



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/20458

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/20458>



RESEARCH ARTICLE

LA VIOLENCE AU TRAVAIL ET LA CONSTRUCTION DE L'IDENTITE PROFESSIONNELLE : ETUDE EXPLORATOIRE AUPRES DU PERSONNEL INFIRMIER AU MAROC

Jihane Bouara¹ and Ahmed El Bouazzaoui²

1. Doctorante en Psychologie Sociale de Développement et des Organisations, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Mohammed V, Rabat, Maroc.
2. Professeur de psychologie sociale, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Mohammed V de Rabat.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 17 December 2024

Final Accepted: 19 January 2025

Published: February 2025

Key words: -

Violence at Work Place, Professional Identity, Perception of the Profession

Abstract

The aim of this research is to identify the main sources of threats, aggression and psychological violence at work towards the nurses of the mother - child hospital. Similarly, this work aims to explore the impact of psychological violence at work on the construction of the professional identity of nurses. Were collected through semi-structured interviews involving 17 subjects. The results showed that the main factors of threats, aggression and psychological violence at work for nurses are the professional demands that nurse face when carrying out their work. Given the nature of the work of caregivers, nurses are confronted with irritable and hostile users (patients and visitors), nervousness and threaten caregivers with verbal insults and sometimes even physical violence.

Copyright, IJAR, 2025, All rights reserved.

Introduction:-

Les réalités vécues dans certains établissements de soins de santé, tels que les hôpitaux, les cliniques et les centres de soins, mettent en évidence l'évolution de ces espaces vers des environnements de violence et de confrontation. Ces milieux, censés être au service de l'homme en détresse, l'aider et le secourir en lui prodiguant des soins nécessaires, sont parfois exposés à des contraintes affectant négativement les rapports entre les patients et le personnel de soin.

Ce phénomène, et c'est d'ailleurs un phénomène difficile à cerner, est un sujet qui n'arrête pas de susciter l'attention d'un grand nombre de chercheurs. En effet, nombreux sont ceux qui ont pu tirer au clair certains côtés de ce problème. Dans cette optique, l'impact des caractéristiques de l'environnement de travail sur la santé et le bien-être du personnel infirmier, en particulier dans le contexte hospitalier constitue une réalité incontournable (Demerouti et al., 2001).

Cette réalité suppose que l'environnement professionnel dans le contexte de la santé constitue une source de risques qui affectent la santé physique et mentale des infirmiers. En admettant la vérité de cette supposition, on se permet de s'interroger sur l'impact de la violence en milieu de travail sur la construction de l'identité professionnelle chez le personnel infirmier. Quels sont les facteurs favorisant cette violence ? Quel genre de violence prédomine dans l'environnement des soins ? Quelles sont les répercussions de la violence sur l'identité professionnelle des infirmiers ? D'autres questions encore qui s'imposent seraient abordées lors de l'analyse des résultats et des discussions.

Corresponding Author:- Jihane Bouara

Address:- Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Mohammed V, Rabat, Maroc.

Le seul qui est à la hauteur d'apporter des éclaircissements et des réponses convaincantes à toutes ces interrogations incessantes est le professionnel de la santé, les infirmiers en particulier, qui forme la population de notre recherche. C'est un échantillon constitué des infirmiers qui ont été, eux-mêmes, victimes d'un acte de violence au moment de l'exercice de leur fonction ou simplement ils étaient témoins d'un acte de violence contre un collègue à l'enceinte de l'organisation. Ils exercent tous dans l'hôpital de la mère et de l'enfant au CHU de Fès.

Dans cette partie d'étude qui se veut exploratoire qualitative, on vise en premier lieu, à travers un entretien semi directif, à explorer la conception des infirmiers, exerçant dans un hôpital public, sur leur profession, ses exigences et ses ressources. Ainsi pourrait-on corriger ou consolider les représentations qui se font autour de métier d'infirmier. Ensuite, à travers ces gens du terrain, on essaiera d'identifier les facteurs en lien avec le travail des infirmiers et qui affectent aussi bien leur identité professionnelle que leur bien-être général et leur bien-être au travail.

Après un aperçu panoramique sur la structure de l'échantillon d'étude, on présentera une brève mise au point sur les outils d'analyse et les instruments de mesure utilisés pour atteindre les objectifs escomptés. Les résultats seront présentés juste après selon un plan préétabli conformément à l'ordre des items de questionnaire adressé aux membres de l'échantillon de recherche. Ils seront suivis d'une discussion pour en tirer des conclusions qui conviennent.

Objectif de l'étude:-

Il y a une quasi-unanimité dans la littérature affirmant que les milieux hospitaliers représentent des contextes les plus exposés au phénomène de la violence au travail. Une étude menée par (Aiken et al, 2001) affirme bien que le personnel infirmier est exposé à un taux élevé de menaces, d'agression et de violence psychologique, souvent dissimulées ou non déclarées, qui s'ajoutent aux nombreux cas de violence physique réelle et non dissimulable.

Rappelons, s'il est nécessaire, que le travail à l'hôpital de la mère et de l'enfant est soumis à de fortes exigences professionnelles qui engendrent des effets négatifs sur la santé du personnel médical et particulièrement les infirmiers. (Bakker, Killmer, Siegrist & Schaufeli, 2000 ; Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001 ; Maslach, 1993).

Le service de la maternité dans l'hôpital public est géré par une équipe médicale qui assure des rôles variés liés aux soins périnataux, à la santé de la mère et à la santé d'enfants nouveau-nés.

Des études empiriques (e.g., Maslach 1993 ; Demerouti et al., 2000 ; Truchot, 2004) confirment bien que ce métier est largement exposé à des contraintes attribuées aux conditions de travail défavorables multiples (e.g., les odeurs, le bruit, insuffisance parfois même absence du matériel médical nécessaire, milieu de travail surpeuplé, etc.) à quoi s'ajoutent l'horaire du travail irrégulier (travail de nuit et des heures supplémentaires, en raison de la nature imprévisible des accouchements et des besoins des patientes.), Le stress émotionnel dû aux complications potentielles de l'accouchement et à la responsabilité du bien-être de la mère et du nouveau-né, la charge administrative ; (la documentation précise, la gestion des dossiers des patientes, etc). (Adam et al., 2007 ; Colombat et al., 2011 ; Cassat, Wuerzner & Burnier, 2015 ; El Amri, Allouche, Benali, & Kholti, 2016 ; Lghabi, Allouche, Benali, & El Kholti, 2018).

La profession des infirmiers et leur organisation de travail sont indissociables, il est donc très important d'appréhender le lien de la violence dans le domaine de soins avec le climat organisationnel ou l'atmosphère de travail qui détermine le degré d'engagement des infirmiers envers leur organisation (Brunet et Savoie, 1999). Le climat organisationnel n'est pas sans répercussions significatives sur le bien-être des employés, c'est pourquoi l'objectif principal de notre recherche portera essentiellement sur l'impact de la violence, dans le contexte professionnel, sur la construction identitaire des infirmiers travaillant à l'hôpital mère et enfant au centre hospitalier universitaire de Fès. Cet objectif sera épaulé d'une série d'objectifs spécifiques fixés comme suit :

1. La perception de la violence varie considérablement d'un individu à l'autre, en fonction de beaucoup de facteurs. C'est un concept souvent influencé par la subjectivité de chaque personne et de son point de vue. Par exemple, une procédure médicale nécessaire et normale du point de vue de l'infirmier peut être perçue comme invasive et douloureuse du point de vue du patient. De même, les patients peuvent parfois exprimer des émotions fortes ou manifester des comportements agressifs en réaction à des situations de soins de santé, perçues comme intrusives ou stressantes. Notre objectif consiste alors à mettre de la lumière sur la perception des professionnels de la santé (infirmiers) sur le vécu professionnel et la violence au travail.

2. La violence au travail, tout comme la violence en général, est souvent le résultat d'une combinaison complexe de plusieurs facteurs et des déclencheurs variables en fonction de la situation et des personnes impliquées ou même de l'environnement où surgit la violence. Notre recherche dans cette perspective vise alors à déterminer et analyser les facteurs explicatifs de la violence au travail.
3. La construction de l'identité professionnelle chez les infirmiers est un processus complexe qui implique plusieurs composantes. Notre objectif est de mettre suffisamment de lumière sur les composantes ou les facteurs nécessaires dans la construction de l'identité professionnelle chez les infirmiers.
4. Autre objectif aussi important est de préciser la nature du rapport entre la violence au travail et la construction de l'identité professionnelle chez les personnels infirmiers.
5. La violence au travail passe et laisse derrière elle des séquelles qui affectent l'identité professionnelle du travailleur, on vise donc, à travers cette étude, à mettre le point sur l'effet de la violence sur la construction de l'identité professionnelle chez les infirmiers.
6. Finalement tant d'efforts déployés dans cette étude devraient contribuer à l'enrichissement de la recherche académique en présentant des connaissances nouvelles sur notre thème de recherche.

Cadre conceptuel de la recherche

La santé psychologique au travail

Dans le domaine professionnel, la santé psychologique est influencée par tous « les éléments qui favorisent l'épanouissement ou la réalisation de l'individu, ou en revanche amenuisent son potentiel d'expression au travail ».

Desrumaux, Lapointe, Ntsame Sima, Boudrias, Savoie & Brunet (2015) ce n'est donc pas seulement une conséquence des conditions environnementales et organisationnelles du milieu où exerce la personne, mais aussi « un système dynamique incluant des capacités et des facteurs provenant de sources psychosociales et personnelles » (Brunet & Savoie, 2015).

La structure de la santé psychologique au travail est fondée sur l'état du milieu professionnel qui comprend les conditions et l'organisation du travail, et sur les caractéristiques de l'individu à savoir : la cognition et les traits de personnalité.

Ce que nous pouvons retenir, suite à tout ce que nous venons de voir, c'est que la santé psychologique, d'après la majorité des chercheurs, est bâtie sur deux piliers fondamentaux : la détresse psychologique et le bien-être psychologique. Deux composantes que nous essayerons de tirer au clair dans les paragraphes qui vont venir. On s'intéressera à la distinction entre les deux concepts (bien-être et détresse psychologique).

Le bien-être psychologique et détresse psychologique sont deux dimensions distinctes et interdépendantes qui composent la santé mentale, on leur substitue parfois « la santé mentale positive » pour désigner « le bien-être » et « la santé mentale négative, troubles ou maladie mentale » pour désigner la détresse psychologique. Ils représentent deux extrémités au milieu desquelles se situe tout une gamme de niveaux allant d'un état du bien-être optimal d'un côté à l'état de maladie mentale et de troubles mentaux graves de l'autre côté.

La violence au travail

L'OMS définit la violence comme étant « La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations. ». (OMS, 2003, p.5)

La violence et l'agression sont deux concepts souvent substituables mais enveloppés d'une confusion sémantique. Le dictionnaire Le petit Robert s'est servi de l'adjectif « violent » pour définir l'agression dans la définition suivante : « attaque violente contre une personne » dans ce sens l'agressivité ne ferait-elle pas partie intégrante de la violence ? dans le même ouvrage la violence est définie comme : « force brutale pour soumettre quelqu'un. » les deux mots se rejoignent dans le sens où ils indiquent un comportement social dont la réalisation nécessite la présence de deux antagonistes, l'un est l'auteur ou l'initiateur de l'action brutale ou offensive adressée à l'autre qui n'est que récepteur ou victime de l'action.

Des chercheurs qui ont essayé de distinguer entre les deux concepts ont considéré l'agression comme un moyen de survie instinctif ou action d'autodéfense, cependant la violence est plutôt l'expression de ce qu'a ressenti la personne, victime de l'action agressive. (Mauranges, 2001).

D'après (Gbézo, 2011), « l'agression correspond à un comportement physique ou verbal dont le but premier est de nuire à autrui, physiquement ou psychiquement. Elle relève plus de l'action violente, inattendue et hors de proportion avec l'événement déclencheur (Gbézo, 2011 p.16).

La violence est omniprésente dans presque tous les domaines professionnels mais à des degrés variables. Les métiers liés aux services publics sont les plus touchés par ce phénomène ; Le secteur de l'administration, de la justice, de la police, de l'éducation et particulièrement le secteur de la santé en souffre beaucoup en raison des réactions imprévisibles et souvent violents des usagers ou de leurs compagnons. Cette situation traduit les difficultés des conditions du travail et des rapports souvent tendus entre le personnel médical et le patient. Retenons que «la violence au travail toucherait trois millions de personnes dans l'Union européenne, sous la forme de harcèlement moral et six millions sous la forme d'intimidation et de violence psychologique »(EUROGIP, 2000).

La violence au travail englobe les deux formes distinctes : d'abord psychologique : exercice d'« un pouvoir à l'encontre d'une personne ou d'un groupe portant préjudice à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social » puis physique qui fait recours « à la force physique contre une personne ou un groupe entraînant des préjudices physiques, sexuels ou psychologiques ». Bureau International du Travail et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2003).

Identité professionnelle

Selon Lallement cité dans (Dubar, Tripier, et al., 2011) « [L]e thème de l'identité professionnelle va progressivement faire tache d'huile aussi bien dans le discours social que dans certains travaux sociologiques. Dans le discours social, la notion d'identité professionnelle [...] accompagne la diffusion du nouveau modèle de l'individu “ acteur ” de sa situation de travail, mais aussi “ professionnel ” ayant à gérer sa carrière, à anticiper son parcours, à accroître ses “ compétences ” ».

Dans cette perspective c'est l'individu qui fait preuve d'autonomie et de responsabilité dans son travail ainsi que dans ses tâches quotidiennes. Individu maître de sa vie professionnelle, de son savoir et de sa réalisation personnelle. Individu dont l'identité personnelle est façonnée par les effets du travail qui ont fait apparaître un travailleur d'une nouvelle posture, travailleur impliqué plus que jamais dans son travail, mobilisé subjectivement pour l'entreprise et investi dans son emploi. C'est la nouvelle époque où les travailleurs « sont obligés de faire sans cesse la preuve de leur excellence et d'entrer en compétition permanente avec leurs pairs pour évoluer dans leur carrière » (Dubar, Tripier, et al., 2011) p. 329.

Les identités professionnelles se sont évoluées et développées en parallèle avec les nouvelles normes organisationnelles du travail. Les professionnelles à leur tour, ne peuvent pas rester à l'écart de ce mouvement, ils sont appelés à se surinvestir et à adapter leurs comportements aux exigences économiques et sociales basées respectivement sur l'efficacité et la reconnaissance. (Dubar, Tripier, et al., 2011).

Dubar et Sainsaulieu nous ont apporté des conceptions très importantes sur les identités professionnelles. Elles sont indispensables pour ce qui est de l'étude des problématiques liées aux dynamiques identitaires au travail. Elles permettent d'appréhender aussi bien la production de l'identité professionnelle que les composantes identitaires qui s'en dégagent et s'imposent à l'identité des trajectoires.

Ces modèles identitaires élaborés soit par Sainsaulieu soit par Dubar interpellent une interrogation qui se pose sur la possibilité de leur application aux autres contextes institutionnels ou entrepreneuriaux. Il y aurait sûrement des divergences au moins structurelles si l'on transpose les mêmes modèles aux environnements différents. En effet le changement de pays, de la culture, ou de l'organisation produira effectivement de nouvelles composantes, tracera d'autres trajectoires. Aussi y aurait-il certainement quelques similitudes. Si on ajoute à tout ce qui vient d'être mentionné les spécificités professionnelles, en particulier les salaires omis dans les travaux de Dubar, on s'interrogera sur l'apport du dispositif Dubarien dans l'étude des dynamiques identitaires relatif aux professions relationnelles comme dans notre recherche.

L'essentiel de ce que nous pouvons retenir à travers ces théories de l'identité se résume en ce qui suit :

- La profession constitue le milieu par excellence de la production identitaire.
- Les identités professionnelles ne sont pas constantes mais plutôt mouvantes ; elles s'adaptent aux cultures professionnelles et au monde du travail en pleine évolution.
- C'est à partir des expériences acquises par l'individu lors de la pratique professionnelle que se forment les identités au travail.
- Les relations entre les individus au domaine du travail donnent lieu aux rapports de pouvoir qui affectent les identités individuelles.
- Les milieux de travail sont des lieux importants de socialisation pour les individus.
- L'interaction entre identité de soi et l'identité d'autrui est le fruit des socialisations successives qui construisent l'identité.
- L'identité individuelle est principalement basée sur la continuité ou rupture entre l'identité héritée du passé et une identité visée.
- L'identité collective conduit à la reconnaissance ou à la non-reconnaissance par les pairs selon que la personne soit acceptée ou rejetée les individus d'une catégorisation sociale.

Assise Méthodologiques

Présentation et caractéristiques de la population d'étude

Répartition de la population selon l'âge

Les infirmiers ayant participé à notre étude sont choisis selon une tranche d'âge allant de 27 ans comme âge minimal à 55 ans comme âge maximal avec une moyenne d'âge autour de 37 ans. La répartition est bien représentative dans la mesure où elle combine entre les infirmiers de la nouvelle génération et les infirmiers ayant accumulé suffisamment d'expérience pour connaître les secrets de métier. Le tableau ci-dessous résume la répartition des infirmiers interrogés selon l'âge.

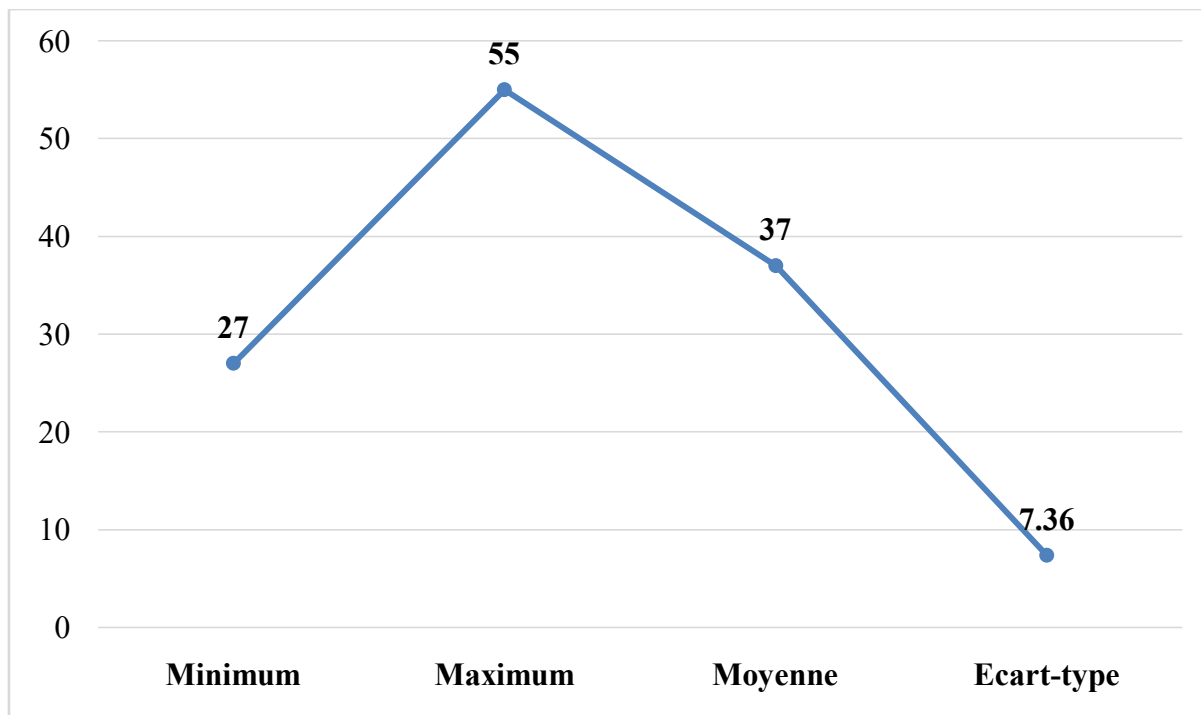


Figure 1:- Répartition des infirmiers interrogés selon l'âge.

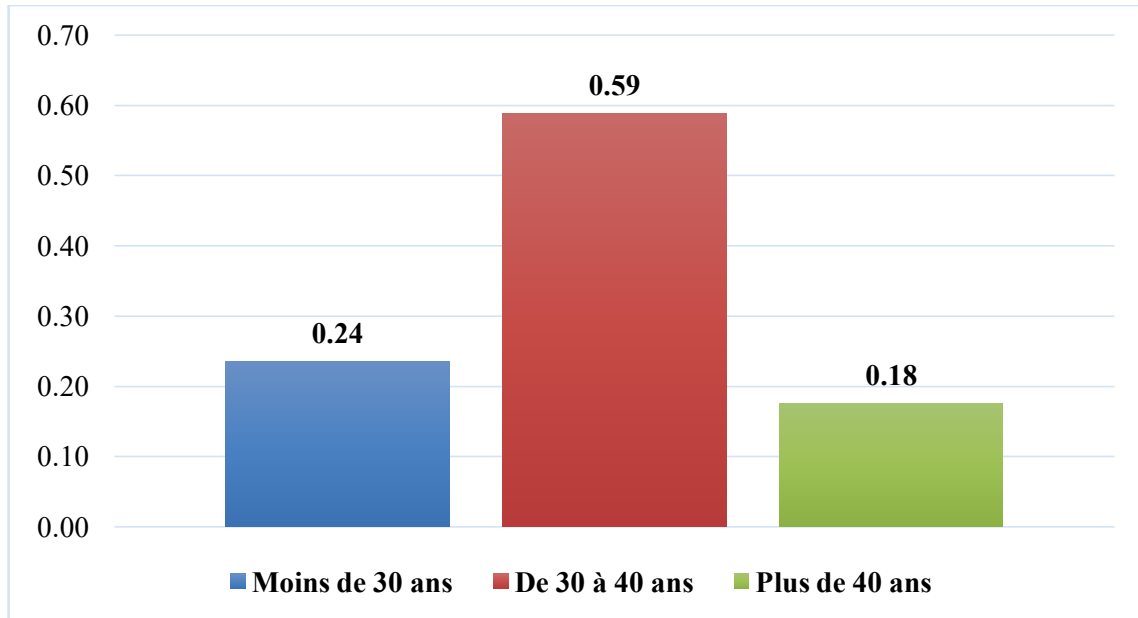


Figure 2:- Répartition des infirmiers interrogés selon les tranches d'âge.

Le graphique ci-dessus indique que la majorité des infirmiers qui ont participé à l'étude ont un âge compris entre 30 et 40 ans. Ils représentent 59 % des interrogés, c'est la tranche d'âge la plus présente dans les hôpitaux, ils sont à l'apogée de leur don professionnel. Au deuxième rang on trouve les infirmiers âgés de moins de 30 ans, ils forment presque le quart avec un pourcentage de 24 %. Ils forment la nouvelle génération intégrant ce domaine professionnel, ils sont pleins d'enthousiasme et de vivacité, et parmi eux il y a des nouveaux-venus et des expérimentés. Finalement, les infirmiers anciens dans le métier et dont l'âge dépasse 40 ans représentent les environs de 18 %.

Répartition de la population selon l'ancienneté au travail

Tous les infirmiers ayant répondu à notre enquête ont au moins 5 ans d'ancienneté dans leur métier à part une petite minorité ne représentant que 6 % et il se peut qu'ils ont vécu le phénomène sur quoi porte notre étude. Le reste, ils sont répartis en trois groupes : le premier groupe renferme les jeunes infirmiers ayant entre 5 et 10 ans d'ancienneté avec un taux de 18 %. Le groupe constituant la majorité de notre population de recherche, plus que la moitié, soit 59% est le groupe des infirmiers ayant accumulé entre 10 et 15ans d'expérience. Au-delà de 15 ans d'ancienneté est représentée dans notre étude avec taux de 18 %. Le nombre d'années d'ancienneté dans notre population de recherche est compris entre ces deux extrémités : 5 ans au minimum et 32 ans au maximum. (Soit une durée moyenne de 14 ans).

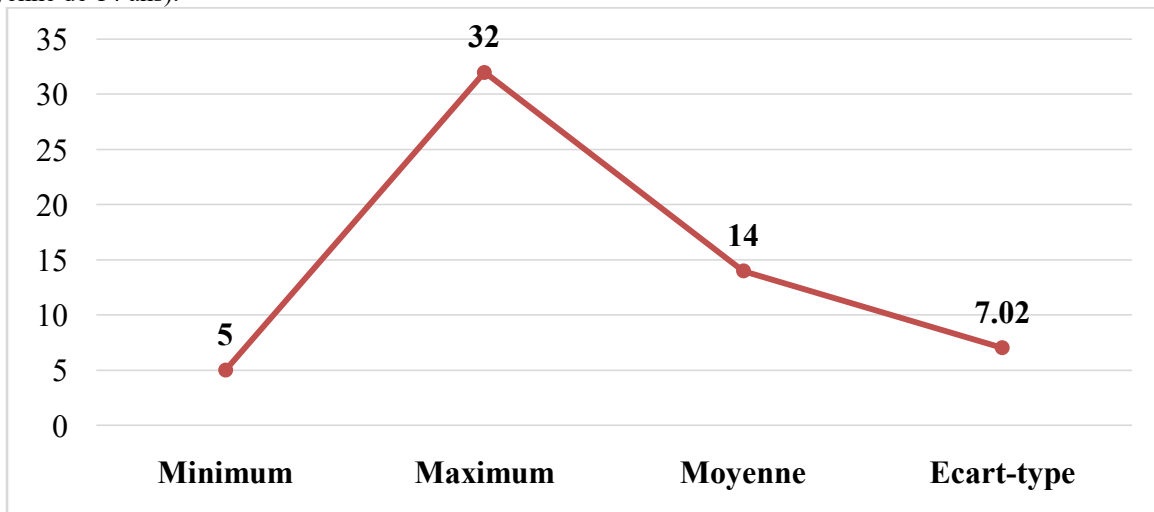


Figure 3:- Répartition des infirmiers interrogés selon l'ancienneté au travail.

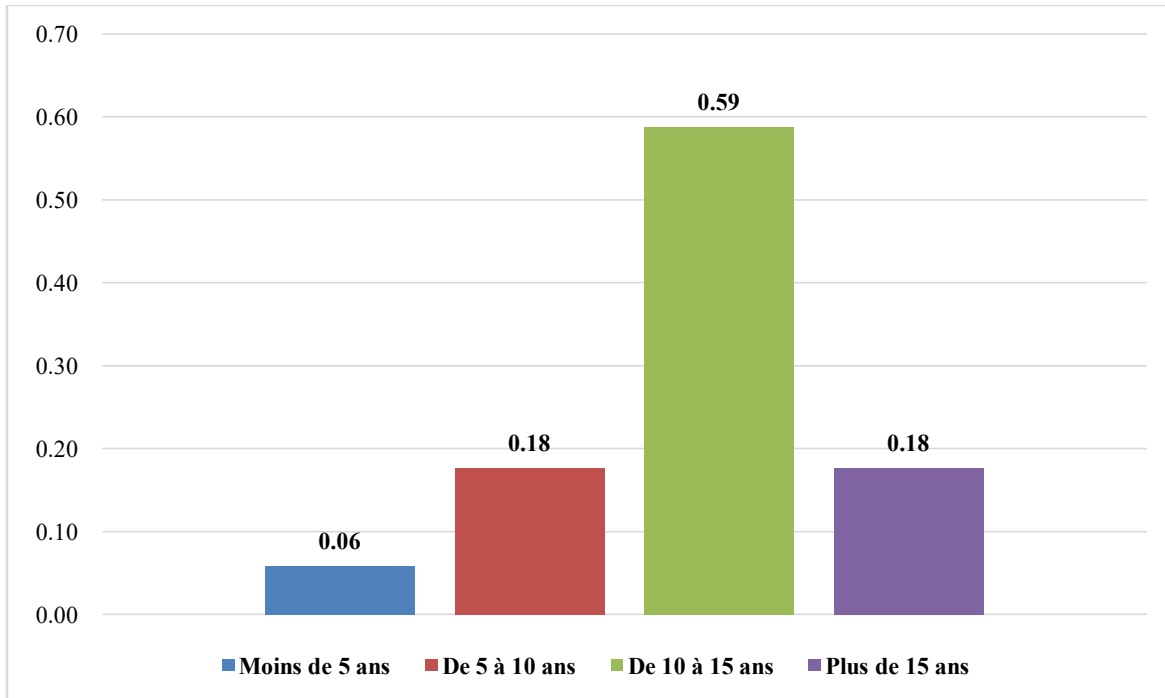


Figure 4:- Répartition des infirmiers interrogés selon les tranches d'années d'expériences.

Répartition de la population selon le genre

Les données présentées dans la figure 5, montrent que la plupart de la population interrogée est constituée de sexe féminin (14 individus, soit 82 %), cette représentation traduit, en quelques sortes, la dominance de genre féminin dans le domaine de la santé et particulièrement dans le métier d'infirmier. Chose évidente quand le contexte de recherche est l'hôpital mère et enfant de centre hospitalier universitaire de Fès.

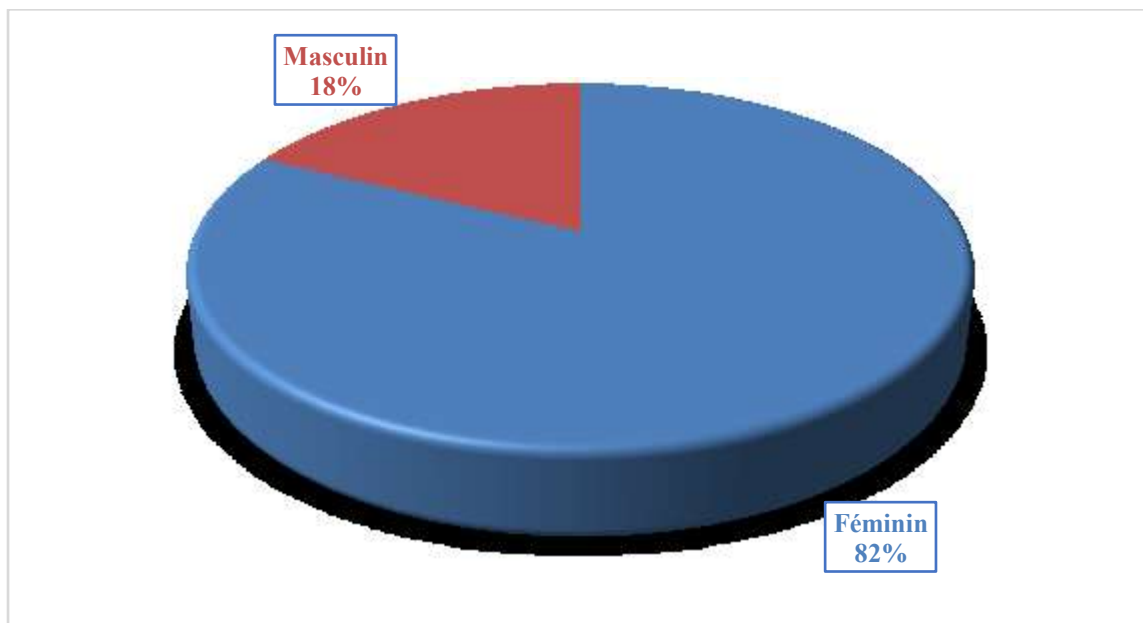


Figure 5:- Répartition des infirmiers interrogés selon le genre.

Répartition de la population selon la situation matrimoniale

La population ciblée est majoritairement composée d'individus ayant une expérience du mariage, avec 76,4% de personnes mariées et 5,88% de divorcés. C'est-à-dire que plus de 82% de l'échantillon d'étude ont déjà vécu

l'expérience du mariage contre 17,65% de la population est célibataire. Le critère du statut matrimonial, dans le contexte des infirmiers, est pertinent pour comprendre comment cette expérience personnelle peut influencer leur approche de la santé maternelle et infantile. Il pourrait y avoir des différences dans la manière dont les infirmiers mariés ou ayant été mariés abordent ces questions par rapport à leurs collègues célibataires.

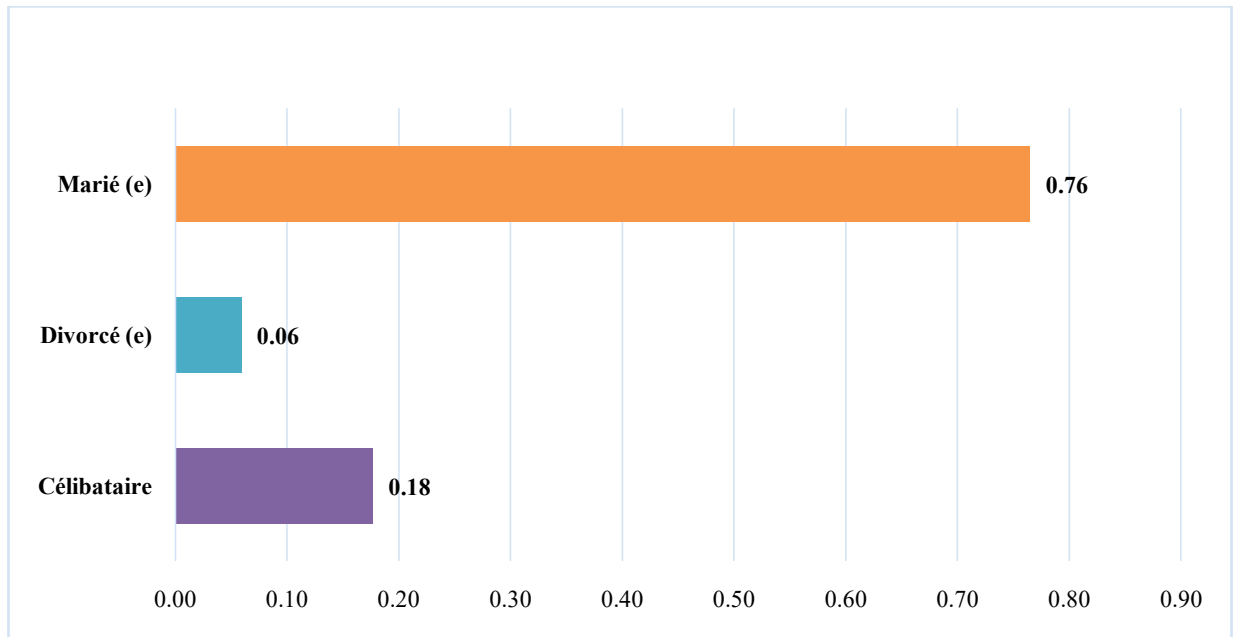


Figure 6:- Répartition des infirmiers interrogés selon la situation matrimoniale.

Répartition de la population selon le niveau d'études

En ce qui concerne le niveau d'études de la population de recherche, rappelons au départ que l'intégration de métier d'infirmier exige au moins l'obtention d'un certificat de Baccalauréat. Il est donc évident qu'on ne trouve pas d'infirmier dont le niveau scolaire est au-dessous de baccalauréat. En effet dans notre échantillon 6% seulement ont rejoint le métier des soins avec un bac. Cependant, 59% des infirmiers participant à cette étude ont eu leur certificat de licence, et 12% ont eu un doctorat tandis que 23% ont un niveau bac + 2.

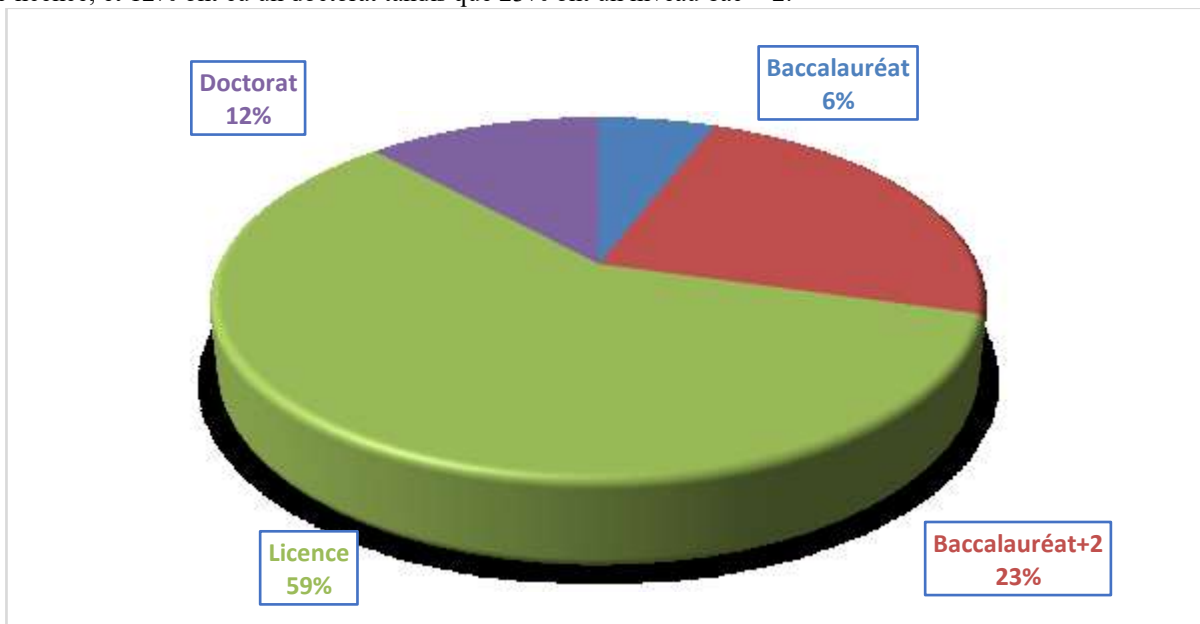


Figure 7:- Répartition des infirmiers interrogés selon le niveau d'études.

Répartition de la population selon la spécialité

Qui dit hôpital de la mère et de l'enfant dit sage-femme. Il n'est donc pas étonnant que plus de la moitié des infirmiers interrogés soit des sages-femmes. Elles représentent 52,90 % de la population de l'étude contre 41,2% des infirmiers polyvalents et 5,90% sont des Anesthésistes.

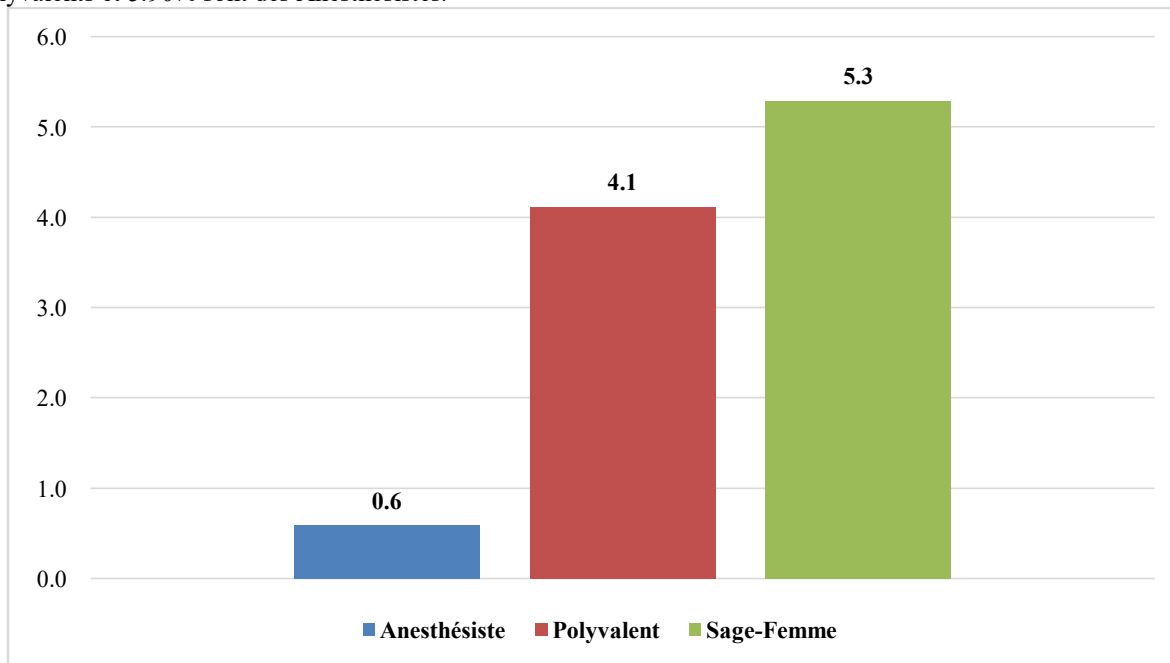


Figure 8:- Répartition des infirmiers interrogés selon la spécialité.

Présentation et conception de l'outil d'enquêtes

Pour la réalisation de la présente étude, nous avons choisi la démarche qualitative au moyen d'entretiens semi-directifs. En effet, les entretiens semi-directifs, comme technique de recherche, aident le chercheur à constituer et consolider la problématique de sa recherche d'une manière plus scientifique (Van Campenhoudt, Marquet, & Quivy, 2017). De plus cette technique a pour fonction de mettre en exergue les aspects et les axes du phénomène étudié auquel le chercheur n'aurait pas pensé spontanément lui-même (Schonfeld & Mazzola, 2013).

Dans cette veine, cette étude est conduite en langue française à travers un guide d'entretien semi-directif structuré en cinq parties. La première partie aborde une question d'ouverture relative à la perception du métier du personnel infirmier (e.g., « Comment percevez-vous le métier du personnel infirmier ? »). La deuxième partie contient une question visant à repérer les actes d'agression et de violence à l'égard du personnel paramédical (e.g., « Parlez-moi sur un acte d'agression (violence) vécu pendant l'exercice de votre métier ? »).

Pour ce qui de la troisième partie, elle comporte une question qui s'intéresse à identifier les facteurs de la centralité du travail infirmier (e.g., « Est-ce que vous vous sentez stable sur le plan professionnel ? pourquoi ? »). En ce qui concerne la quatrième partie, elle comporte une question visant à explorer l'estime de soi chez le personnel infirmier (e.g., « Vous sentez-vous épanouie professionnellement ? pourquoi ? »). La cinquième partie vise à identifier l'efficacité au travail chez les infirmiers (e.g., « Vous vous sentez compétent et efficace sur le plan professionnel ? pourquoi ? »).

Ces parties ont été choisies en fonction de la littérature scientifique en lien avec les facteurs et les exigences du travail ayant un impact sur la construction de l'identité professionnelle chez le professionnel de soin notamment les infirmiers. Le guide d'entretien semi-directif a été conçu dans les règles et validé par deux professeurs de psychologie, l'un de la faculté des lettres et des sciences humaines de l'Université Mohammed V de Rabat¹. Et l'autre de la faculté des lettres et des sciences humaines - Mohammedia de l'Université Hassan II de Casablanca².

¹ Professeur de l'enseignement supérieur, Dr. Ahmed EL BOUZZAOUI, FLSH, Université Mohammed V de Rabat.

² Maître de conférences, Dr. Youssra TAZI, FLSH-Mohammedia, Université Hassan II de Casablanca.

Mode d'analyse de données

Pour le traitement des données recueillies, une analyse thématique manuelle en termes d'analyse de contenus a été entreprise. A ce propos, l'analyse s'est déroulée en trois phases. Dans la première phase, nous avons extrait les segments les plus pertinents (i.e., les unités de sens) exprimés par chaque membre de personnel infirmier, et pour chacune des questions semi-ouvertes figurant dans notre guide d'entretien(Dumas, 2003).

Dans la deuxième phase, nous avons regroupé les segments en sous-catégories thématiques. Dans la phase finale, nous avons effectué un regroupement de ces sous-catégories thématiques en grandes catégories thématiques (i.e., thèmes principaux) en dégagant le nombre d'occurrences et le ratio de chaque unité de sens et de chaque sous-catégorie pour relever les catégories thématiques les plus saillantes(Dumas, 2003; Gallagher, 2014).

Il importe de signaler que nous avons opté pour la présentation des résultats relatifs aux catégories thématiques les plus fréquents et les plus significatifs par rapport aux objectifs de cet article.

Présentation et analyse des résultats

Les résultats de l'analyse thématique des entretiens et les extraits les plus significatifs des discours des participants sont présentés en cinq axes comme suit :

Perception du personnel infirmier vis-à-vis de leur métier

Les résultats de la figure 9 mettent en lumière la perception des infirmiers vis-à-vis de leur métier. En effet, ces professionnels de santé perçoivent ce métier comme étant fatigant, exigeant, moins structuré et ne favorise pas le développement de carrière (3 occurrences, soit 7,14%). Ce métier exige aux personnels infirmiers de déployer beaucoup d'efforts pour réaliser leurs tâches. Ces professionnels additionnent aussi le fait que leur métier se caractérise par un contact fréquent et permanent avec les difficultés de santé des patients ainsi que leurs souffrances physique et psychologique.

Toutefois, les résultats signalent que ce métier est positivement perçu par les infirmiers dans le sens où il est considéré comme un métier humaniste, noble, honorable, respectueux, sacré et utile et génère du plaisir et de l'épanouissement au travail (22 occurrences, soit 52,38%). Il s'agit aussi d'un métier rigoureux de vigilance et de responsabilité et perçu comme étant d'une grande utilité sociale (4 occurrences, soit 9,52%). Autrement dit, le personnel paramédical indique que ce métier joue un rôle primordial dans la société, car en s'occupant de la santé des individus qui viennent demander les soins et la prise en charge médicale, cela permet d'offrir un service social et de contribuer ainsi au développement du pays.

A défaut, les infirmiers dégagent un ensemble de contraintes professionnelles auxquelles les infirmiers sont confrontés lors de l'exercice de leur métier. Dans ce sens, l'analyse thématique fait ressortir que le manque de reconnaissance au travail est parmi les exigences les plus citées par les infirmiers (13 occurrences, soit 30,75%).

A partir de ces résultats, nous constatons que la perception du personnel infirmier à l'égard de leur métier est organisé autour de deux évaluations l'une est positive et l'autre négative. D'une part, ils perçoivent ce métier comme étant mal reconnu et source d'insatisfaction. D'autre part, ils considèrent ce métier comme honorable, respectueux et d'une grande utilité.

Cela nous amène à conclure que le métier d'infirmier ne contient pas exclusivement des aspects négatifs pouvant être une source de du mal-être, mais il comporte également des aspects positifs qui constituent des sources de satisfaction et de bien-être au travail.

Actes d'agression et de violence à l'égard du personnel infirmier

Les résultats de la figure 10 ont permis de dégager un ensemble de exigences professionnelles auxquelles le personnel infirmier est confronté lors de l'exécution de leur travail. Vu la nature du travail du personnel soignant, les infirmiers se confrontent avec des usagers (patients et visiteurs) irritables et manifestant de l'hostilité, la nervosité et menacent les soignants par des insultes verbales et parfois même de violences physiques. A ce sujet, les infirmiers soulignent les difficultés liées à la gestion des familles comme une forme de pénibilité éventuelles dans le contexte hospitalier.

Dans ce cadre les membres du personnel paramédical révèlent qu'ils sont exposés à des actes de violence et d'agression physique par les usagers (patients et souvent leurs proches) (08 occurrences, soit 42,11%). Aussi les infirmiers citent les violences non physiques de la part des patients et des visiteurs (insultes, cris et les menaces verbales) (03 occurrences, soit 15,79%). De plus il est crucial de souligner qu'il y a des membres du personnel infirmier qui déclarent l'absence des agressions et des violences dans leur contexte professionnel (08 occurrences, soit 42,11%).

Comme tout autre secteur professionnel en contact avec le grand public, le contexte hospitalier marocain, reste un milieu privilégié de l'apparition de l'agression et la violence, qu'elle soit psychologique ou physique. En effet, la violence en milieu hospitalier peut entraîner des conséquences nuisibles sur la santé psychologique au travail des infirmiers.

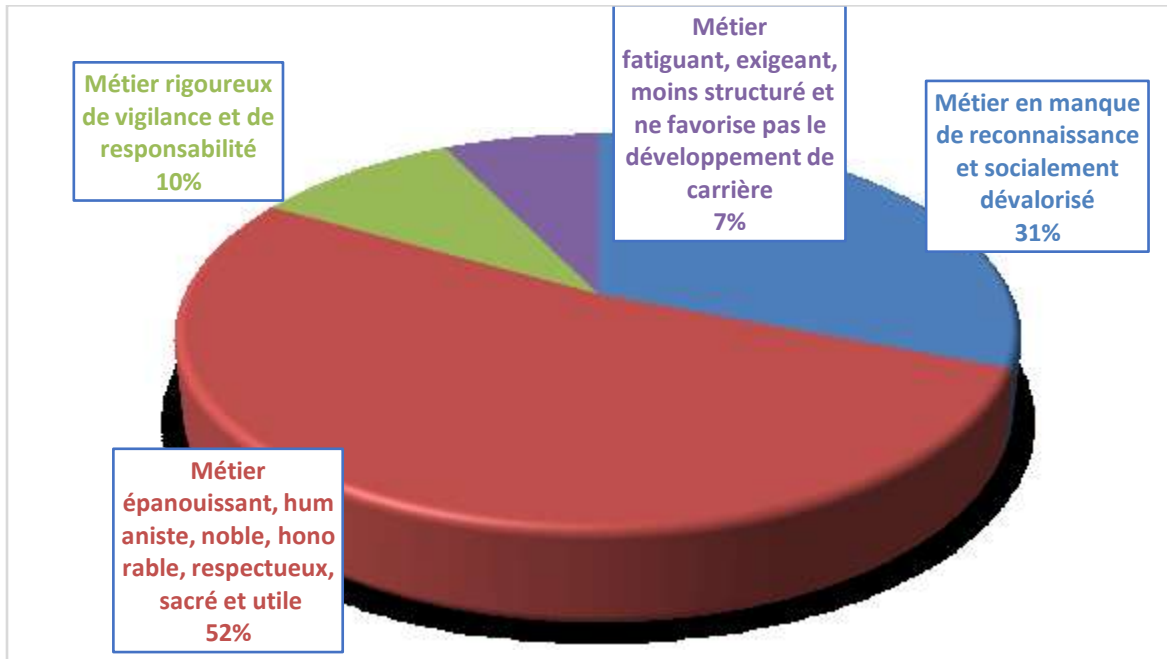


Figure 9:- Perceptions des infirmiers vis-à-vis de leur métier.

Dans ce sens, Ladhari et al. (2004) notent que le personnel soignant est amené à interagir avec les personnes, patients ou accompagnants, en état de fragilité sur tous les plans (i.e., médical, psychologique et social). Ces interactions peuvent favoriser la perte de repères d'une relation sociale civilisée.

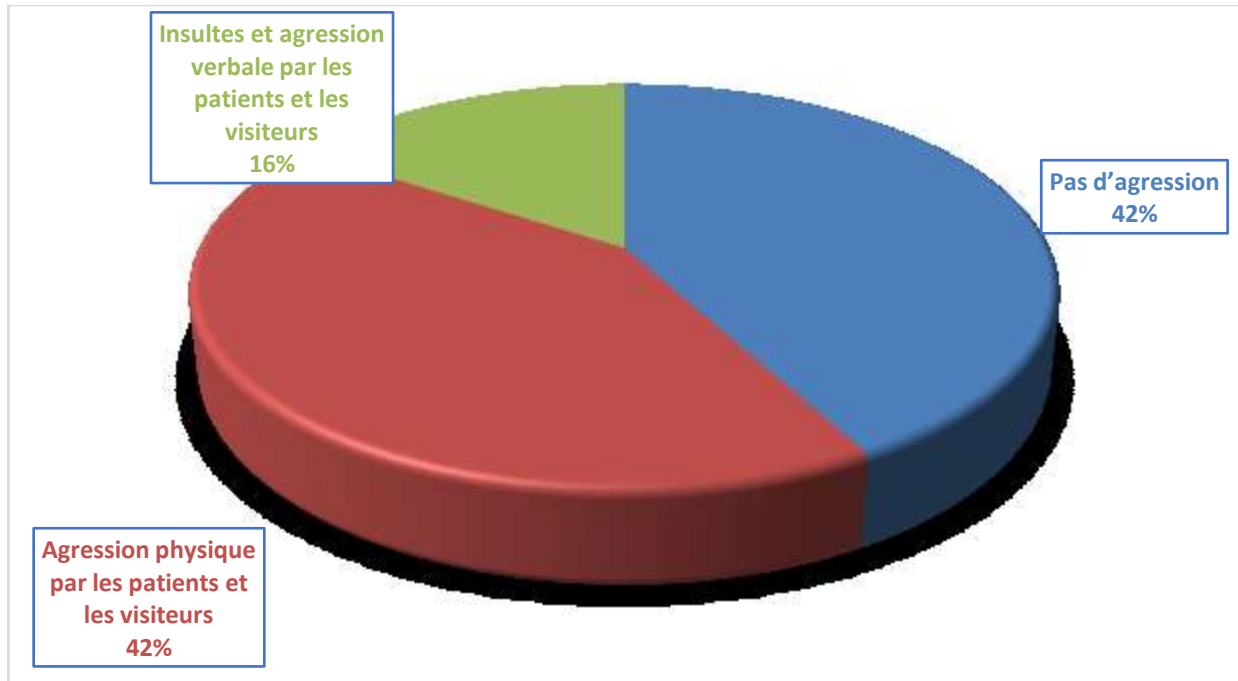


Figure 10:- Actes d'agression et de violence à l'égard du personnel infirmier.

Centralité du travail infirmier

L'examen des données de la Figure 11 indique que la majorité des membres du personnel infirmier attribuent la centralité au travail à la facilité, la stabilité et le respect dans le travail avec une existence d'une atmosphère détendue (14 occurrences, soit 62,50%). Tandis que 12,50% accorde la centralité au travail par la surcharge avec un manque de motivation et peu de reconnaissance, alors qu'une autre 12,50% le voit comme un travail non stable, sous-estimé avec des conditions défavorables. 4,17% seulement des personnels infirmiers affirment qu'il n'y a pas d'encadrement professionnel et 8,33 déclarent l'existence des conflits interpersonnels réglés.



Figure 11:- Centralité de travail du personnel infirmier.

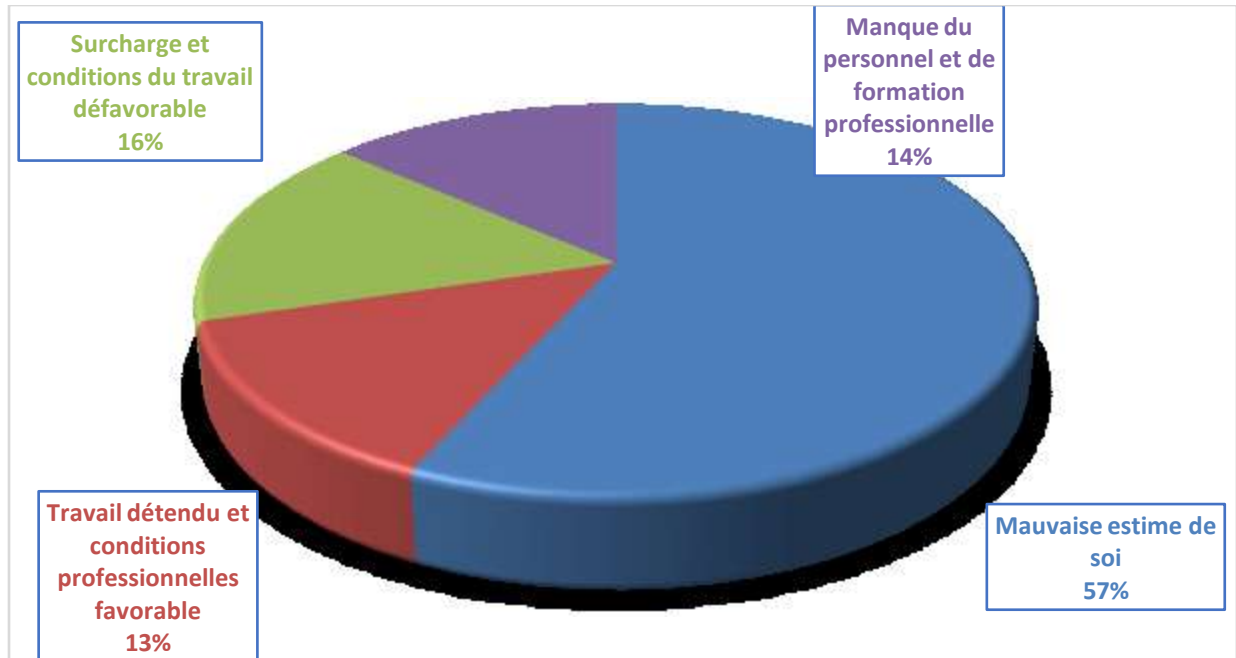


Figure 12:- Estime de soi chez le personnel infirmier.

Estime de soi chez le personnel infirmier

Comme le montre les résultats la Figure 13, le personnel infirmier a une faible estime de de soi avec un ratio de 56,76%. Tandis que 16,22% des interlocuteurs associent l'estime de soi aux conditions défavorables et à la surcharge au travail. Alors que 27% des interviewés ont été répartis en deux, une moitié qui combine l'estime de soi avec un travail détendu comportant des conditions favorables et l'autre moitié elle la dépend au manque de formation professionnel et du personnel.

Auto-efficacité au travail du personnel infirmier

Une grande majorité des personnels infirmiers approprie l'auto-efficacité au travail à la compétence et l'efficacité (16 occurrences, soit 79,19%) comme le présente les résultats du tableau 11. Cependant 23,81% des interviewés se sentent incompétent et inefficaces qui est lié par le manque d'accompagnement professionnel. A ce propos, Bakker et Demerouti (2011) mentionnent que les ressources personnelles (e.g., estime de soi, optimisme, sentiment d'auto-efficacité, stratégies de coping) sont des prédicteurs potentiels de la motivation, la performance et la satisfaction au travail.

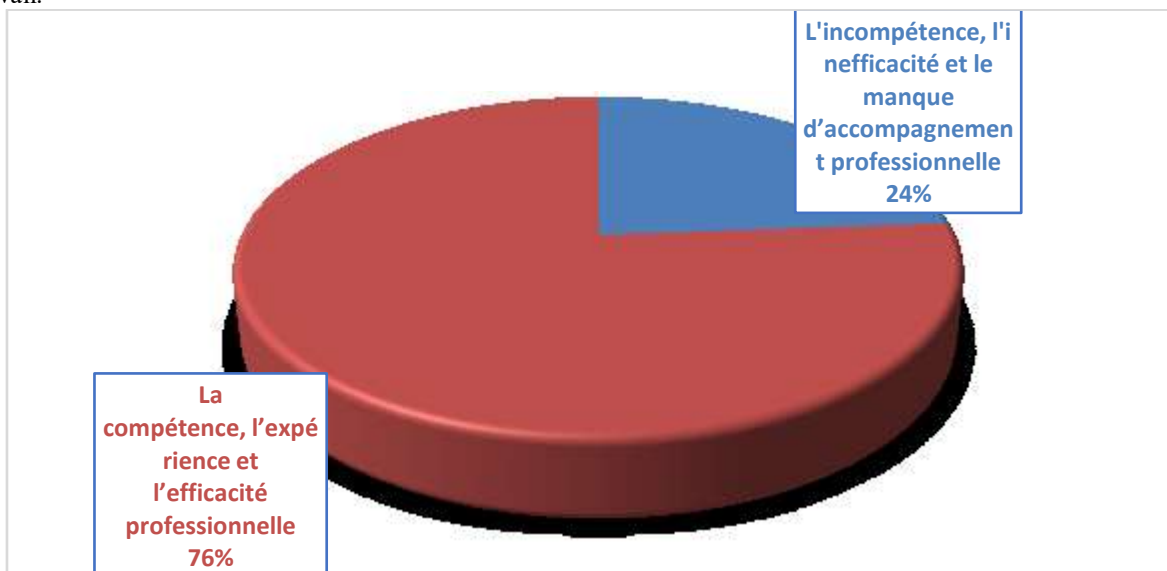


Figure 13:- Auto-efficacité au travail du personnel infirmier.

Discussion des Résultats:-

L'objectif de cette étude, rappelons-le, est d'explorer le vécu professionnel du personnel infirmier en relation avec quelques variables à savoir : la violence subie, l'estime de soi et l'auto-efficacité au travail. Si intéressants soient – ils, les résultats qui en découlent confirment les hypothèses formulées et vont globalement dans le sens des données de la littérature.

Perception du personnel infirmier vis-à-vis de leur métier

Les conclusions de notre étude mettent en lumière la perception dualiste du métier d'infirmier ; D'une part, il est caractérisé par des exigences importantes et parfois épuisantes, tout en offrant un éventail de ressources significatives. Les infirmiers considèrent leur profession comme fatigante, exigeante, et moins structurée, ce qui limite les possibilités d'avancement professionnel. De plus, ils soulignent la nature confrontante de leur travail, constamment en contact avec les difficultés de santé des patients, et font état du manque de reconnaissance ainsi que des souffrances physiques et psychologiques qui en découlent.

Dans ce cadre, de nombreuses recherches empiriques corroborent nos conclusions en mettant en évidence les contraintes spécifiques auxquelles les infirmiers sont confrontés dans l'exercice de leur métier (Bakker&Heuven, 2006 Demerouti et al., 2000). En effet, Les exigences au travail imposées aux infirmiers peuvent avoir des répercussions néfastes sur leur santé. Ainsi, lorsqu'ils sont confrontés à des contraintes spécifiques dans leur métier, les infirmiers doivent fournir un effort considérable pour s'adapter et répondre efficacement à ces exigences. Cette situation implique que plus les efforts requis sont importants, plus les coûts physiques et psychologiques sont significatifs, épuisant ainsi les ressources énergétiques des infirmiers.

Cependant, malgré ces défis, notre recherche révèle que les infirmiers perçoivent leur métier de manière positive. Ils le considèrent comme étant humaniste, noble, honorable, respectueux, sacré et utile. Ils trouvent également du plaisir et de l'épanouissement dans leur travail. En outre, ils reconnaissent la rigueur, la vigilance et la responsabilité nécessaires à leur profession, qui est perçue comme ayant une grande utilité sociale.

Ces constats rejoignent également les conclusions atteintes par d'autres études (e.g., Gilbert, Lebrock et Savoie (2006) Watt et Richardson (2007). En effet, le métier d'infirmier est doté d'un nombre important de ressources qui favorisent la santé psychologique des infirmiers. En premier lieu, le climat de travail : c'est un facteur crucial dans la qualité de vie au travail des infirmiers, c'est aussi le cas des professionnels de la santé en général. Un environnement de travail favorable, caractérisé par une culture organisationnelle positive, donne lieu à une communication saine et ouverte, instaure des relations interpersonnelles solides, offre un soutien psychologique fondamental et favorise le sentiment d'appartenance et de sécurité au sein de l'équipe. De même, le soutien social est une ressource essentielle et primordiale dans l'exercice du métier d'infirmier. Qu'il soit du côté des collègues ou des supérieurs hiérarchiques, il offre un rempart contre le stress professionnel, favorise le partage d'expériences, facilite la résolution de problèmes et permet le développement personnel. En outre, l'utilité perçue du métier est un moteur puissant de motivation et de satisfaction professionnelle pour les infirmiers. Se sentir valorisé et conscient de l'impact positif de son travail sur la vie des patients renforce le sens de l'accomplissement et la motivation intrinsèque. Enfin, l'autonomie au travail est une autre ressource importante pour les infirmiers ; La capacité à prendre des décisions autonomes, à exercer un contrôle sur ses tâches et être maître de son emploi du temps contribue à renforcer le sentiment de compétence et d'efficacité professionnelle.

Actes d'agression et de violence à l'égard du personnel infirmier

Comme dans de nombreux autres secteurs professionnels où le contact avec le public est fréquent, le contexte hospitalier marocain demeure un terrain fertile pour l'émergence de l'agression et de la violence, qu'elle soit de nature psychologique ou physique. Les témoignages recueillis auprès des infirmiers mettent en lumière la réalité à laquelle ils font face, et montrent que les professionnels de santé en général, et les infirmiers en particulier, sont souvent exposés à des actes d'agression pouvant revêtir différentes formes. Ces agressions peuvent se manifester par des violences verbales, telles que des insultes, des cris et des menaces proférées à leur encontre, mais aussi par des violences physiques perpétrées par les usagers de l'hôpital, qu'il s'agisse des patients, de leurs proches ou des visiteurs. Dans cette perspective, Bué et Sandret (2007) mettent en lumière le fait que les infirmiers se situent au troisième rang des professions les plus touchées par les actes d'agression.

La longue attente et les interactions tendues avec les patients et leurs familles semblent être les principaux déclencheurs de la violence verbale, qui malheureusement dégénère souvent en violence physique, comme le

souligne Dejours (2006). De même, Gournay et al. (2002) soulignent que la charge de travail excessive, l'ambiguïté des rôles, les interruptions fréquentes dans les tâches, les conflits interpersonnels, ainsi que les difficultés relationnelles et de communication entre soignants et patients constituent des facteurs majeurs favorisant l'émergence de cette violence. Ils ajoutent également que la confrontation quotidienne à la souffrance et à la mort peut aggraver cette situation (Boula, 2016).

Ces incidents de violence en milieu hospitalier ne sont pas à prendre à la légère, car ils peuvent avoir des conséquences dévastatrices sur la santé psychologique des infirmiers. L'exposition répétée à de telles situations stressantes peut engendrer des sentiments d'anxiété, de peur et de frustration, ainsi que des troubles du sommeil et une détérioration de l'estime de soi. En outre, ces agressions peuvent également avoir un impact sur la motivation et l'engagement au travail, entraînant un sentiment de désillusion et de désengagement professionnel. Bref, la violence en milieu hospitalier représente non seulement une menace pour la sécurité physique des infirmiers, mais également un risque majeur pour leur bien-être psychologique et leur santé mentale. Dans la même lignée, des chercheurs constatent que la violence perpétrée en milieu hospitalier et ses éventuelles répercussions sur la santé physique et psychologique du personnel infirmier sont susceptibles de compromettre la motivation au travail, de favoriser une augmentation de l'absentéisme et même de susciter une intention d'abandonner la profession (Tragno et al., 2007).

Centralité du travail infirmier

Les résultats de l'étude mettent en évidence la grande importance accordée par le personnel infirmier à certains aspects clés de leur environnement de travail. En effet, la plupart des participants attribue la centralité du travail à la facilité de l'exécution de leurs tâches, à la stabilité de leur emploi et au respect dans le cadre professionnel. De plus, ils soulignent l'importance d'une atmosphère détendue au travail, favorisant un environnement propice à la collaboration et au bien-être. Une autre partie du personnel infirmier relie la centralité du travail aux aspects relatifs à la surcharge de travail, le manque de motivation et de reconnaissance professionnelle. De l'autre côté, le reste du personnel infirmier perçoit le travail infirmier comme étant instable, sous-estimé et caractérisé par des conditions défavorables.

La revue de littérature indique que la centralité correspond à savourer la valeur et l'emplacement du travail dans la vie quotidienne du salarié par rapport aux autres activités et préoccupations aussi indispensables et aussi vitales qu'elles soient.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, il existe peu d'études qui portent sur la centralité au travail. Cependant, celle de Dewey semble pertinente dans notre contexte. Elle affirme que le travail joue un rôle fondamental dans nos vies, influant sur de nombreux aspects qui vont au-delà de la sphère professionnelle. Il façonne notre identité et influence la part de notre existence qui n'est pas directement liée au travail. La valeur de la vie tant individuelle que collective est déterminée essentiellement par le travail, que ce soit de manière directe, car le travail est en lui-même un enjeu normatif décisif, ou de manière indirecte, car la capacité à cultiver des valeurs propres à la vie en dehors du travail dépend elle-même de notre activité professionnelle. En somme, le travail est un pilier central de notre existence, influençant à la fois notre réalisation personnelle et notre contribution à la société dans son ensemble (Renault, 2012).

Auto-efficacité au travail du personnel infirmier

Nos observations révèlent qu'une grande majorité du personnel infirmier associe leur auto-efficacité au travail à leur compétence et à leur capacité à accomplir efficacement leurs tâches. Néanmoins, une partie des interviewés expriment un sentiment d'incompétence et d'inefficacité, attribuable au manque d'accompagnement professionnel. Cette absence de soutien et d'encadrement peut entraîner un sentiment de frustration et de découragement chez les infirmiers, compromettant ainsi leur capacité à assurer leurs fonctions de manière optimale, leur confiance en eux-mêmes et affectant leur identité professionnelle. Les conclusions de notre étude convergent avec celles de Bandura (1977, 2002), qui soutient que lorsque les individus se sentent efficaces dans leur travail, cela influe sur la qualité globale de leur comportement. En effet, une fois qu'une personne s'est sentie compétente et efficace, cela se traduit par une assurance accrue dans son comportement, par une concentration améliorée dans l'exécution de ses tâches et par une attitude positive face aux obstacles rencontrés. Cette perception de l'efficacité personnelle est donc cruciale non seulement pour le bien-être individuel, mais aussi pour la performance professionnelle et la capacité à surmonter les défis avec résilience.

Estime de soi chez le personnel infirmier

Les résultats de notre étude mettent en lumière les différentes perspectives des infirmiers sur les facteurs influençant leur estime de soi, soulignant l'importance de prendre en compte les différents aspects de leur environnement de travail. Dans ce sens, nous avons enregistré une faible estime de soi parmi le personnel infirmier. De plus, nos conclusions révèlent que certains participants associent cette faible estime de soi aux conditions défavorables et à la surcharge de travail. En revanche d'autres personnes interrogées lient leur estime de soi plus élevée à un environnement professionnel détendu et des conditions favorables. Par conséquent l'estime de soi des infirmiers dépend en grande partie des conditions de travail auxquelles ils sont confrontés. Lorsque ces conditions sont favorables, leur estime de soi s'améliore. En revanche, lorsque les conditions de travail sont défavorables, la diminution de leur estime de soi se fait sentir.

Ces conclusions sont en accord avec de nombreuses études qui reconnaissent que l'estime de soi est influencée par une multitude de facteurs. Sa formation est un processus complexe qui trouve ses origines dans diverses situations. Cependant, selon Bandura & Locke (2003), son fondement principal demeure la compétence, qui donne aux individus les moyens d'accomplir des réalisations valorisées. En effet, les gens ressentent une satisfaction lorsqu'ils parviennent à accomplir avec succès un service qui leur apporte de la reconnaissance sur le plan professionnel. Il convient de préciser que l'accomplissement des tâches professionnelles ne peut être pleinement réalisé que dans des conditions de travail optimales.

Conclusion:-

Il ne faut pas s'attendre à ce que l'on ait toute la même vision sur le concept « travail ». Alors que pour certains le travail est une contrainte nécessaire pour subvenir à leurs besoins, pour d'autres le travail est une opportunité d'épanouissement personnel et professionnel. C'est à travers cette dialectique antinomique que le travailleur doit se forger pour trouver son plaisir et promouvoir son bien-être au travail.

On choisit un métier par vocation, on intègre son organisation, on assume des responsabilités envers les individus et la société et on fait de notre mieux pour servir et satisfaire les usagers, leurs compagnons et la société en général. Notre réussite professionnelle repose sur une combinaison de compétences techniques, interpersonnelles et éthiques, reflétant une approche holistique du développement professionnel.

Cependant le rapport au travail est toujours dynamique et réactif au contexte socio-économique, social et organisationnel. Cela nécessite une flexibilité et une adaptabilité permanente de la part des professionnels notamment quand il s'agit d'une profession relationnelle où le professionnel est appelé à mobiliser son savoir-faire personnel et contrôler sa subjectivité et faire preuve de déontologie professionnelle afin d'éviter tout accrochage avec les usagers et garantir une santé mentale optimale.

Au long du volet théorique de notre travail nous avons analysé une gamme de définition des concepts clé de la recherche : la santé psychologique, la violence et l'identité professionnelle. Au départ nous avons vu que la santé psychologique devrait être traitée en deux parties :

D'abord la santé psychologique dite générale, elle a évolué d'une conception unidimensionnelle où elle est définie comme état caractérisé par la présence ou l'absence de symptômes ou de maladie à une conception multidimensionnelle où la santé mentale est déterminée à partir du bien-être psychologique, la détresse psychologique et les troubles mentaux. Pour détailler ces différentes conceptualisations nous avons fait appel aux modèles théoriques différents.

Ensuite la santé psychologique au travail vue comme une composante de deux pôles la détresse psychologique et le bien-être psychologique Gilbert et al. (2011) ; A ces constituants, représentant deux faces différentes d'une même devise, nous avons accordé suffisamment d'intérêt pour mettre de la lumière sur deux antonymes situés aux extrémités de la santé mentale dont le milieu occupé par une gamme de niveaux allant d'un état du bien-être optimal d'un côté à l'état de maladie mentale et de troubles mentaux graves de l'autre côté.

Bibliographie:-

1. Adams, A., Beasley, J., & Rayner, C. (1997). Bullying at work. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7(3), 177-180.

2. Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., & Schaufeli, W. B. (2000). Effort–reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), pp. 884-891. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01361.x
3. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), pp. 191-215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
4. Bandura, A. (2002). Social Cognitive Theory in Cultural Context. *Applied Psychology*, 51(2), 269-290. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00092>
5. Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87-99. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.87>
6. Brunet, L., & Savoie, A. (1999). *Le climat de travail*. Montréal: Les Éditions Logiques.
7. Brunet, L., & Savoie, A. (2015). La santé psychologique au travail: au-delà du stress et vers la performance. Dans P. Sarnin, D. R. Kouabenan, M.-E. B. Chaumont, M. Dubois, & J. Vacherand-Revel, *Santé et bien-être au travail : des méthodes d'analyse aux actions de prévention* (pp. 17-31). Paris: L'Harmattan.
8. Bué, J., & Sandret, N. (2007). Contact avec le public : près d'un salarié sur quatre subit des agressions verbales. *Premières informations et premières synthèses*, (15-1).
9. Dejours, C. (2006). Aliénation et clinique du travail : *Actuel Marx*, n° 39(1), 123-144. <https://doi.org/10.3917/amx.039.0123>
10. Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2011). The Job Demands–Resources model: Challenges for future research. *South African Journal of Industrial Psychology*, 37(2), pp. 1-9. doi:10.4102/sajip.v37i2.974
11. Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreine, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Physiology*, 86(3), pp. 499-512. doi:10.1037/0021-9010.86.3.499
12. Desrumaux, P., Lapointe, D., Ntsame Sima, M., Boudrias, J. S., Savoie, A., & Brunet, L. (2015). The impact of job demands, climate, and optimism on well-being and distress at work: What are the mediating effects of basic psychological need satisfaction? *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 65(4), pp. 179-188. doi:10.1016/j.erap.2015.06.003
13. Dubar, C., Tripier, P., & Boussard, V. (2011). *Sociologie des professions*.
14. Dumas, C. (2003). L'analyse des données de base. Dans R. J. Vallerand, & U. Hess, *Méthodes de recherche en psychologie* (pp. 323-376). Montréal: Gaétan Morin.
15. Gallagher, F. (2014). La recherche descriptive interprétative : description des besoins psychosociaux de femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein. Dans M. Corbière, & N. Larivière, *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (pp. 5-25). Québec: Presses de l'Université du Québec.
16. Gbézo, B. E. (2011). *Les soignants face à la violence*. Lamarre.
17. Gilbert, M.-H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *European Review of Applied Psychology*, 61(4), 195-203. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2011.09.001>
18. Gilbert, M.-H., Lebrock, P., & Savoie, A. (2006). Validation initiale d'un modèle prévisionnel de la santé psychologique au travail. *Acte du 14e congrès de l'AIPTLF*.
19. Ladhari, N. F.-T. (2004). Etude des agressions du personnel du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 65(7-8), 557-563.
20. Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. Dans W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek, *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19-32). Washington: DC: Taylor & Francis.
21. Mauranges, A. (2001). *Manuel à l'usage des soignants : Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier* (Montargis : Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé).
22. OMS. (2003). *The World Health Report 2002—Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. *Education for Health: Change in Learning & Practice*, 16(2), 230-230. <https://doi.org/10.1080/1357628031000116808>
23. Renault, E. (2012). Dewey et la centralité du travail. *Travailler*, 28(2), 125-148.
24. Schonfeld, I. S., & Mazzola, J. J. (2013). Strengths and limitations of qualitative approaches to research in occupational health psychology. Dans R. R. Sinclair, M. Wang, & L. E. Tetrick, *Research methods in occupational health psychology: Measurement, design, and data analysis* (pp. 268-289). New York: Routledge.
25. Tragno, M., Duveau, A., & Tarquinio, C. (2007). Les violences et agressions physiques au travail : Analyse de la littérature. *European Review of Applied Psychology*, 57(4), 237-255. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2006.12.003>
26. Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout : concepts, modèles, interventions*. Paris: Dunod.
27. Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod.