macro : les critères de performance seraient alors par exemple de distribuer des dividendes aux actionnaires.

Mais cela peut être aussi un niveau qui serait plus proche du travail, où les critères de performance seraient liés à la construction d'un objet, qu'il soit matériel ou immatériel, avec telle qualité, telle quantité, avec une combinaison des deux, etc. Il est alors nécessaire de définir des indicateurs, pour évaluer que les critères sont tenus, pour aussi pouvoir comparer. Ces indicateurs, nous pouvons les construire *a priori*, c'est-à-dire que pour remplir les critères de performance, il faut par exemple un ratio effectif / produit, que l'on va définir à l'avance.

Et puis il me semble aussi qu'il y a des indicateurs qui sont construits *a posteriori*, où l'on va s'intéresser par exemple au nombre d'objets fabriqués dans un temps donné, le nombre de clients contents, le nombre de défauts, etc.

Si l'on continue à descendre dans le micro, la réflexion sur la performance a besoin aussi de s'outiller du côté de la prescription du travail, et cette prescription du travail peut prendre des formes extrêmement variées : au minimum la prescription du travail consiste à rappeler aux opérateurs les critères de performance ; au maximum, elle va définir le travail très précisément, le quoi faire, le comment faire, en combien de temps, etc. La réflexion sur la performance peut aussi nécessiter de définir des compétences.

Par exemple, j'ai en tête les référentiels compétences que l'on croisait dans les entreprises, qui sont en fait une somme de ce qu'on considère que les opérateurs doivent savoir, du côté des connaissances et des savoir-faire pour pouvoir remplir la prescription.

Je ne suis pas certaine qu'il y ait dans l'entreprise un acteur qui tienne précisément ces différents niveaux. Ce n'est pas sûr non plus qu'ils soient tous présents, ce n'est pas sûr qu'ils soient tous tenus par les mêmes personnes et peut-être que chacun en a des morceaux. Ce qui me semble important, c'est qu'au final la performance est incarnée, c'est-à-dire qu'elle est portée par des individus, et que parler de performance, c'est être performant. En ce sens, la performance est incarnée et elle est tenue par des hommes, par des femmes. Et c'est là que j'en viens un peu plus précisément à mon propos par rapport à l'étude menée en gérontologie. Définir ce qu'est la performance revient à définir plus ou moins explicitement ce qu'est le bon travail, avec l'idée que faire le bon travail, c'est faire du bon travail, c'est-à-dire celui qui va permettre d'effectuer la performance. Il y a ici un glissement, entre la question de faire le bon travail et faire du bon travail, en pensant qu'il s'agit de la même chose. Et il me semble qu'au final, le travail, l'activité peut devenir un espace d'affrontement de ces logiques de performance, l'une portée par l'organisation, l'autres par les individus. Plus précisément dans ce service de gérontologie la question centrale qui est posée est : qu'est-ce que ça veut dire et comment fait-on pour prendre en charge des personnes âgées ?

2. A l'hôpital, un turn over important

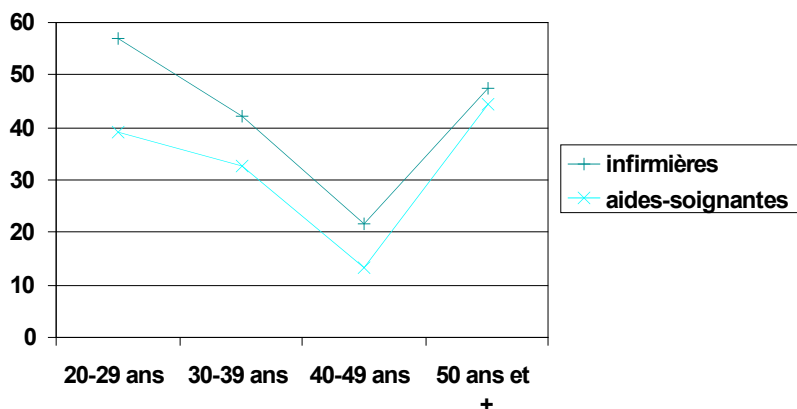
2.1. Le pourcentage de départ entre 2002 et 2005 par tranche d'âge

Le point de départ de l'étude portait sur une question de turn-over du personnel paramédical, plus précisément des infirmières, et un turn-over qui était ciblé sur un personnel plutôt jeune, ou nouveau en tout cas, avec l'idée que c'était certainement à mettre en lien avec des problèmes de fidélisation des nouveaux.

Nous sommes allés voir d'un peu plus près ce que signifiait ce turn-over (turn-over qu'on peut déjà prendre comme un indicateur de performance). Je vais vous présenter quelques chiffres, on peut passer rapidement dessus. La situation des infirmières : en 2002 elles étaient 745, il y en a 309 qui sont parties entre 2002 et 2005, 265 qui sont arrivées ; donc on est en déficit d'effectif. La situation des aides-soignantes est un peu meilleure. Mais, de manière globale, les départs ne sont pas compensés par les arrivées. Quand on regarde le personnel ayant moins de 4 ans d'ancienneté sur le site en 2005, on se rend compte qu'il y en a 46 % chez les infirmières, 45 % chez les aides-soignantes, c'est-à-dire du personnel qui a peu d'ancienneté du fait, entre autres, du turn-over.

Quand on regarde qui sont les personnes qui partent, et qu'on les regarde du point de vue de la structure d'âge, on se rend compte que ceux sont surtout de jeunes infirmières et aides-soignantes, puisqu'on voit qu'elles sont très largement représentées chez les 20-29

ans. Dans la tranche d'âge des 20-29 ans, vous avez 58 % des infirmières qui sont parties entre 2002 et 2005, la même chose pour les aides-soignantes, puis on voit que cela chute un petit peu ; et ensuite ça augmente à partir de 50 ans et plus ; mais il s'agit là plutôt de départs de fin de carrière professionnelle. La situation se focalise surtout sur les jeunes infirmières. Il y a un turn-over relativement important, avec des départs qui ne sont pas toujours compensés et qui sont centrés sur du personnel plutôt jeune.



% départs entre 2002 et 2005 par tranche d'âge

2.2. La mobilité au sein de l'hôpital

Il y a un deuxième niveau de turn-over qui correspond à la mobilité au sein de l'hôpital. Lorsque l'on regarde le pourcentage de changement de service entre les deux dates proposées, parmi les présentes aux deux dates, chez les infirmières, cela correspond à 21 % (mais il faut se remémorer les chiffres précédents et donc c'est 21 % des 54 % présentes aux deux dates). Cela fait donc un grand nombre de personnes qui bougent et qui changent très fréquemment de service. La situation des aides-soignantes est assez similaire.

2.3. Un fonctionnement de l'hôpital en sous-effectif

L'hôpital fonctionne donc en sous-effectif. Cela se traduit très concrètement par un appel croissant aux intérimaires, on voit que c'est une augmentation relativement importante : en 2006, au moment où nous sommes à l'hôpital, on voit qu'il y a déjà deux fois plus d'intérimaires qu'au premier trimestre 2005. Cette situation allait en s'aggravant au niveau du recours aux intérimaires. En termes d'indicateurs de performance, faire appel à de la main-d'œuvre intérimaire, peut coûter plus financièrement.

3. La gériatrie : un service particulièrement touché

3.1. Un service peu attractif et un passage obligé : « postes ciblés »

Une fois le constat validé, nous avons souhaité voir ce qui se passait d'un peu plus près du point de vue du travail, et là assez rapidement, nous sommes allés travailler dans un service de gériatrie pour plusieurs motifs. Premièrement, parce que le service de gériatrie en question est le plus gros service de l'hôpital, d'autre part, les services de gériatrie ont un avenir certain.

Celui-ci est peu attractif, ce qui se confirme dans d'autres hôpitaux pour différents motifs plus ou moins bien explicités, plus ou moins bien argumentés. Du point de vue des personnels qui considèrent ce service comme peu technique par rapport à d'autres comme les urgences, la chirurgie cardiaque, etc. D'autre part, il semble que les services de gérontologie soient peu valorisés par les écoles, les IFSI elles-mêmes. Ce service attire peu les jeunes infirmières, et les intérimaires également (ils craignent de ne pas s'adresser au bon patient, du fait des pathologies liées à la vieillesse, de type Alzheimer).

Cela se traduit concrètement par un déficit de postes : en 2004, 50 % des postes d'infirmières étaient vacants, ce qui veut dire 21 infirmières sur 43, et entre un tiers et la moitié du personnel du service en mouvement chaque année.

Ceci fait que l'encadrement a mis en place un système de postes ciblés, c'est-à-dire un système qui contraint les infirmières en fin de stage à venir passer au moins un an dans le service de gérontologie. Les infirmières devant faire ce détour par la gérontologie sont celles dont les études ont été soutenues et financées par l'hôpital, donc allocation d'étude ou promotion professionnelle, par exemple des aides-soignantes qui évoluent vers le métier d'infirmière.

3.2. Ne pas « y » arriver

Ils ont ainsi réussi à remonter les effectifs et à avoir leurs 43 postes d'infirmières, mais il continue d'y avoir un fort turn-over, c'est-à-dire que tous les six mois, à chaque fin de stage, il y a des départs, ce qui fait qu'il y a une relative instabilité du personnel.

Des discussions avec ce personnel permettent de constater qu'il exprime beaucoup autour de l'idée de « ne pas y arriver », avec des constats relativement forts :

« l'écoute ne fait pas partie du travail, on n'a pas le temps, les toilettes sont bâclées, on culpabilise et c'est difficilement vivable parce qu'on se met à leur place, c'est une charge physique et morale, on s'attache, on est très engagé, y'a des jours on a l'impression d'être des mécaniques et c'est épuisant. On ne respecte pas les résidents et les personnels ; ceux qui prennent les décisions seront aussi vieux un jour. On a l'impression d'oublier ce qu'on a appris parce qu'on est dans la performance et la rapidité. On ne sait pas répondre aux nouveaux, on n'a pas le temps de leur montrer. Je ne peux pas faire mon travail comme je souhaiterais le faire. »

On voit à travers ces verbatim à la fois les valeurs qui sont attachées à leur travail, comment cela pourrait se traduire en termes d'action, et comment une organisation, en parallèle, ne permet pas de le faire tel qu'on le souhaiterait.

3.3. Des ratios personnel/patients au plus juste

C'est un peu là-dessus que je vais essayer de revenir en décortiquant ces indicateurs, ces ratios qui sont posés dans le service. Il est intéressant de regarder les ratios personnels / patients, on voit qu'ils sont calculés au plus juste.

Le service est constitué de 5 unités (réparties entre SLS et SSR) :

- de SLS, qui sont des services de long séjour avec des patients accueillis pour une durée supérieure à six mois (dans les faits ce sont souvent des maisons de retraite médicalisées, avec des patients en fin de vie, qui pour la plupart décèdent dans le service).

- des SSR, qui sont des services de Soins de Suite et de Réadaptation, où les patients ne passent pas plus de six mois (au bout de six mois, soit ils retournent chez eux, soit dans d'autres types de structures, soit ils peuvent passer en service de long séjour).

Les unités de SSR ont un peu moins de patients par rapport aux unités de long séjour. Je ne parlerai pas de la nuit. Je vais me concentrer sur le matin et l'après-midi, en vous montrant les chiffres des effectifs minimaux, c'est-à-dire les effectifs nécessaires pour que ça tourne.

Ce qui est intéressant c'est de voir qu'il y a les chiffres entre parenthèses : par exemple, pour les SLS 2 et 3 avec 37 et 41 patients, il n'y a qu'une infirmière, mais on tend à ce qu'il y en ait deux. On ne sait, d'ailleurs, pas trop ce que cela veut dire du point de vue de l'organisation : est-ce que ces effectifs suffisent mais qu'il serait mieux d'être deux ? le fait d'avoir 1 (2) de noté, même chose pour les aides-soignantes.

On remarque que l'on est dans des ratios où l'on a une ou deux infirmières pour 25, 35, 40 patients, les aides-soignantes sont aussi en nombre assez juste, notamment sur certaines vacations (plus l'après-midi que le matin).

Effectifs minimaux pour chaque unité :							
			M		AM		
			IDE	AS	IDE	AS	
			Lits				
		SLS1	1	5	1	3	35
		SLS2	1 (2)	5	1	3 (4)	37
		SLS3	1 (2)	6	1 (2)	4	41
		SSR1	2	4	2	3	25
		SSR2	2	4	2	3	30

3.4. Des effectifs minimaux atteints ?

Nous avons essayé de voir si ces fameux effectifs minimaux étaient atteints, donc nous avons tenté de travailler sur les plannings.

Ceux-ci sont des objets qui sont difficiles à obtenir ; il convient d'argumenter fortement pour se les procurer, surtout ceux qui ont été gommés, réécrits au dernier moment et qui sont les plus proches de la réalité, même si des régulations nous échappent toujours.

Nous avons compté pour le mois de juin 300 vacations, c'est-à-dire que le mois de juin fait 30 jours, il y a cinq unités et nous avons regardé ce qui se passait le matin et l'après-midi, donc ça fait 30 x 5 x 2.

On observe que par rapport aux effectifs minimaux requis, la plupart des 300 vacations ont les effectifs minimaux requis. Sur 300 vacations, seules 58 sont en dessous de l'effectif minimal. Par contre, il y a des situations critiques : par exemple, le fait qu'il n'y ait qu'une seule infirmière au lieu de deux pour les services de long séjour. On se rend compte que là, en fonction des services, on va se trouver avec 50 vacations sur 60 où il n'y a qu'une seule

infirmière. Du côté des aides-soignantes, on se rend compte qu'il y a certains services qui cumulent les sous-effectifs, notamment les longs séjours. Non seulement, il y a 47 vacations sur 60 en sous-effectifs, mais en plus parmi celles-ci, 17 sont avec une seule infirmière. On voit ainsi s'accumuler les difficultés de manque de personnel par rapport à des effectifs minimaux.

3.5. Avec quel personnel ?

Nous pouvons interpréter ces résultats ainsi : 58 vacations sur 300, finalement ce n'est pas si mal.

On peut aussi dire qu'il y a vraiment problème si on y regarde de plus près. Cela peut être plus grave encore si on ne raisonne plus seulement en termes d'effectifs mais en termes de qui tient les postes.

On constate alors que l'on peut avoir atteint l'effectif minimum requis, mais avec du personnel qui n'est souvent pas titulaire. 142 vacations sur 300 sont composées d'au moins une personne extérieure au service de gériatrie : intérim, pôle de surveillance, remplacement pour les congés annuels, etc.,

Sur les 58 vacations qui sont déjà en sous-effectif, 23 le sont avec du personnel extérieur au service de gériatrie, et on trouve des situations beaucoup plus critiques du côté des SLS, et notamment sur le troisième.

Ce qu'il est intéressant de constater, c'est qu'on se retrouve pour s'occuper de ces personnes âgées avec du personnel ayant une diversité de statuts très importante, avec les titulaires, les titulaires stagiaires, les stagiaires, les infirmières du pool, de la surveillance, de l'intérim, les RCA,... Il y a alors une perte de connaissances dans la durée sur qui sont ces personnes âgées et comment on les prend en charge.

Par ailleurs, il faut savoir que même si l'effectif minimum est atteint, il peut l'être avec des personnes qui ne sont pas forcément considérées comme des ressources par rapport aux titulaires. Par exemple, si vous prenez ce qu'ils appellent les RCA (les remplacements pour congés annuels) : vous avez des étudiants, des enfants du personnel, etc..., certains ont fait médecine et donc savent quoi faire avec des personnes âgées, d'autres ne veulent pas faire un certain nombre de tâches (changer les couches, faire les toilettes,...), ça leur pose souci donc ils ne font pas. L'effectif minimum ne signifie pas toujours une ressource suffisante pour l'équipe.

3.6. Une organisation du travail basée sur la mutualisation

Si nous continuons du côté de la prescription, nous avons une instabilité qui est renforcée par le mode d'organisation du travail qui est proposé, c'est-à-dire une organisation du travail basée sur le principe de la mutualisation. Ce principe est avant tout présenté comme un outil RH intéressant - c'est de la polyvalence en fait - c'est le fait de tourner dans plusieurs unités du service.

Cette mutualisation arrive avec une organisation en pôles d'activité : cela permet de multiplier les compétences, et dans la pratique ça permet surtout de palier les sous-effectifs, donc de rendre flexible le personnel. S'ajoute à cela le discours du cadre supérieur du service qui trouve ce principe plutôt avantageux, car il permet de ne pas nouer de liens trop affectifs avec les patients .

A côté de cela, on a quand même dans ce principe de mutualisation le fait que ce sont les infirmières qui tournent, alors que les aides-soignantes, elles, restent dans les services, parce qu'elles feraient office de figures référentes auprès des malades. On se trouve ainsi

dans une contradiction totale, puisque d'un côté on pose que nouer des liens affectifs ce n'est pas bien, et que d'un autre côté on va parler de figure référente.

Donc tout ça se mélange un peu, mais au final ces aides-soignantes tournent aussi. Si par exemple dans un service l'effectif minimum c'est 4 et qu'à côté elles ne sont que deux, et bien on va en prendre une et la mettre à côté...

3.7. Des missions confiées aux IDE et AS au contour flou

Du côté des missions confiées aux infirmières et aux aides-soignantes, elles ont des contours aussi extrêmement flous : on est en permanence dans la question du *cure* et du *care*. Le *cure*, c'est tout ce qui est « donner les soins physiques », et la question du *care* qui n'est pas dite explicitement, autour d'une prise en charge empathique, on est surtout dans une relation subjective, voire affective, qui est sous-jacente derrière ces missions mais qui n'est pas vraiment très bien explicitée.

Si on regarde les missions des IDE, elles ont une mission générale, et puis après des missions centrées sur l'accueil du résident, de sa famille, elles doivent encadrer l'équipe, elles doivent gérer les dossiers, c'est la fameuse partie administrative qu'évoquait François Daniellou. En fait, ces infirmières passent un peu moins du tiers de leur temps dans les chambres des patients, et la moitié du temps dans les salles de soins, assurer les liaisons entre le cadre et le médecin, etc. Et puis il y a des missions spécifiques avec des tournures de phrases du style « favoriser le maintien de l'autonomie, adapter ses actions selon le degré de dépendance physique et mentale du résident », ce sont des choses qui sont relativement floues.

Pour les aides-soignantes, on parle beaucoup du fait qu'elles accueillent et accompagnent les patients dans leurs besoins fondamentaux et font de chaque soin un moment de vie. Ces missions sont implicitement centrées sur une prise en charge globale du patient, ce sont les termes utilisés : physique, cognitive, psychique, sociale, avec une personnalisation des soins. Des termes relativement flous, avec à côté une organisation qui a plutôt tendance à censurer, ou en tout cas à ne pas donner les moyens d'appliquer des missions qui encore une fois sont très floues dans leur niveau d'explicitation.

3.8. L'état des patients en gériatrie : importance de les suivre

- Un diagnostic de l'état des patients à réajuster continuellement

Quand on regarde de plus près, quand on commence à arriver du côté de l'activité, on se rend compte que ce qui est fondamental, en tout cas pour ce service, c'est de bien connaître les patients et faire un diagnostic perpétuellement réajusté, parce qu'ils ont des pathologies multiples et évolutives. Il faut bien voir qu'ils sont dans ces services de gériatrie avant tout parce qu'ils sont vieux, avant d'avoir une pathologie spécifique : c'est leur âge qui fait qu'on les oriente vers ce type de service.

- Une affectation des patients en SSR ou en SLS qui ne permet pas de prédire l'état des patients

Il y a donc des pathologies multiples, évolutives, qui sont spécifiques ou non à la vieillesse, une instabilité des états physiques et mentaux qui peuvent varier d'un patient à l'autre mais aussi chez un même patient. Par ailleurs, le fait qu'un patient soit orienté vers un service SLS ou SSR ne dit rien au sujet du type de patient que l'on va trouver. En théorie, il ne devrait y avoir des différences, notamment par rapport à des questions d'autonomie ; en réalité les affectations se décident en termes de places disponibles.

- Distribuer des médicaments

Comment ça se traduit dans l'activité ? On se rend compte que pour la personne qui travaille, le fait de distribuer les médicaments aux patients, c'est une pratique professionnelle qui est tournée vers des arbitrages autour du prendre soin. Elle développe des stratégies qui vont lui permettre de faire face aux contraintes de temps, tout en essayant de maintenir un niveau de sécurité pour le patient, notamment avec sur la question des fausses route, cruciales dans leurs conséquences possibles pour les personnes âgées. Dans un certain sens, elle prend soin de, mais ce qui passe à la trappe, c'est toute la dimension relationnelle, subjective, de nouer des relations avec les patients.

3.9. Au cœur du métier, connaître les patients

La connaissance des patients est indispensable pour distribuer les médicaments et, lorsqu'on est sous contrainte de temps, on a des stratégies pour se tenir au courant. Mais ce sont des stratégies qui ne passent pas par la relation avec le patient.

Au final, ce sont des compétences qui sont orientées vers le « faire vite » sans prendre de risque pour les patients, au détriment de la construction d'une relation. Ce conflit-là est porté individuellement, c'est le sentiment de ne pas bien faire son travail, et on n'a pas forcément le temps d'en parler avec ses collègues. Lors des restitutions collectives, le terme employé a été celui de « maltraitance organisationnelle » envers les patients et aussi envers eux.

Dans la construction d'une relation avec le patient, il y a aussi des actes complètement gratuits qui ne sont pas forcément nécessaires. Par exemple, dans ces services de long séjour, il y a un service de lingerie interne, et quand on fait vite, on habille n'importe comment les patients : on se retrouve avec des vêtements trop grands, trop petits, qui ne vont pas du tout entre le haut et le bas. Il y a beaucoup d'aides-soignantes qui disent : « quand j'ai un petit peu de temps, j'essaie de bien les habiller ». Donc ce n'est pas du tout performant, c'est gratuit, mais ce sont des éléments complètement centraux dans ce qu'ils souhaitent porter dans leur activité.

4. Conception des compétences

4.1. Des modalités de régulation dans l'action entre 3 pôles

Conception des compétences

- ∞ Des modalités de régulation dans l'action entre 3 pôles :



CHU Rouen le 05 -11-08

25

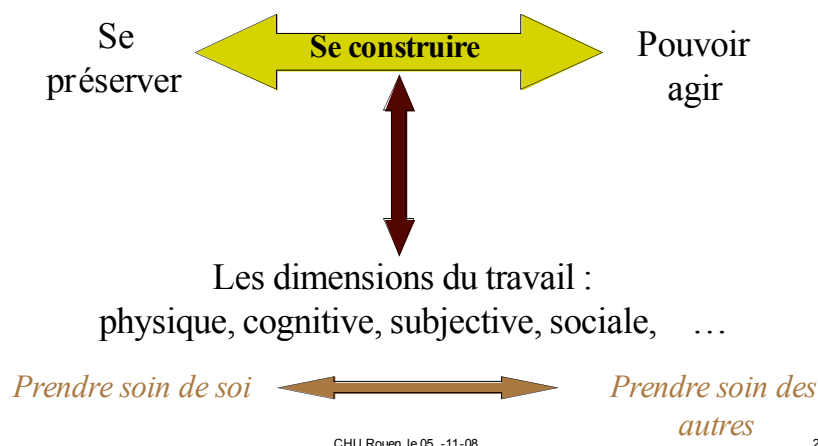
Tout ça pourrait nous permettre de réfléchir à une autre manière de voir la question des compétences, et de considérer les compétences comme des modalités de régulation dans l'action entre trois pôles, qui seraient :

- le pôle « soi », donc ceux sont ses propres caractéristiques (état physique, état de santé, formation, pratiques professionnelles), mais aussi des éléments un peu plus subjectifs du côté des valeurs du métier, de l'éthique, du sens du travail, etc. ;
- le pôle « système » qui renvoie à tout ce qui touche à l'organisation, la prescription ;
- le pôle « les autres », qui fait référence aussi bien à la relation avec ses pairs, mais aussi les relations hiérarchiques.

Les compétences se mettent en œuvre dans l'action à l'articulation de ces trois pôles. Nous pouvons voir ce schéma de manière synchronique, c'est-à-dire que c'est un état de la situation à un moment donné, mais aussi comment il peut évoluer dans le temps en fonction de comment chacun de ces pôles évolue, du côté des transformations du travail, du côté des transformations de soi. Dans ce schéma, nous voyons que le pôle « système » et le pôle « les autres » peuvent constituer des ressources ou des contraintes pour l'individu afin qu'il puisse mobiliser ce qu'il souhaite mobiliser dans son travail.

4.2. Le pôle « soi » dans le travail

Le pôle « soi » dans le travail



Dernier schéma, si on essaie de se focaliser sur le pôle « soi », on se rend compte qu'il va bouger suivant les caractéristiques du travail passé et actuel, et que ses déterminants pourraient évoluer le long d'un axe, où il y aurait d'un côté des situations où nous sommes dans l'obligation de nous préserver, nous sommes dans une posture subie, nous tentons de faire face à l'environnement (cela peut conduire à l'échec, à des pathologies, à une sortie de la situation de travail).

De l'autre côté de l'axe, il y a ce qui permet de pouvoir agir, c'est-à-dire de développer des compétences qui permettent de pouvoir agir sur le monde, ou d'être en capacité de créer ses propres règles et de pouvoir aussi remplir les propres prescriptions que l'on se donne dans le cadre de son travail. Alors, on se situe rarement dans un des deux extrêmes, le curseur est à mettre à différents niveaux, et puis cela change : c'est-à-dire que l'on peut avoir une combinaison de plusieurs éléments, et puis ces équilibres ou ces situations évoluent aussi avec le temps.

Elles prennent en compte toutes les dimensions du travail : physique, cognitive, subjective et sociale. Pour finir je trouve que ça illustre bien cette situation et je reprends des propos de Catherine Teiger et Esther Cloutier qui ont aussi travaillé dans ce secteur, pour dire qu'on voit comment la question du « prendre soin de soi » et du « prendre soin des autres » sont intimement liées, et que prendre soin de moi, ça passe par le fait que je prenne soin des autres - mais je crois que l'on pourrait remplacer plus largement « autres » par « travail » - et prendre soin des autres me permet de prendre soin de moi.

Ainsi, dans cette perspective, être performant, ne serait-ce pas être « en compétence » ? On pourrait ajouter ne serait-ce pas « être en santé » ?