



Université de Strasbourg
&
Ecole de Management Strasbourg

Les dynamiques de la reconnaissance du travail social en établissement sanitaire

Etude portant sur les Assistants de Service Social dans le secteur hospitalier et en soins de suite et de réadaptation

Master 2 – Management des Organisations de Santé et Médico-Sociales

Promotion 2021

Thomas AGENAIS

Sous la direction de Caroline MERDINGER-RUMPLER

Livret I : Le Mémoire

Numéro étudiant : 22026178

« Ce qui fait sens c'est le sentiment de se sentir utile, c'est bête mais c'est déjà la base ! »

(AS4-V206)



REMERCIEMENTS

A ma directrice de mémoire, Madame Caroline MERDINGER-RUMPLER

Vous m'avez fait l'honneur de me soutenir et de m'accompagner tout au long de ce travail. Je vous remercie pour votre gentillesse, votre patience et vos précieux conseils. Cela a été un plaisir de travailler avec vous. Recevez toute ma sincère gratitude.

A mes collègues de la promotion MOS

Nous nous sommes soutenus tout au long de cette année. Dans ce contexte si singulier, nous avons appris à nous connaître par écrans interposés, ce qui n'a pas empêché de francs moments de rigolade entre deux épisodes studieux. Alors merci, merci pour votre soutien et nos innombrables apéro zoom. Cette année n'aurait pas parue si douce sans vous !

A mes collègues de l'Unité Comète de l'IURC

Vous avez fait preuve d'un soutien inconditionnel. Je sais que vous avez eu à faire de nombreux sacrifices tout au long de cette année. Elle fut longue et éprouvante pour nous tous, mais comme toujours nous avons su puiser notre force dans notre solide collectif.

A l'ensemble du personnel de l'IURC

Vous m'apportez tant depuis toutes ces années. Merci à ceux qui ont contribué à ce travail, merci aux autres pour leur bienveillance et leurs encouragements.

Au Service Social des HUS

Je vous suis extrêmement reconnaissant d'avoir accepté de m'ouvrir votre porte, ce qui a permis de riches échanges.



TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

PREAMBULE

INTRODUCTION..... 1

1- LA RECONNAISSANCE DU METIER D'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL DANS LE SECTEUR SANITAIRE : LITTERATURE ET DEFINITIONS 4

1.1- La reconnaissance au travail, de quoi parle-t-on ? 4

1.1.1- Qu'est-ce que la reconnaissance ? 4

1.1.2- La reconnaissance, un besoin fondamental ? 4

1.1.3- Travail, rémunération et reconnaissance : quelques éléments de repère 5

1.1.4- La reconnaissance matérielle et la reconnaissance morale 6

1.1.5- Le modèle de la reconnaissance au travail de Jean-Pierre Brun 7

1.1.6- La reconnaissance et la motivation 8

1.1.7- La reconnaissance et le sens du travail 9

1.1.8- La reconnaissance centrée sur l'activité..... 10

1.2- Qu'est-ce qu'un environnement capacitant ? 12

1.2.1- Description du modèle de Pierre Falzon 12

1.2.2- Le développement de compétences..... 13

1.2.3- Le développement de l'autonomie 14

1.2.4- Le développement du pouvoir d'agir 15

1.3- Le métier d'Assistant de Service Social..... 16

1.3.1- Genèse d'une discipline à la croisée des regards 16

1.3.2- Assistant de Service Social dans le secteur hospitalier..... 16

1.3.2.1- L'Assistant de Service Social dans la relation aux soins..... 17

1.3.2.2- La notion d'accompagnement..... 18

1.3.2.3- L'identité professionnelle de l'Assistant de Service Social 19

1.3.2.4- L'intangibilité du résultat 19

2-	ETUDE QUALITATIVE SUR ENTRETIENS D'ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL DANS LE SECTEUR SANITAIRE	20
2.1-	Méthodologie	20
2.1.1-	Objectif de l'étude.....	20
2.1.2-	Choix de l'outil de l'enquête.....	20
2.1.3-	Guide d'entretien.....	21
2.1.4-	Présentation des terrains d'intervention.....	21
	2.1.4.1- Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	21
	2.1.4.2- L'Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau.....	22
2.1.5-	Choix de la population interrogée.....	22
2.1.6-	Déroulement des entretiens	24
2.1.7-	Limites de l'étude.....	24
2.2-	Résultats	25
2.2.1-	Les thématiques.....	25
2.2.2-	Evaluation des environnements capacitants.....	26
	2.2.2.1- Les évolutions et perspectives du métier	26
	2.2.2.2- Les spécificités liées au milieu du soin.....	28
	2.2.2.3- Le positionnement professionnel.....	30
	1/ Stratégies offensives	30
	2/ Stratégies de normalisation.....	31
	3/ Stratégies défensives.....	32
	4/ Stratégies d'évitement.....	33
2.2.3-	Les besoins de reconnaissance.....	33
	2.2.3.1- La perception du métier	33
	2.2.3.2- Les liens avec la hiérarchie.....	34
	2.2.3.3- Le collectif de travail	36
	2.2.3.4- Les sources de motivation et les facteurs de reconnaissance	39
2.2.4-	Phénomènes dynamiques de la reconnaissance	41
	2.2.4.1- Evolution liée à la perception de la société	41
	2.2.4.2- Evolution liée à l'expérience professionnelle.....	42
	2.2.4.3- Evolution durant la COVID-19	42

2.3- Discussion et recommandations	44
2.3.1- Discussion	44
2.3.2- Recommandations managériales	50
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	55
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	58

FIGURES ET TABLEAUX

Figure I : La pyramide des besoins selon Maslow	4
Figure II : Les quatre modes de la reconnaissance selon Brun	7
Figure III : Modèle de la situation de travail centrée sur l'activité selon Vézina	11
Figure IV : L'environnement capacitant selon Falzon	13
Figure V : Les trois dimensions de l'autonomie au travail selon l'ANACT	15
Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des quatorze entretiens réalisés	23



PREAMBULE

Tout commence par une boîte de chocolat, une simple boîte de chocolat, une de celle que l'on retrouve sur toutes les têtes de gondoles des supermarchés en période de fêtes de fin d'année. S'il est vrai que « *la vie c'est comme une boîte de chocolat* » en raison des mystères qu'elle renferme, de la sensation de plaisir qu'elle déclenche au contact des papilles, elle procure également bien-être et bonheur à tous ceux qui la côtoient. Offrir une boîte de chocolat, c'est reconnaître l'attachement que l'on a à l'autre, c'est être reconnaissant de ce qu'il nous apporte ou de ce qu'il nous a apporté. Cette simple boîte de chocolat contient alors bien plus qu'un aliment, elle contient un trésor d'une valeur inestimable, signe de reconnaissance et de respect. Au-delà de tout objet frappé de l'autorité souveraine, cette boîte devient une véritable monnaie d'échange, symbole de reconnaissance et de valorisation.

Remarquer qu'en salle de Kinésithérapie, d'Ergothérapie ou encore chez les enseignants en Activité Physique Adaptée (APA), ces boîtes se superposent alors qu'elles sont pratiquement absentes des bureaux des Assistants de Service Social, cela questionne ! Signe de remerciement des patients auprès des thérapeutes à la fin d'un séjour en soins de suite et de réadaptation, une telle absence semble marquer une différence notable de reconnaissance envers les Assistants de Service Social. Comment pourrait-on expliquer cela ?

Nous soulevons là un paradoxe. Alors que l'image de l'Assistant de Service Social est en souffrance depuis de nombreuses années, notamment en ce qui concerne sa place dans le domaine de la santé, il s'avère que son absence révèle des dysfonctionnements dans l'articulation entre le sanitaire et le médico-social.

Pourtant ce sentiment de manque de reconnaissance, à la fois par les usagers, l'institution et la société, a des conséquences néfastes sur les individus et sur l'organisation. Si l'orientation donnée à ce travail diffère de cette histoire, elle constitue pourtant le point de départ de ma réflexion. C'est pourquoi, par le prisme de l'Assistant de Service Social, je vais m'interroger sur les facteurs favorisant la reconnaissance au travail, identifier les dynamiques qui entourent ce besoin, analyser les mécanismes de défense identitaire, afin de pouvoir accompagner au mieux une démarche managériale génératrice de reconnaissance et d'épanouissement.



INTRODUCTION

C'est un sentiment parfois étrange mais profondément humain que chaque individu prenne conscience, tel un besoin existentiel, de la reconnaissance de la juste valeur de son travail. Y répondre exclusivement par le levier de la rémunération serait une terrible maladresse, mais l'omettre deviendrait une faute. Ce sentiment est nourri pour de nombreuses personnes en quête d'identité, à la recherche de sens et de réalisation personnelle.

Parce qu'il est l'objet de leur engagement, ce besoin est sans doute plus présent encore chez les professionnels œuvrant dans les secteurs d'activité directement confrontés à l'humain, auprès de personnes ayant une maladie, ayant eu un accident de la vie, ou encore confrontées au handicap. Face à cette réalité humaine, le travail de l'Assistant de Service Social fait sens dans la volonté d'aider, de rechercher un nouvel équilibre ou d'accompagner une fin de vie pour la rendre la plus paisible possible. Mais comme l'évoque Marcel Mauss, Philosophe et Sociologue français, en 1925 dans son essai sur le don, la reconnaissance de ces professionnels ne se situerait-elle pas dans une démarche de contre-don ? N'y aurait-il pas une dette institutionnelle à honorer ?

A l'image de la société dans laquelle il s'inscrit, le secteur hospitalier est en constante évolution. Depuis la réforme hospitalière au début des années 90, en passant par les derniers plans hôpitaux introduisant notamment la démarche de certification et de tarification à l'activité, ces professionnels ont vu ces mutations se télescoper avec l'objet de leur engagement. Ce déséquilibre a participé à une montée du sentiment d'insécurité, à l'effritement du lien de confiance et l'atténuation du sentiment d'appartenance. Toutefois, nous n'aborderons pas ici la question de la reconnaissance au travail et de l'identité professionnelle sous l'angle psychopathologique qui tente de comprendre et de traiter les effets psychosociaux, mais nous réaliserons une cartographie des besoins de reconnaissance et vérifierons s'ils sont satisfaits.

De nombreuses études se sont intéressées à la construction identitaire et aux mécanismes de reconnaissance professionnelle. Dans le domaine de la santé, certaines se sont intéressées à la place des fonctions supports, d'autres au rôle des Cadres de Santé (St-Onge Sylvie et Provost

Line, 2014), à la place de l'Aide à Domicile, qualifiée même parfois de « *sale boulot* » (Guerrero Sylvie et Co, 2020). Au-delà de l'anecdote des boîtes de chocolat, la volonté de cette étude est de partir d'un métier suffisamment éloigné des soins techniques mais au contact direct des patients, dans une approche globale d'accompagnement.

Le choix de l'Assistant de Service Social fut donc motivé par ces critères, d'autant plus que la littérature évoque peu la place de ce métier dans les soins. Pourtant, il va sans dire que les démarches partenariales sont aujourd'hui prioritaires dans ce secteur. Elles permettent d'inscrire le patient dans une logique de parcours.

Malgré l'apparente discrétion de ce métier, nous pouvons nous questionner sur sa place dans l'organisation des parcours de soins et sur son niveau de reconnaissance. La réponse pourrait être de promouvoir une organisation suffisamment « *capacitante* », c'est-à-dire capable d'élever les individus qui la composent. Selon le concept en ergonomie de Pierre Falzon, il s'agit de créer des environnements favorisant le développement des compétences, l'autonomie et le pouvoir d'agir des individus et des collectifs. Mais est-ce suffisant ?

Dès le lancement de ce projet de mémoire, ces premiers questionnements ont fait l'objet d'une cartographie mentale, sorte de photographie de la pensée, accessible dans le **Livret II, Annexe 1**. Après un long processus de réflexion sur la démarche de recherche, accessible dans le **Livret II, Annexe 2**, la problématique qui en ressort est la suivante : « *quelles sont les dynamiques de la reconnaissance du travail social dans le secteur sanitaire ?* » ; en partant de l'hypothèse qu'« *un environnement capacitant favorise le sentiment de reconnaissance chez les Assistants de Service Social* ».

Pour pouvoir y répondre, il sera important de définir préalablement certaines notions. Nous aborderons ainsi dans une première partie le cadre conceptuel relatif à la cartographie des besoins de reconnaissance au travail. Nous développerons ensuite le concept d'environnement dit « *capacitant* ». Nous reviendrons également sur le métier d'Assistant de Service Social dans le secteur des soins.

La seconde partie consistera à présenter notre approche empirico-inductive, basée sur une étude qualitative effectuée au sein du service social d'un établissement de soins de suite et de réadaptation et d'un service hospitalier sur la base d'entretiens semi-directifs.

Enfin, des pistes de réflexion et de recommandations managériales compléteront nos écrits.

1- LA RECONNAISSANCE DU METIER D'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL DANS LE SECTEUR SANITAIRE : LITTERATURE ET DEFINITIONS

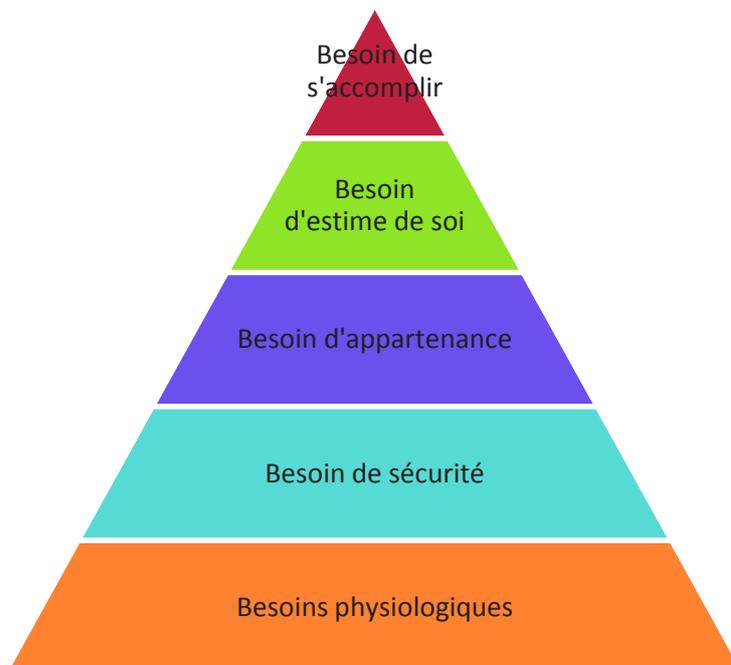
1.1- La reconnaissance au travail, de quoi parle-t-on ?

1.1.1- Qu'est-ce que la reconnaissance ?

La reconnaissance est définie par le dictionnaire Larousse¹ comme « *un sentiment qui incite à se considérer comme redevable envers la personne de qui on a reçu un bienfait* ». Cette définition se place du côté de la personne qui reçoit et qui témoigne sa gratitude envers la personne ayant donné. Pour Paul Ricœur, Philosophe français, la reconnaissance présente deux dimensions : l'une active, qui revient à reconnaître l'autre, et l'autre passive, qui correspond au besoin d'être reconnu.

En 1992, pour Axel Honneth, Philosophe et Sociologue allemand, la reconnaissance renvoie à « *des pratiques, ou des conceptions, par lesquelles des sujets individuels ou des groupes sociaux se voient confirmés certaines de leurs qualités* ». Mais avons-nous besoin d'être reconnu ?

1.1.2- La reconnaissance, un besoin fondamental ?



Depuis les travaux d'Abraham Harold Maslow, Psychologue américain, avec notamment la parution en 1943 de l'article *A theory of human motivation*, nous identifions la reconnaissance comme un besoin essentiel d'estime de soi. Dans son modèle de hiérarchie des besoins, connue sous la forme pyramidale, il place le besoin de reconnaissance au sommet de celle-ci, juste avant le besoin d'accomplissement.

Figure I : La pyramide des besoins selon Maslow

¹ <https://www.larousse.fr>

Même si ce modèle est à nuancer car il possède de nombreuses limites, notamment dans la progressivité du passage d'un échelon à un autre, il fait consensus dans l'identification des besoins essentiels. Ces derniers peuvent coexister sans qu'il y ait forcément de lien de causalité entre eux. Le monde du travail n'échappe pas à cette règle. Nous pouvons ainsi partir du postulat que le besoin de reconnaissance est essentiel dans le monde du travail quel que soit le secteur d'activité et quel que soit le métier. Mais quel est le rapport entretenu entre le travail et la reconnaissance ?

1.1.3- Travail, rémunération et reconnaissance : quelques éléments de repère

La notion de travail est aujourd'hui intrinsèquement liée à l'idée de produire en échange d'une rémunération. Pourtant, comme le rappelle Alain Supiot², Juriste et Professeur au Collège de France à Paris, le travail en tant que travail salarié est récent dans l'histoire de l'humanité. Il permet de gagner sa vie, d'être indépendant, puisque sans cette matérialisation de la valeur dégagée qu'est l'argent, il devient difficile de survivre. L'expression « *Il faut bien gagner sa vie* » résume bien cette organisation moderne de la société.

Avant de poursuivre, il est sans doute important de revenir sur l'étymologie du mot salaire. Du latin *salarium*, ce nom signifie « *ration de sel* », en référence à la quantité de sel en tant qu'unité de compte de référence dans l'antiquité pour indemniser les soldats des armées romaines. Le salaire est donc une unité de mesure de la valeur d'un travail fourni, une forme de valorisation de ce travail. Pourtant, il ne s'agit que d'une forme possible de valorisation.

La langue française a longtemps distingué l'honoraire du traitement du salaire. L'honoraire correspond à la situation d'un individu ayant rendu un service qui est non mesurable. Cette idée reprend la terminologie d'Emmanuel Kant, Philosophe allemand du XVIIème siècle, qui distingue les biens et services appréciables à prix d'argent de ceux qui ne le sont pas, puisqu'ils ont trait à la dignité. A titre d'exemple, le service rendu par un médecin qui sauve une vie, ou par une personne qui vient au secours d'une autre, n'est pas quantifiable puisque « *ça n'a pas de prix* ». Tout ce qui peut être fait en retour est de l'honorer, c'est à dire lui témoigner de la reconnaissance vis-à-vis de ce service inestimable sur le marché.

² Emission ARTE : Emploi, travail, salaire, profit – épisode 2.

L'idée de traitement dans la fonction publique renvoie à cette notion d'honoraire. Il s'agit de se consacrer à un service de bien commun en échange d'une sécurisation de sa propre existence. C'est pourquoi dans bons nombres de conflits sociaux du secteur de la santé publique, la revendication première renvoie à la notion de dignité avant même la question de la rémunération. Reconnaître la dignité du travail est typique d'un certain rapport au travail que l'on ne retrouve pas dans le secteur marchand. Il est vrai que nous pouvons observer, dans ces autres secteurs, des actions de dénonciation de conditions de travail indignes, mais rarement de demandes portant sur une reconnaissance de la dignité du travail effectué.

1.1.4- La reconnaissance matérielle et la reconnaissance morale

Si la frontière entre honoraire et salaire a aujourd'hui fortement évolué, les auteurs de la psychodynamique du travail et de l'approche clinique de l'activité, notamment Christophe Dejourné et Yves Clot, ont repris dans leurs diverses études cette distinction dans une analyse plus globale des environnements de travail. Ils distinguent en effet la **reconnaissance matérielle**, qui a notamment pour objet la rémunération ainsi que la durée contractuelle de travail, de la **reconnaissance symbolique ou morale**, qui s'évertue à reconnaître et à favoriser la contribution du salarié au bon fonctionnement de l'entreprise. S'apparentant à l'honoraire, cette seconde forme de reconnaissance est plus complexe à appréhender et est celle qui va nous intéresser dans ce travail.

Pourtant les formes de reconnaissance matérielle sont aujourd'hui plus fréquentes que les actions de reconnaissance symbolique. De nombreuses études montrent que cette situation est avant tout liée à un déni, dans la mesure où les contraintes en termes d'objectifs conduiraient les managers à perdre de vue l'engagement de leurs collaborateurs (Barel et al, 2019).

L'enquête SUMER³ de 2010 a dévoilé une augmentation entre 2003 et 2010 des « *situations de déni du travail* », conduisant les salariés à percevoir le lieu de travail comme un milieu hostile faute d'une reconnaissance suffisante. Le manque de reconnaissance est alors reconnu dans cette enquête comme un risque professionnel amenant à l'approche psychopathologique.

³ Dares-DGT-DGAFP, enquête Sumer (SURveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels), 2010.

1.1.5- Le modèle de la reconnaissance au travail de Jean-Pierre Brun

En 1997, Claude Bourcier et Yves Palobart ont cherché à classer les signes (ou formes) de reconnaissance en cinq catégories. Nous retrouvons la parole, l'écrit, le geste, l'objet et le symbole (comme la boîte de chocolat). La parole reste, selon ces auteurs, la plus appréciée, d'autant plus lorsque la démarche est perçue comme spontanée.

En 2005, Jean-Pierre Brun, Professeur en Management à l'Université LAVAL à Québec, met en évidence quatre approches de la reconnaissance au travail :

- **La reconnaissance existentielle (selon la conception humaniste)**, qui consiste à reconnaître la personne en tant qu'être singulier. Cette reconnaissance porte sur l'individu, ses attitudes, ses valeurs, ses qualités humaines et non sur le professionnel qu'il est ;
- **La reconnaissance de la pratique du travail (selon la perspective éthique)**, qui consiste à reconnaître la qualité du travail effectué, en lien avec les compétences de la personne. Elle s'intéresse à la manière d'exécuter le travail ;
- **La reconnaissance de l'investissement dans le travail (selon la psychodynamique du travail)**, qui consiste à reconnaître l'effort, l'engagement et les risques encourus. Ici la reconnaissance est indépendante des résultats finaux ;
- **La reconnaissance des résultats (selon, l'approche comportementaliste)**, qui consiste à reconnaître les résultats finaux. Cette reconnaissance s'intéresse uniquement à ce qui est effectif, observable, mesurable, contrôlable dans le travail.

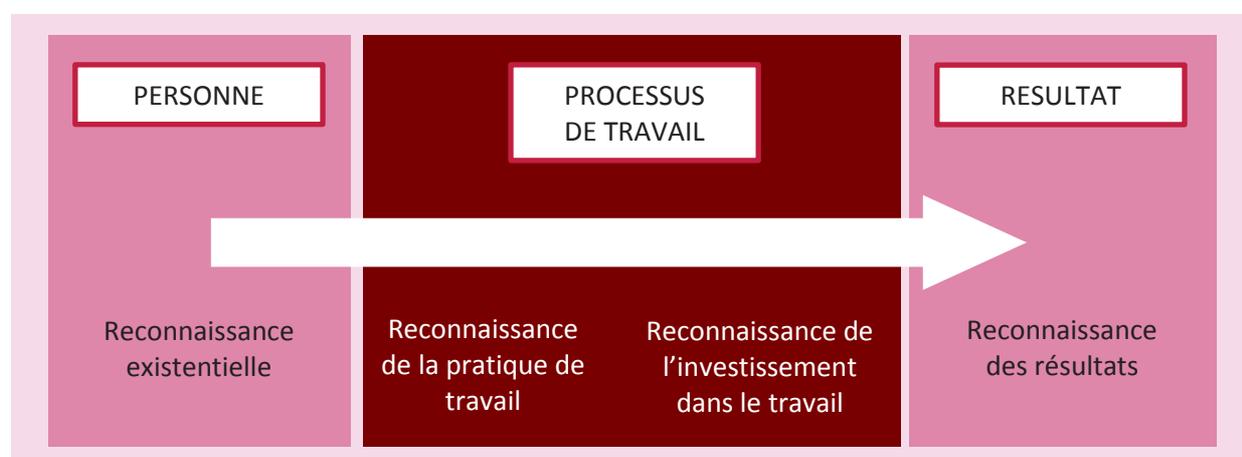


Figure II : Les quatre modes de la reconnaissance selon Brun

Toujours selon cet auteur, cette analyse est à réaliser selon plusieurs points de vue (ou niveaux). Plus la reconnaissance s'exprime sur un large éventail de niveaux et plus les employés s'en trouvent valorisés :

- **Un niveau vertical (ou hiérarchique) :** il s'agit de la reconnaissance manifeste entre la direction ou le cadre de proximité et l'employé.
- **Un niveau horizontal (ou entre pairs) :** il s'agit de la reconnaissance exprimée entre collègues. Elle est souvent considérée comme la plus importante, puisqu'elle émane de ceux qui sont les mieux à même de juger de la qualité du travail accompli. Ces retours sont considérés comme crédibles.
- **Un niveau externe :** il s'agit de la reconnaissance qui a trait à la prestation de services. On y retrouve les clients, patients, partenaires, homologues.
- **Un niveau social :** il s'agit de la reconnaissance faite par la société.

Ce modèle constitue le concept central de notre approche dans ce travail. Il met en évidence une dynamique des besoins de reconnaissance, un mouvement qui s'opère selon l'évolution de l'environnement et du contexte.

Ce concept a été repris en 2015 par Dominique Méda, Philosophe et Sociologue française, dans son ouvrage collectif, *Travailler au XXIème siècle : des salariés en quête de reconnaissance*. Confortant les besoins de Maslow, elle précise qu'il y a un désir de reconnaissance chez tous les salariés, dont les dynamiques sont complexes à appréhender. Nous avons synthétisé cette approche dans le **Livret II, Annexe 3**.

Pour comprendre les dynamiques de la reconnaissance, il semble indispensable de questionner les sources de motivation au travail, le sens du travail et la notion d'activité.

1.1.6- La reconnaissance et la motivation

Dérivé du latin *movere* (se mouvoir), la motivation est définie par le dictionnaire Larousse⁴ comme « *l'ensemble des éléments qui poussent un individu dans une action* ». Nous n'allons

⁴ <https://www.larousse.fr>

pas reprendre ici les différentes approches de ce concept, toutefois nous retiendrons la proposition faite par le Docteur en Sociologie à l'Université de Chartres, Salvatore Maugeri, dans son traité de psychologie de la motivation en 2009. Il définit la motivation comme « *l'action des forces conscientes et inconscientes qui déterminent le comportement* ». Il s'agit donc d'un processus psychique qui entraîne l'action.

Dans la littérature, nous pouvons notamment relever deux approches sur la motivation au travail qui ont des corrélations avec les besoins de reconnaissance :

- Le potentiel de motivation d'un métier avec la **théorie des caractéristiques des emplois** proposée en 1976 par Hackman et Oldham. Il s'agit de pouvoir définir le caractère motivant d'un métier dans sa perception dans la société.
- Et la **théorie de l'autodétermination** de Ryan et Déci en 2000. Il s'agit d'une approche interactionniste qui part du principe que les individus ont une tendance innée à développer un soi élaboré et unifié où des facteurs contextuels sociaux peuvent soutenir, catalyser ou entraver l'investissement. Cette théorie distingue ainsi une motivation intrinsèque, ou autodéterminée, (qui est liée à ses valeurs, son engagement, son comportement), d'une motivation extrinsèque, ou non-autodéterminée (liée aux conditions imposées par l'environnement, par des circonstances extérieures à l'individu). La motivation non-autodéterminée questionne alors les conditions d'exercice de l'activité. Cette approche recoupe le besoin d'autonomie, d'appartenance et de compétence.

En psychodynamique du travail, la reconnaissance est placée comme un élément central et est avant tout regardée sous l'angle de l'investissement personnel dans le processus de travail.

1.1.7- La reconnaissance et le sens du travail

Dans son ouvrage de 2019, *Donner un sens au travail*, Caroline Arnoux-Nicolas, Psychologue et Maître de Conférence à l'Université Paris-Nanterre, définit le sens du travail à travers « *la perception qu'a l'individu à la fois de son travail et de son rapport à celui-ci. Le sens repose sur son vécu de l'expérience réelle du travail, sur l'interprétation qu'il en fait et de ses expériences passées* ». Ainsi, le sens du travail diffère d'un individu à un autre selon la place occupée par le travail dans sa vie et son expérience.

Pour David Autissier et Frédéric Wacheux, dans leur ouvrage paru en 2007, le sens au travail est multifactoriel. Ils se basent sur le modèle du *sensemaking* selon lequel nous retrouvons dans un premier temps le sens du métier qui élabore un référentiel de compétences et offre une perception de son exercice. *A quel besoin répond ce métier ? Quel est son but ?* Puis nous retrouvons le sens au poste de travail qui intègre les conditions de travail, les relations au travail et la faisabilité de l'activité. *Ai-je les moyens pour atteindre les objectifs ? Ces objectifs sont-ils atteignables ?*

1.1.8- La reconnaissance centrée sur l'activité

Développée au début des années soixante-dix par Christophe Dejours, Psychiatre, Psychanalyste et Professeur de Psychologie français, la psychodynamique du travail trouve ses origines dans l'investigation clinique des situations de travail. Elle appuie sa définition du travail sur les fondamentaux de l'ergonomie, à savoir que le travail réellement effectué n'est pas toujours conforme à celui qui est prescrit (Daniellou et co, 1983).

Si cette différence s'explique par l'impossibilité de standardiser la tâche à accomplir, elle s'explique aussi par la singularité de l'individu. Celui-ci s'engage pleinement sur la voie de l'activité en y exposant plusieurs sphères (expériences personnelles, expériences professionnelles, etc.) dont il espère pouvoir surmonter les contradictions. Cela implique inéluctablement des compromis.

Dans cette approche, le travail engage toujours une activité de conception et n'est pas réductible à un travail d'exécution. Cet écart entre le prescrit et le réel correspond à un effort, un investissement personnel, qui doit être compris et respecté par autrui. Analyser cet écart revient à analyser l'activité.

Dans un ouvrage collectif de 2011, Nicole Vézina, Ergonome et Enseignante à l'Université UQAM de Montréal, a modélisé ce principe en créant le modèle de la situation de travail centré sur la personne en activité. On comprend alors à quel point les caractéristiques de la personne et de son environnement vont influencer sa façon de réaliser l'activité de travail et

lui donner un sens. Cette adaptation sera alors dépendante des marges de manœuvre offertes par le milieu qui lui confère son degré d'autonomie.

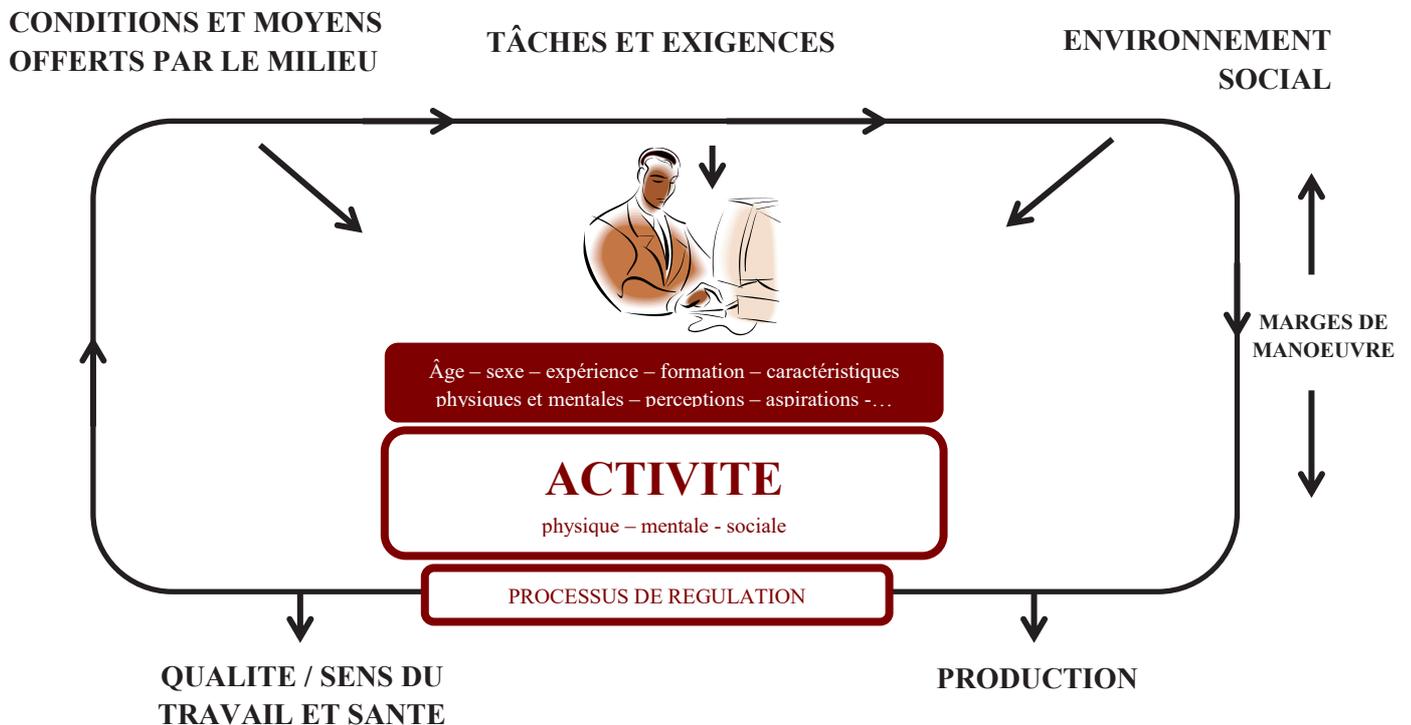


Figure III : Modèle de la situation de travail centrée sur l'activité selon Vézina

A travers ce modèle, on mesure l'investissement de la personne dans le processus de production pour atteindre les objectifs fixés, tout en préservant le sens du travail. Ce processus d'adaptation demande à être reconnu. Pour cela, la personne a besoin que l'activité soit reconnue pour ce qu'elle est et non pour ce qu'elle représente. Le cadre de proximité doit alors être proche du terrain, avoir une expertise métier, pour être pleinement conscient de la nécessité de cet écart. Cette tolérance rend alors l'exercice du travail possible dans un environnement propice offrant suffisamment d'autonomie et favorisant les apprentissages. On parle alors d'environnement capacitant.

Avec ce cadre conceptuel posé sur les dynamiques de la reconnaissance, nous comprenons que les besoins de reconnaissance pourront être différents d'un individu à l'autre. En effet, une personne ayant un besoin d'évolution pourrait être plus sensible à une reconnaissance verticale centrée sur l'existentiel et l'effort. Une autre personne privilégiant l'auto-

détermination pourrait être plus sensible à une reconnaissance horizontale émanant des patients et des collègues de travail, centrée sur la pratique et les résultats.

Nous allons désormais aborder le concept d'environnement capacitant.

1.2- Qu'est-ce qu'un environnement capacitant ?

1.2.1- Description du modèle de Pierre Falzon

Concevoir des situations de travail participant au développement professionnel est devenu avec le temps un enjeu majeur. Le programme de recherche ouvert par l'ergonomie constructive (Falzon et Mollo, 2009) s'inscrit dans cette perspective développementale, en structurant ses apports autour du concept d'environnement capacitant.

Selon Pierre Falzon, Docteur en psychologie et Professeur au CNAM de Paris, un environnement capacitant serait « *un environnement facilitant le développement des connaissances et compétences individuelles et collectives* » (Falzon, 2013). Selon le même auteur, l'idée est de favoriser des environnements de travail permettant aux salariés de « *développer de nouveaux savoirs et de nouvelles connaissances, d'élargir leurs possibilités d'action* ». Ces environnements faciliteraient ainsi l'autonomie et augmenteraient le pouvoir d'agir des salariés. Cela implique l'analyse et la modélisation des contraintes et des ressources qui permettent ou qui entravent l'apprentissage, le développement et l'autonomie en situation de travail.

Cette orientation développementale s'appuie sur le concept de « *capabilité* ». Si les capacités relèvent du savoir-faire, les capabilités renvoient à la possibilité effective de mise en œuvre des capacités. Ainsi la mise en œuvre d'une capacité ne dépend pas seulement de la disponibilité chez l'individu, mais d'un ensemble de conditions organisationnelles, techniques, sociales, qui s'actualisent et se transforment par la suite en capabilités dans une situation donnée (Zimmerman, 2008). Cette notion de capabilité a notamment été développée dans les divers écrits de Martha Nussbaum, Philosophe américaine, qui en liste dix, dont le contrôle sur son propre environnement.

Le développement professionnel correspond à la conversion entre ce que les salariés savent faire (les capacités) et ce qu'ils peuvent faire (les capacités). Selon ce modèle, le sens du travail se développe quant-à-lui en fonction du rapport entre ce que les salariés peuvent faire (capacités) et leur pouvoir d'agir (l'action).

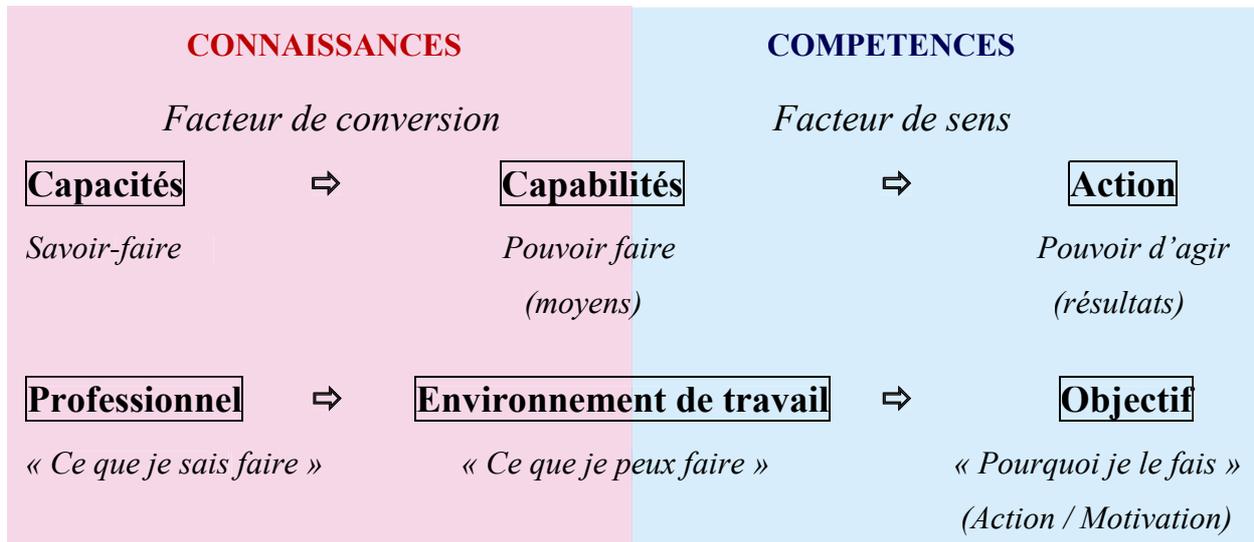


Figure IV : L'environnement capacitant selon Falzon

Ainsi, un environnement de travail devient capacitant lorsqu'il offre la possibilité aux salariés de développer de nouvelles compétences, d'élargir les possibilités d'action et le degré d'autonomie.

La question qui se pose alors au cadre de proximité est de savoir si l'environnement de travail permet ou entrave l'apprentissage et le développement individuel et collectif.

1.2.2- Le développement de compétences

La notion de compétences émerge avec le courant de la « *pédagogie par objectifs* » qui décompose les ensembles à apprendre en savoirs et savoir-faire qui sont à maîtriser pour atteindre un objectif. En 2001, selon Jacques Leplat, Ergonome et membre fondateur de la Société d'Ergonomie de Langue Française, les compétences « *constituent un système de connaissances qui engendre l'activité* » et reflètent la capacité d'adaptation de l'individu, puisque le même auteur parle d'un passage de « *la compétence exécution à la compétence adaptation* ». Il distingue ainsi les « *connaissances* » d'un côté, renvoyant aux savoirs, et les « *compétences* » de l'autre, renvoyant au pouvoir d'agir.

En 2011, Jean-Claude Coulet, Chercheur français en Psychologie du développement, complète cette définition en précisant que la compétence est « *une organisation dynamique de l'activité, mobilisée et régulée par un sujet pour faire face à une tâche donnée, dans une situation déterminée* ». Elle renvoie donc de nouveau au modèle de Nicole Vézina qui place l'activité au centre du processus de travail.

Henri Boudreault⁵, Professeur Didacticien à l'Université UQAM de Montréal, a modélisé quant-à-lui le concept du développement des compétences professionnelles. Il anime depuis plusieurs années un blogue, nommé DIDAPRO, pour faciliter les échanges d'idées sur la conception de stratégies et d'environnements propices au développement de la compétence professionnelle en formation et en entreprise.

1.2.3- Le développement de l'autonomie

En 1979, Robert Karasek, Professeur de Psychologie à l'Université de Massachussets, s'est intéressé à l'autonomie des salariés dans les tâches à réaliser et à leurs conséquences sur la santé. Il a notamment mis en évidence qu'une faible latitude décisionnelle coexistant avec d'importantes exigences au travail conduisent à une insatisfaction personnelle. Ce modèle bidimensionnel permet de comprendre le fonctionnement des salariés à leur poste de travail avec la possibilité d'être acteur et non simple exécutant. Le modèle de Karasek sera ensuite complété en 1985 par un troisième paramètre : le soutien social.

En 2001, Philippe Zarifian, Sociologue français et Professeur à l'Université Paris-Est, définit l'autonomie comme « *une condition incontournable d'un déploiement de la compétence* », car la compétence n'existe que si l'acteur ne se borne pas à suivre des prescriptions et se donne une marge d'initiative en développant son pouvoir d'agir.

Nous retiendrons le modèle proposé par l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail), où l'autonomie se mesure selon trois dimensions :

⁵ Blogue DIDAPRO : <https://didapro.me/>



- **Les tâches** : pouvoir agir sur l'organisation du travail, le rythme de réalisation, et choisir les méthodes d'exécution, les outils utilisés ;
- **La coopération** : être impliqué dans l'organisation du travail de son équipe, prendre des décisions sur les modes de coopération ;
- **La gouvernance** : avoir un rôle et une place de pilote dans les orientations à prendre, faire des choix de gestion, de stratégie.

Figure V : Les trois dimensions de l'autonomie au travail selon l'ANACT

Cette notion d'autonomie dans le travail est d'autant plus importante pour les Assistants de Service Social que leur mission première consiste à aider la personne accompagnée à faire des choix, à retrouver une autonomie sociale dans la vie quotidienne (que ce soit en matière de logement, de santé ou encore de sociabilité). Il s'agit d'être autonome pour rendre autonome.

1.2.4- Le développement du pouvoir d'agir

Le concept du Pouvoir d'Agir a été quant-à lui développé en 2006 par Yann Le Bossé, Psycho-Sociologue et Enseignant à l'Université LAVAL à Québec. Selon lui, le développement du pouvoir d'agir correspond à la possibilité d'avoir plus de contrôle sur ce qui est important pour soi ou la collectivité à laquelle on s'identifie. C'est un pouvoir de contrôle que l'on exerce et que l'on développe individuellement ou collectivement. Il part du principe que l'épanouissement passe par l'action, élément essentiel de l'affranchissement.

Sous l'angle de la clinique de l'activité, Yves Clot et Pascal Simonet considèrent, dans une publication datant de 2015, le pouvoir d'agir comme nécessaire, car les salariés « *cherchent toujours, quitte à échouer, à créer leur milieu professionnel en l'habitant par leur histoire propre. Ils ne sont pas le réceptacle ou le théâtre de forces qui agissent sur eux à leur insu et surtout n'y sont pas réductibles* ».

Evaluer le « *potentiel capacitant* » d'un environnement revient à mesurer les différentes notions développées, à savoir le potentiel de développement de compétences, d'autonomie et de pouvoir d'agir.

Intéressons-nous désormais au métier d'Assistant de Service Social et à la singularité de cette approche dans le secteur hospitalier.

1.3- Le métier d'Assistant de Service Social

1.3.1- Genèse d'une discipline à la croisée des regards

La profession d'Assistant de Service Social s'est organisée en France au début du XXème siècle, époque charnière de la révolution industrielle (Bouquet Brigitte et Garcette Christine, 2011), voyant l'avènement de la séparation de l'église et de l'Etat. Ce mouvement a conduit à un passage de la notion de charité à celle d'assistance. Il a contribué également à un transfert des pratiques passant d'une approche de bienfaisance à une intervention sociale professionnalisée. Cette professionnalisation a connu son achèvement par la création du diplôme d'Etat en 1932.

Le travail de l'Assistant de Service Social répond pleinement à la définition donnée par le décret du 6 mai 2017⁶ « *visant à permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté. Dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, de protection et de participation [...] il participe au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement* ». Le travail social n'est pas un travail d'accès aux droits, mais un travail d'accompagnement à l'accès aux droits dans un objectif d'autonomisation.

1.3.2- Assistant de Service Social dans le secteur hospitalier

Dans le secteur hospitalier, le développement des services sociaux a vu le jour à l'aube de la première guerre mondiale en 1914, mais c'est en 1943 que le législateur a introduit dans la loi

⁶ Décret n° 2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social.

hospitalière une obligation d'affectation dans les hôpitaux publics des villes de plus de 100 000 habitants. Si les services sociaux hospitaliers ont vite investi deux champs d'intervention, celui du personnel et celui des patients, nous nous intéresserons ici uniquement aux services s'adressant aux personnes hospitalisées ou suivies en ambulatoire.

Le décret du 28 mars 1993 ⁷ relatif au statut des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière définit la mission des Assistantes Sociales comme suit : « *ont pour mission de conseiller, d'orienter et de soutenir les personnes accueillies et leurs familles, de les aider dans leurs démarches et d'informer les services dont ils relèvent pour l'instruction d'une mesure d'action sociale* ». De par cette définition, nous pouvons ainsi considérer que la plus-value des Assistants de Service Social hospitaliers est d'apporter leur concours à toute action susceptible de prévenir les difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par le patient hospitalisé ou d'y remédier. Sur le plan opérationnel, ces actions se traduisent par l'information, le conseil, l'orientation des malades, le soutien de leurs familles dans les démarches, l'accompagnement à la réinsertion sociale et professionnelle.

Mais pour autant, pouvons-nous les considérer comme des professionnels du soin ?

1.3.2.1- L'Assistant de Service Social dans la relation aux soins

Nous partons du postulat que l'Assistant de Service Social en milieu hospitalier est un soignant à part entière. Nous nous basons pour cela sur la définition donnée en 2017 par Walter Hesbeen, Infirmier et Docteur en santé publique de l'Université Catholique de Louvain, qui parle des professionnels de la relation de soin. Cette notion désigne tous les professionnels de santé sans distinction de qualification, de statut, de lieu ou de type d'exercice professionnel. Ils sont tous dans une démarche de « *prendre soin* », notion qui dépasse celle du « *faire des soins* » résumant la relation aux gestes techniques. Cette approche est également partagée en 2017 par Éric Fournieret, Docteur français en Philosophie, lorsqu'il objective que « *l'écoute de l'autre fait déjà partie des règles de la relation de soins* ».

Avant tout, selon Serge Philippon en 2017, cadre supérieur de santé en EHPAD et formateur au GEFERS (groupe francophone d'études et de formations en éthique de la relation de service et de soin), soigner c'est « *assumer sa responsabilité vis-à-vis de l'institution en tant*

⁷ Décret n°93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

que professionnel mais aussi en tant que citoyen ». Ainsi, être soignant pour Serge Philippon renvoie à la notion de responsabilité, de prendre part à la situation qui se déroule, dans une volonté d'assumer pleinement son rôle.

A ce titre, l'Assistant de Service Social ne propose pas de soins techniques mais un accompagnement social sur toute la durée du séjour du patient. Cette action sera alors mise en place à la demande du patient, de la famille, ou du médecin. Elle fera l'objet de points et de débats lors de réunions de synthèse. Mais qu'entendons-nous par accompagnement ?

1.3.2.2- La notion d'accompagnement

L'accompagnement social est défini par l'IGAS⁸ (Inspection Générale des Affaires Sociales) comme « *une composante du travail social, une modalité d'intervention se caractérisant par une relation individuelle ou collective, entre un accompagnant et un ou plusieurs accompagnés, avec pour finalité l'amélioration de la situation de la ou des personnes accompagnées* ». Cet accompagnement recouvre de nombreux domaines : appui dans les démarches administratives, prévention des impayés, soutien à la gestion du budget, hébergement d'urgence, accès aux droits sociaux, prévention et gestion de situations de surendettement, guidance familiale, insertion socio-professionnelle, démarches liées à des aides à la compensation d'un handicap ou à la perte d'autonomie, etc.

La question de la légitimité du travail chez certains soignants, comme les Assistants de Service Social, peut se poser en raison de cet accompagnement et plus précisément des échanges avec le patient, car ils s'inscrivent dans une logique de don. Lors des premiers moments de face à face, ce don peut peser lourdement sur les épaules du soignant et susciter parfois une certaine gêne. En 1997, Daniel Bertaux, Sociologue français, les rassure en précisant que : « *[...] votre interlocuteur, s'il a accepté l'entretien, c'est que d'une façon ou d'une autre il y trouve son compte. Débarrassez-vous de toute culpabilité : vous n'êtes pas un voleur de vies* ». Ce questionnement sur la place et la légitimité dans la réception de récits de vie renvoie la question de l'identité professionnelle.

⁸ L'accompagnement social, rapport n°2017-105K, IGAS, 2018.

1.3.2.3- *L'identité professionnelle de l'Assistant de Service Social*

Tout individu possède son identité, tel un élément précieux. En 1991, Claude Dubar, Sociologue français, définit l'identité professionnelle comme une notion paradoxale. En effet, elle est unicité lorsqu'il s'agit de ce qui nous distingue des autres, avoir son identité propre. Mais l'identité professionnelle c'est aussi ce qui a trait à l'appartenance à un groupe partageant des valeurs et des caractéristiques communes, il y a unité entre les membres. La reconnaissance des uns par les autres se fait autour de cette identité commune.

Aujourd'hui, la question des interactions sociales et des critères de relation domine le débat sur l'identité. C'est sur cette dimension du lien, du « *rapport à* » l'autre, de l'interaction, qu'il nous semble intéressant d'aborder le concept d'identité professionnelle. Elle repose la question du rapport à notre environnement de travail, de notre place dans un collectif de travail, du besoin de reconnaissance par les pairs.

1.3.2.4- *L'intangibilité du résultat*

Pour Jean-Philippe Pierron et Didier Vinot en 2020, la construction d'une relation de confiance dans le processus de soin relève de l'intangible, dans ce qui est difficilement mesurable. On ne peut pas complètement mesurer la qualité d'une relation. Selon eux, elle est en opposition avec l'institution, qui reste sur une organisation très normée, centrée sur la donnée. Il y a des résultats qui ne se mesurent pas, ainsi les auteurs de ce travail intangible peuvent se trouver dans une position inconfortable face à la forte attente de données quantifiables.

Pour contrer ce phénomène, ces deux chercheurs proposent de mettre en place des indicateurs de fluidité, qui mettent en lumière le bon fonctionnement du process. Dans le cas des Assistants de Service Social dans le secteur hospitalier, ces indicateurs permettraient de mesurer la fluidité des parcours patients, d'évaluer leur niveau d'autonomie face aux différentes démarches à réaliser ou à renouveler et de pronostiquer l'évolution au long cours de leur situation sociale.

2- ETUDE QUALITATIVE SUR ENTRETIENS D'ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL DANS LE SECTEUR SANITAIRE

2.1- Méthodologie

2.1.1- Objectif de l'étude

Cette partie empirique du travail a pour objectif de recueillir le vécu de professionnels de terrain sur la perception de leur métier et de leur sentiment de reconnaissance pour les uns (cela concerne les Assistants de Service Social et l'encadrement de Services Sociaux), et sur les liens avec ces mêmes professionnels pour les autres (Cadre Plateau Technique, Responsable des Ressources Humaines, Médecin). Cette enquête de terrain permettra également de confronter les concepts théoriques évoqués en première partie avec les données récoltées. Ainsi, au travers de cette étude nous tenterons de répondre à notre hypothèse de départ : « *un environnement capacitant favorise le sentiment de reconnaissance chez les Assistants de Service Social* ».

Cette partie développera la méthodologie pour cette enquête. Elle se concentrera dans un premier temps sur les choix effectués, les postulats pris, les outils utilisés, puis dans un second temps nous aborderons la réalisation des entretiens et des limites de notre étude. Il s'en suivra une analyse approfondie des résultats obtenus, une discussion avec des pistes de réflexion et des recommandations managériales.

2.1.2- Choix de l'outil de l'enquête

Nous avons fait le choix d'utiliser l'entretien semi-directif puisqu'il nous semblait être le plus approprié pour mener une analyse qualitative. Nous avons volontairement privilégié des questions ouvertes pour faciliter l'expression libre, participant à l'émergence de nouveaux concepts.

Il est important de rappeler que cette étude n'est pas à visée psychopathologique. Ainsi, il n'a à aucun moment été question de passer des questionnaires de prédiction de la détresse

psychologique ou d'évaluer les risques psychosociaux, comme le sont par exemple les questionnaires de Karasek et de Siegrist.

2.1.3- Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été créé en amont, afin de conserver un cap, répondant à l'objectif de cette recherche action. Ce guide a été élaboré en prenant en compte les données de la littérature sur la reconnaissance au travail et l'environnement capacitant. Ce guide a été complété et affiné au fur et à mesure des entretiens et en fonction des thématiques émergentes. Les questions sont restées volontairement très ouvertes afin de faciliter l'expression libre, tout en introduisant des questions de relance pour recentrer l'échange autour de thématiques choisies.

Les dynamiques de la reconnaissance ont pu être analysées à partir de trois phénomènes : l'évolution de la perception du métier par la société, l'évolution dite « naturelle » liée à l'expérience du professionnel et celle liée à la crise sanitaire de la COVID-19.

Ce guide d'entretien est accessible dans le **Livret II, Annexe 4**.

2.1.4- Présentation des terrains d'intervention

2.1.4.1- Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) représentent un ensemble de six sites hospitaliers répartis dans l'agglomération strasbourgeoise.

Classés parmi les premiers Centres Hospitaliers et Universitaires de France, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg sont reconnus pour la qualité des soins prodigués, du niveau en recherche clinique et innovation et du positionnement dans la formation initiale et continue des professionnels de santé en Alsace. La collaboration dans de nombreux projets avec l'Université de Strasbourg fait figure d'exemple dans le paysage national hospitalo-universitaire.

2.1.4.2- *L'Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau*

L'Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau (IURC) intervient dans le groupe UGECAM Alsace, branche d'établissements de l'Assurance Maladie. Ce groupe présente sur le territoire alsacien onze établissements relevant du sanitaire et du médico-social. L'IURC est l'établissement de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de référence sur son territoire de santé. Il est implanté sur deux sites : l'un situé à Strasbourg et le second à Illkirch.

L'IURC développe en intra-établissement une activité de recherche en partenariat avec la Faculté de Médecine et les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

2.1.5- Choix de la population interrogée

Ce travail a été réalisé auprès de professionnels de l'IURC occupant plusieurs fonctions. L'idée était de pouvoir comparer les points de vue. Ainsi, onze entretiens ont été effectués relevant de plusieurs visions :

- La vision du professionnel : 7 Assistants de Service Social ;
- La vision de l'encadrement social : le Responsable du Service Social ;
- La vision de l'encadrement du plateau technique : un Cadre du Plateau Technique ;
- La vision des ressources humaines : le Responsable des Ressources Humaines ;
- La vision du prescripteur : un Médecin spécialisé en Médecine Physique et Réadaptation.

Côté Hôpitaux Universitaire de Strasbourg, trois entretiens ont été menés relevant de deux visions :

- La vision du professionnel : 2 Assistants de Service Social ;
- La vision de l'encadrement social : le Responsable du Service Social.

Ainsi, nous arrivons à quatorze entretiens effectués, intégralement transcrits dans le **Livret III**.

Il est important de noter que la vision du professionnel, notamment au sujet de la reconnaissance, est centrée sur son ressenti, alors que pour les autres visions (encadrement, ressources humaines ou prescripteur), la question de la reconnaissance portait davantage sur

leur perception du métier d'Assistant de Service Social et sur les signes de reconnaissance qu'ils peuvent manifester.

	Sexe	Métier	Etablissement	Age	Ancienneté dans la structure	Durée de l'entretien
AS1	F	Assistant de service Social	IURC	27 ans	2 ans	45 min
AS2	F	Assistant de service Social	IURC	38 ans	4 mois <i>12 ans comme aide-soignante</i>	30 min
AS3	F	Assistant de service Social	IURC	60 ans	13 ans	45 min
AS4	F	Assistant de service Social	IURC	36 ans	5 ans	60 min
AS5	F	Assistant de service Social	IURC	38 ans	15 ans	60 min
AS6	F	Assistant de service Social	IURC	45 ans	19 ans <i>24 ans comme AS</i>	40 min
AS7	F	Assistant de service Social	IURC	53 ans	23 ans	60 min
AS8	M	Assistant de service Social	HUS	49 ans	21 ans	40 min
AS9	F	Assistant de service Social	HUS	59 ans	37 ans	70 min
C2	M	Cadre service social	HUS	49 ans	21 ans <i>dont 18 ans comme AS</i>	90 min
C3	M	Cadre service social	IURC	62 ans	40 ans <i>2 ans sur ce poste</i>	60 min
C1	F	Cadre plateau technique	IURC	31 ans	7 ans	35 min
RH1	M	Responsable des Ressources Humaines	IURC	31 ans	3 ans	50 min
MED 1	F	Médecin spécialisé en MPR	IURC	46 ans	10 ans <i>16 ans dans le secteur</i>	35 min

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des quatorze entretiens réalisés

Nous pouvons d'ores et déjà relever que la parité n'est pas présente puisque nous enregistrons dix femmes interrogées pour quatre hommes. Cet écart important s'explique essentiellement par le fait que le métier d'Assistant de Service Social est essentiellement féminin. D'ailleurs sur le site de l'IURC, nous pouvons parler d'AssistantES de Service Social puisque l'équipe n'est composée que de femmes.

Par ailleurs, les participants à cette étude ont une ancienneté moyenne de 15,45 années ($\pm 12,34$) de présence au sein de leur établissement.

2.1.6- Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 13 avril et le 12 août 2021. Ils ont duré entre 30 et 90 minutes. Avant chaque entretien, le thème du travail de recherche a été exposé ainsi que la demande d'autorisation d'enregistrement. Les participants étaient également informés des conditions de retranscription et du caractère anonyme de ces interviews. Les données recueillies ont été retranscrites afin de reproduire le plus fidèlement possible les propos tenus durant ces temps d'échanges.

2.1.7- Limites de l'étude

La première limite notable de cette étude repose sur la répartition non homogène des deux terrains d'intervention. Si la proximité de l'IURC a facilité l'approbation de l'ensemble des membres du service social de l'établissement et la planification rapide des entretiens, le terrain des HUS a nécessité l'intermédiaire du cadre de service et un appel à volontariat. Nous avons ainsi obtenu trois retours sur une équipe de cinquante personnes. Il aurait été intéressant d'avoir une répartition plus homogène entre les deux terrains, avec notamment la participation de jeunes professionnels des HUS.

De plus, le choix de la population présente une seconde limite portée cette fois sur la diversité des professionnels interrogés. Il aurait en effet été pertinent d'avoir un éventail plus large encore de professionnels qui interagissent avec le service social. Toutefois, nous pouvons relativiser cet aspect puisque notre étude avait pour ambition de se centrer essentiellement sur le ressenti des Assistants de Service Social et de leur encadrement de proximité.

Avec pour terrain principal l'IURC, une troisième limite repose sur le positionnement même de l'observateur. Malgré l'absence de lien hiérarchique direct avec les personnes interviewées, la position en tant que cadre salarié de l'IURC a pu induire à la fois une certaine

retenue dans les réponses données, mais également un potentiel biais dans le traitement des données.

Une quatrième limite concerne la nature même de la méthodologie employée. La réalisation d'entretiens semi-directifs implique une capacité d'écoute active de l'observateur, tout en maintenant le cap sur le guide d'entretien, afin d'aborder tous les thèmes et d'assurer une aisance dans les relances.

Enfin, la taille restreinte de l'échantillon des personnes interviewées aux HUS ne permet pas de généraliser les résultats obtenus.

2.2- Résultats

Les quatorze entretiens ont été répartis sur une période de quatre mois, pour un total de 720 minutes d'échange, soit 12 heures de retranscription. L'analyse a été effectuée par extraction de verbatims, selon une grille d'analyse élaborée à partir de thématiques et sous-thématiques choisies. Cette grille est disponible dans le **Livret II, Annexe 5**. Le classement des 670 verbatims est quant-à lui accessible dans le **Livret II, Annexe 6**. Les verbatims sont intégrés dans le texte, suivis du code de la personne interrogée et du numéro de verbatim. *Exemple : Assistante de Service Social 1, verbatim Numéro 3 = ASI-V3.*

2.2.1- Les thématiques

La grille d'entretien élaborée présente 10 thématiques et 43 sous-thématiques.

Afin d'évaluer le « *niveau capacitant* » de l'environnement de travail des professionnels interrogés, le parcours, l'évolution et les perspectives professionnelles ont été abordés. Ces thématiques ont permis notamment d'évaluer les capacités, c'est-à-dire le niveau de « *savoir-faire* ». Nous retrouvons ces capacités dans le **Livret II, Annexe 7**.

Pour poursuivre cette analyse de l'environnement, nous nous sommes intéressés aux moyens offerts par le milieu, définissant un « *pouvoir faire* ». Enfin, la question de l'environnement de travail a été analysée sous l'angle des actions menées, en abordant notamment les

stratégies identitaires et le positionnement de l'encadrement de proximité. Cette dernière approche a permis d'évaluer le « *pouvoir d'agir* » des professionnels interrogés.

Afin d'identifier les « *besoins de reconnaissance* », différents thèmes ont été abordés durant la discussion, notamment la perception du métier d'Assistant de Service Social, les liens avec la hiérarchie, le collectif de travail et le sentiment de reconnaissance ; ces points ont ensuite permis l'élaboration d'une cartographie des besoins.

Enfin, les « *dynamiques de la reconnaissance du travail* » de l'Assistant de Service Social ont été appréhendées en comparant la cartographie générale des besoins de reconnaissance avec celle spécifiquement liée à la période du premier confinement de la crise sanitaire de la COVID-19. Cette cartographie est disponible dans le **Livret II, Annexe 8**.

Cette évolution des besoins de reconnaissance a également été regardée selon le niveau d'expertise, évolution qui est présentée sur la base de la structure organisationnelle de Mintzberg dans le **Livret II, Annexe 9**.

2.2.2- Evaluation des environnements capacitants

2.2.2.1- *Les évolutions et perspectives du métier*

Les évolutions internes

La majorité des Assistants de Service Social et de l'encadrement social de proximité reconnaît que « *les perspectives d'évolution en interne sont limitées* » (C2-V200), que ce soit sur le site de l'IURC ou sur celui des HUS. Ce point est effectivement revenu dans 7 entretiens sur 11.

Le service RH de l'IURC estime que la principale évolution possible reste la capacité de « *migrer sur d'autres services ou d'autres établissements du groupe. Mais c'est un métier qui est assez fermé chez nous. Les possibilités d'évolution sont assez limitées* » (RH1-V528). Si cette évolution verticale est difficile, malgré le fait que « *la coordination [tient une place] de plus en plus importante* » (C2-V182), d'autres sources d'épanouissement sont possibles car « *l'hôpital est riche, on peut changer de service, aller sur d'autres problématiques et au final on y trouve son compte* » (AS9-V625). Il faut aussi savoir saisir les opportunités : à l'IURC

« nous avons tout de même une collègue qui a pris un poste de responsable de la Qualité de Vie au Travail. Donc il existe quelques possibilités, quelques opportunités mais qui se présentent comme ça » (RH1-V529). Une passerelle pourrait alors exister, passant de l'accompagnement des patients à l'accompagnement des salariés. Elle offre aussi une capacité d'évolution en interne, « nous aurions la possibilité d'avoir une Assistante Sociale au service de notre propre personnel, comme ça se fait ailleurs. On est assez nombreux à l'UGECAM Alsace donc ça ne serait pas délirant » (RH1-V525).

Les évolutions du secteur

Le passage à la tarification à l'activité ressort très régulièrement des entretiens comme étant l'élément majeur de ces vingt dernières années : « au milieu des années 2000, on a vraiment ressenti cette bascule, où là vraiment on avait le sentiment que tout revenait sur nos épaules » (AS8-V404). Ce même Assistant de Service Social des HUS poursuit en précisant que « cette évolution fut majeure car elle a totalement modifié le paradigme du soin » (AS8-V402), il précise qu'ils ont « vu apparaître une nouvelle donnée appelée DMS : la durée moyenne de séjour. Et cette durée, il fallait absolument la réduire le plus possible pour des raisons économiques » (AS8-V403), de ce fait « il faut anticiper au maximum » (AS4-V229). Mais malgré tout, le constat largement partagé et relayé par l'encadrement reste le sentiment d'un « manque de temps Assistante Sociale partagé dans plusieurs services » (C1-V120).

Il faut donc préparer des sorties de plus en plus rapidement, tout en ayant une « complexité accrue [des dossiers], avec des situations sociales plus difficiles » (C3-V459) puisque le constat est fait « qu'il y a eu une grande précarisation des situations des patients accompagnés » (AS7-V342).

Un des autres changements ressentis est une approche valorisant uniquement les résultats, « on est de plus en plus à l'hôpital dans un management quantitatif » (AS3-V76), « le temps devrait être notre allié et pas notre ennemi » (AS8-V410).

Les perspectives

Pour poursuivre cette mission dans un environnement de plus en plus contraint, un des défis relevés « est d'être créatif » (AS3-V85). Il faut être à l'affût « des plans spécifiques qui peuvent se mettre en place et ouvrir des opportunités. Par exemple, il y a eu dans les années

2000 le plan Chirac pour la lutte contre le cancer » (AS8-V439) qui a permis d'ouvrir des postes de travailleurs sociaux. Une autre évolution possible, évoquée par l'encadrement des HUS, est d'inscrire le professionnel dans la logique de « référent de parcours » afin d'assurer un seul et même suivi.

2.2.2.2- Les spécificités liées au milieu du soin

Une hiérarchisation des métiers

Il est intéressant de noter que, dans 8 entretiens sur 14, il ressort une surprenante hiérarchisation des métiers du soin. Ce classement irait du plus valorisant au moins valorisant : « tous les thérapeutes du plateau technique de rééducation, comme les kinés et les ergos, vont être plus reconnus que nous par la direction », puisque « ça reste un établissement de soin avant tout [...] nous, nous sommes un peu plus les oubliés » (AS1-V21 et V22). Pourtant, « on ne peut pas résumer le patient à ses soins, ni le résumer à son parcours social » (AS2-V46), car « c'est oublier qu'un centre de rééducation fait aussi de la réadaptation » (C1-V126). Finalement, « il n'y a pas que les médecins et les kinés qui comptent ! » (AS7-V398).

Si cette hiérarchisation n'est pas motivée par la priorité des soins, elle peut être justifiée par un rapport de force et un pouvoir de nuisance : « Quand les infirmières et infirmiers décident tous de s'arrêter, de se mettre en grève, ben c'est l'hôpital qui s'arrête. Nous si on s'arrête de travailler, l'hôpital va continuer à tourner » (AS8-V446). Et pourtant, « qu'une Assistante Sociale soit aujourd'hui reconnue juste en dessous d'une Infirmière est gênant » (C3-V483).

Ce sentiment de « deux poids deux mesures » est accentué « par un déploiement des moyens surtout au niveau des soins et de la rééducation pure » (C1-V125). Ce même cadre du plateau technique de l'IURC évoque un manque de temps social pour un de ses services, une carence qui lui semble bien plus prononcée que pour les autres professions dont elle a la charge. Ceci conduit à des glissements de tâches qui laissent apparaître des tensions dans les équipes. Cette différence de traitement est alimentée par une double croyance : celle qui consiste à penser que « dans le domaine hospitalier, ce qui a de la valeur c'est le soin dans son aspect technique » (AS3-V90) et celle qui consiste à croire que « l'accompagnement social est perçu comme un plus, un bonus mais qui ne constitue pas l'objectif premier » (AS3-V91).

Enfin, certains Assistants de Service Social interrogés, dont AS7, reconnaissent que leur relation avec les patients ne pourra jamais atteindre le même niveau de confiance qu'un soignant dans un service à son chevet.

Des situations de tension

Nous sommes face à la confrontation de « *deux univers très différents : le temps sanitaire n'est pas le temps social. Cela crée inévitablement des tensions, car il s'agit souvent de deux temporalités incompatibles et deux logiques, deux langages totalement différents* » (AS8-V407). Cette réalité nécessite le développement d'un langage commun qui se construit avec le temps et l'expérience. Les professionnels les plus expérimentés l'ont d'ailleurs bien mentionné : « *il faut construire ce lien-là, il faut accepter de dépenser de l'énergie* » (AS3-V95), « *il faudrait mieux se présenter, mieux présenter nos missions, communiquer davantage auprès de notre direction et des collègues* » (AS1-V15) car « *le projet social fait partie intégrante du projet thérapeutique du patient.* » (AS2-V55).

Pour illustrer ces situations de tension, une Assistante de Service Social (AS1) a pu relater lors de son entretien d'une situation particulière difficile à vivre. Elle a découvert un matin en arrivant dans son service que son bureau avait été affecté à une autre personne, sans qu'elle n'ait été concertée en amont. Cet épisode a été perçu comme violent et humiliant, reflétant un profond manque de considération.

La place de l'Assistant de Service Social dans les soins

La définition de l'Assistant de Service Social comme « *acteur de l'autonomie* » et « *de la réadaptation* » (AS7-V348) revient régulièrement dans les échanges, puisqu'il « *contribue par sa fonction au projet de vie et au projet thérapeutique* » (C3-V469). Pourtant, à la croisée de ces deux mondes, « *le milieu hospitalier [reste] tout de même très enraciné dans le strict soin* » (AS3-V93).

Sur la question qui consiste à savoir si l'Assistant de Service Social est un soignant, seul 1 AS le considère et 3 estiment qu'il s'agit du « *prendre soin* ». Les Cadres interrogés et le

Responsable des Ressources Humaines rejoignent cet avis majoritaire. Seuls 2 participants sont totalement opposés à cette affirmation.

La plus-value de l'accompagnement social

Il est surprenant de noter que les Assistants de Service Social ont eu des difficultés à répondre à la question de leur plus-value. La singularité de l'approche a été d'avantage définie par le cadre de proximité ou par le cadre du plateau technique. Elle résiderait dans « *l'essence même du métier, c'est-à-dire que l'on propose quelque chose en plus des soins aux patients* » (C2-V179), le service social serait alors comme « *une passerelle entre le milieu hospitalier et le milieu de vie* » (C1-V106). Après réflexion, une Assistante Sociale de l'IURC a pu préciser qu'elle « *contribue au processus de deuil et de reconstruction. C'est ça sans doute notre réelle plus-value* » (AS4-V239).

Un métier féminisé

Une autre particularité relevée par plusieurs personnes interrogées reste que « *le métier d'Assistant Social est très majoritairement féminin [...] les métiers souvent trop féminisés sont souvent des métiers sous-payés* » (C3-V502).

2.2.2.3- Le positionnement professionnel

Plusieurs stratégies identitaires ont été repérées lors des entretiens. Nous les avons classées en quatre catégories : les stratégies offensives, défensives, d'évitement ou de normalisation.

1/ Stratégies offensives

Les stratégies offensives sont majoritaires : 8 AS sur les 9 interrogés en ont développé. Présentes dans 44 verbatims, nous pouvons les classer selon les thématiques suivantes :

- **Développer la communication** : « *il faut aller au-devant des collègues, des services, communiquer* » (AS7-V378), « *il faut dire ce que l'on fait, faut qu'ils aient des retours* » (AS9-V589), « *il faut qu'on arrive à transmettre à notre direction qui on est* » (AS3-V101), « *il faudrait mieux se présenter, mieux présenter nos missions, communiquer d'avantage et auprès de notre direction et des collègues* » (AS1-V15) ;

- **Développer le pouvoir d'agir :** « *c'est à nous aussi de rassurer les personnes, de préciser nos missions, de créer un climat de confiance* » (AS1-V26), « *il faut accepter de dépenser de l'énergie* » (AS3-V95), « *il faut faire sa place et elle dépendra de ce que vous êtes et de ce que vous avez envie de donner* » (AS9-V588), « *l'Assistante Sociale c'est l'art de la débrouille* » (AS3-V102). Le cadre du Service Social de l'IURC fait une distinction notable entre revendication et plainte : « *lorsque je suis dans une revendication, ça veut dire que j'ai structuré ma parole et ma pensée. Quand je suis dans la plainte, je ne fais que subir, je suis dans l'affect* » (C3-V503). Selon lui, pour pouvoir agir il ne faut pas être dans l'émotion ;
- **Asseoir sa posture professionnelle :** « *les principaux facteurs restent qui vous êtes, votre posture professionnelle, et le temps que vous passez dans le service* » (AS8-V413), « *je leur disais "si vous ne me donnez pas les moyens pour que je m'en occupe correctement alors vous ne me téléphonez pas"* » (AS9-V578), « *avoir la capacité de dire non, c'est être un bon professionnel [...] il faut s'autoriser à faire ces choix et vous serez finalement respecté pour ça* » (AS9-V616) ;
- **S'appuyer sur son expertise :** « *le cœur de notre travail c'est la technicité dans l'accompagnement* » (AS3-V67), « *on apporte des connaissances et ces connaissances ont une valeur* » (AS9-V622). Un cadre de proximité précise que « *la question de la reconnaissance c'est aussi de se rendre compte à un moment donné que l'on devient expert dans son domaine et que l'on est sollicité pour ça* » (C2-V171) ;
- **Travailler son attitude :** « *la reconnaissance dépend aussi de notre engagement, de notre capacité d'être solidaires entre nous, de nous aider entre AS, de ne pas être négatifs, de toujours aller de l'avant* » (AS8-V449), « *s'investir, être curieux, apprendre à faire sa place* » (AS9-V624).

2/ Stratégies de normalisation

Les stratégies de normalisation sont également nombreuses. Elles ont été exprimées chez 8 AS sur les 9 interrogées, pour un total de 14 verbatims. Nous pouvons les classer de la manière suivante :

- **Réussir son intégration :** « *on fait partie de l'équipe au même titre que les autres professionnels [...] le projet social fait partie intégrante du projet thérapeutique du patient* » (AS2-V55), « *ils savent bien que l'Assistante Sociale toute seule ne pourra rien faire* » (AS3-V70) ;

- **Etre dans une démarche d'acceptation :** « *les choses évoluent, il faut peut-être l'accepter aussi* » (AS7-V370), « *c'est plus agréable de prendre un train en marche que de rester sur le quai bêtement* » (AS7-V381), « *pour être reconnue ben il faut savoir qu'au départ ça ne sera pas forcément un chemin facile* » (AS8-V414), « *c'est aussi le métier de l'Assistante Sociale qui veut ça, on n'a pas toujours tous les moyens* » (AS2-V56) ;
- **Etre dans la résignation :** « *on manque de moyens, bon comme tous les services, ils vont tous vous dire ça [...] c'est comme ça, c'est l'évolution du secteur* » (AS6-V302), « *c'est des choix qui sont faits au niveau de la direction, on suit, on n'a pas trop le choix* » (AS7-V386). Cette forme de résignation est également évoquée par le Responsable des Ressources Humaines ainsi que par le médecin : « *quand on gère de l'humain, on n'est pas souvent reconnu à sa juste valeur [...] c'est comme ça* » (RH1-V542), « *ce sont des changements qui ne sont pas forcément toujours positifs pour l'hôpital [...] on s'adapte et on essaye chaque jour de faire au mieux pour nos patients* » (MEDI-V632).

3/ Stratégies défensives

Cette forme de stratégie défensive a été évoquée par 5 AS sur 9, ce qui représente un total de 9 verbatims. Nous pouvons les classer de la manière suivante :

- **Se sentir impuissant :** « *c'est des combats vides, car on n'est pas soutenus* » (AS3-V98) ;
- **Entretenir un discours négatif :** « *on ressort toujours plus facilement ce qui ne va pas de ce qui marche bien* » (AS9-V604). Un membre de l'encadrement de proximité précise même que « *le métier d'Assistant de Service Social n'est plus un métier [...] qui fait rêver* » (C2-V185) ;
- **L'absence de positionnement :** « *on ne sait pas suffisamment se mettre en avant. On se met plus en moins qu'en plus* » (AS9-V603). Mais ce constat pousse AS9 à une réaction offensive : « *pourquoi on ne valorise pas plus ce que l'on fait ! On ramène quand même un plus à l'hosto quoi* » (AS9-V605). Cette absence de positionnement conduit un cadre de proximité à réagir : « *je me plais à dire à mon équipe qu'elles ne sont pas des clones de mère Teresa et de l'Abbé Pierre, parce qu'il y a quelque chose qui est profondément ancré dans le métier d'Assistant Social, qui est un peu de l'ordre de dame patronnesse* » (C3-V456).

4/ Stratégies d'évitement

L'évitement ressort finalement très peu dans les échanges. Seuls 4 verbatims ont été extraits chez 3 AS, pour :

- **Evoquer l'informatisation des dossiers :** « *C'est un temps en moins pour les patients. C'est un temps social que j'ai du mal à donner à la machine* » (AS9-V600) ;
- **Eviter les problèmes :** « *on est là pour les patients, on n'est pas là que pour les collègues* » (AS2-V51).

2.2.3- Les besoins de reconnaissance

2.2.3.1- *La perception du métier*

La question de la perception du métier fut posée selon plusieurs points de vue.

Du côté du patient, fenêtre de la société

6 Assistants de Service Social sur les 9 interrogés considèrent que les patients ont une perception négative de leur métier. Parfois, cette perception sera liée à une mauvaise représentation des missions : « *ils ont l'idée que l'Assistante Sociale distribue de l'argent* » (AS2-V44), « *Ben finalement, si elle ne peut pas faire aboutir, si elle n'a pas ses entrées, à quoi elle va me servir ?* » (AS1, V11).

Du côté de la hiérarchie

Une autre difficulté perçue par les Assistants de Service Social réside dans la demande de plus en plus prégnante de leur hiérarchie d'obtenir des résultats identifiables et quantifiables, car « *c'est plus facile d'attendre un résultat plutôt que des moyens* » (AS2-V2). Parmi ces attentes, nous retrouvons en premier lieu la préparation de la sortie : « *on nous attend sur la sortie. On doit préparer la sortie du patient avant tout* » (AS4-V228). Cette pression relative à la préparation de la sortie a été évoquée par l'ensemble des Assistants de Service Social interrogés avec plus ou moins d'impact selon les personnes.

Pourtant, cette demande insistante omet la spécificité du travail social : il s'agit de « *travailleurs de l'ombre, notre travail n'est pas directement visible, les résultats ne sont pas toujours directement perceptibles* » (AS8-V445). Ceci peut conduire au constat que « *l'Assistante Sociale est invisible* » dans une structure (AS3-V64).

Les axes d'amélioration

Afin d'améliorer la perception du métier, certains ont pu formuler des pistes de recommandations, comme la nécessité de bien communiquer « *il faudrait des présentations régulières du service, au même titre que des informations collectives, au même titre que des supports à remettre tels que des flyers* » (AS2-V62).

Dans la situation de l'IURC, la présence des Assistants de Service Social des hôpitaux de jour est particulièrement demandée lors des temps de synthèse, puisque en cas d'absence « *c'est tout de même dommageable, c'est tout de même le moment où l'on doit être tous là pour parler des patients, pour échanger, c'est central* » (MED1-V656).

2.2.3.2- Les liens avec la hiérarchie

Il est nécessaire de distinguer le rapport hiérarchique qu'ont les Assistants de Service Social avec le manager de proximité de celui entretenu avec la direction de l'établissement.

Le cadre de proximité

Que ce soit en milieu hospitalier ou en établissement de soins de suite et de réadaptation, la présence d'un responsable de service provenant du métier est un élément unanimement salué : « *ce qui est vraiment important est qu'il vienne du terrain, qu'il soit initialement un Assistant de Service Social, pour connaître notre métier* » (AS8-V443).

Sa place et sa fonction sont identifiées comme essentielles en tant que **leader** : « *c'est la locomotive, c'est le conducteur du TGV !* » (AS8-V442) ; **porte-parole** : « *on attend une écoute, une interface avec la direction, on attend d'être soutenue* » (AS4-V234) ; **facilitateur** : « *j'attends du cadre qu'il fasse le lien avec les partenaires et qu'il donne une dynamique à l'équipe* » (AS2-V60) ; **défenseur** : « *rendre visible notre travail* » et « *faire*

vivre le service social » (AS1-V32 et V31) ; **soutien** : « ce qui m'a aussi tenue dans cet hôpital, ce qui a fait que je suis restée toutes ces années, c'est bien les différents responsables qui sont passés chez nous » (AS9-V611) et **animateur** : « c'est le rôle du manager d'assurer ces temps de supervision » (AS7-V374).

Ces mêmes cadres de proximité complètent en ajoutant le rôle de **communicant** : « je parle du service social partout où je suis » (C2-V191) ; de **médiateur** : « prendre du recul face à certaines situations pour avoir une distanciation analytique » (C3-V474) et pour le service des Ressources Humaine de **responsable** : « aujourd'hui, c'est vrai, tout repose sur le manager de proximité » (RH1-V533).

A l'IURC, la longue période d'absence d'un responsable de service a été mal vécue : « lorsque je suis arrivée, on avait un référent du service social qui connaissait notre métier, qui connaissait nos missions et qui faisait l'interface [...] aujourd'hui cette interface, on ne l'a plus » (AS5-V252). A l'inverse, sa présence est rassurante : « nos N+1 nous connaissent, apprécient notre travail, sont conscients de ce que cela implique et puis tout simplement ils savent ce que l'on fait » (AS4-V219).

La direction de l'établissement

Du côté de la direction de l'établissement, le lien est majoritairement perçu comme peu présent puisque 5 Assistants de Service Social sur 9 l'ont spontanément exprimé. Toutefois, il est surprenant de constater qu'il ne s'agit pas d'un réel besoin, « nous sommes identifiés [...] mais j'ai envie de dire que je n'en ai pas besoin, je fais mon travail en toute autonomie » (AS8-V440), contrairement au besoin d'un responsable de service, « avoir un coordinateur reste important, il fait tout de même tampon » (AS7-V372).

Néanmoins, le besoin de mettre en lumière l'activité auprès de la direction reste important, « il fut un temps où on faisait un rapport d'activité pour la direction. On leur faisait alors état de l'activité de l'année écoulée » (AS9-V590) (verbatim similaire pour l'AS7 sur la V383) et renvoie au besoin de reconnaissance par l'effort selon le modèle de Brun. Cette démarche est alors reconnue comme valorisante puisqu'elle permet de mettre en lumière le travail du service social et sa plus-value dans l'accompagnement des patients et des familles.

Pourtant, ce lien s'est détérioré dans certains établissements comme l'IURC, « *je trouve que les choses se sont fortement dégradées* » (AS5-V251), « *les interlocuteurs que j'ai en face de moi se relancent la balle et ne m'apportent pas de réponse* » (AS5-V284), « *ils doivent se dire que tant que ça fonctionne comme ça ben on continue comme ça* » (MED1-V662). Mais ce lien reste facteur personne dépendante « *quand ça fonctionne c'est génial, et quand ça ne fonctionne pas c'est difficile. C'est aussi simple que ça, et j'ai vécu les deux* » (C2-V167).

Certains Assistants de Service Social restent nostalgiques d'un temps révolu : « *à l'époque on pouvait échanger avec elle [la direction] sur des patients, ils les connaissaient ! Maintenant, ils sont éloignés, [...] ils n'ont plus le même profil. Nous sommes sur des personnes qui ne viennent plus forcément du terrain* » (AS6-V316).

Le service des Ressources Humaines

En ce qui concerne les ressources humaines, le constat fait à l'IURC est qu'ils sont peu sollicités, « *depuis que je suis en poste je n'ai pas eu l'occasion de recevoir une Assistante Sociale et je pense que mes prédécesseurs n'en ont pas eu non plus l'occasion [...] elles sont assez discrètes et font leur travail sans trop nous solliciter* » (RH1-V527). Ceci pourrait s'expliquer par l'absence d'un intérêt direct, « *nous sommes connues par la direction mais ça ne s'est jamais traduit par plus de moyens* » (AS6-V314).

2.2.3.3- Le collectif de travail

A la lecture des entretiens, nous remarquons l'importance accordée par ces professionnels à la reconnaissance par les pairs. Ces échanges permettent de prendre du recul sur la pratique professionnelle : « *confronter nos avis, c'est enrichissant. C'est ce qui m'intéresse dans le domaine médical et en plus on touche à tous les sujets, c'est très large* » (AS1-V4), « *on a besoin de se sentir collectivement soutenues* » (AS4-V237). La pluridisciplinarité offerte par le secteur sanitaire en hospitalier ou en Soins de Suite et de Réadaptation apparaît comme une véritable richesse, source de motivation et de valorisation.

Un Assistant de Service Social des HUS a évoqué une source de reconnaissance externe à l'hôpital : « *ce qui me nourrit aussi c'est que j'interviens [...] en tant qu'enseignant vacataire à l'Ecole Supérieure Européenne de l'Intervention Sociale à Strasbourg (ESEIS), ça me permet [...] de transmettre un savoir* », ce travail est alors pour lui essentiel puisque « *je me retrouve entre pairs, parce qu'à l'hôpital on peut rapidement se retrouver isolé* » (AS8-V430 et V431).

La place de l'AS dans les services de soins

Dans les services de soins, l'intégration de l'Assistant de Service Social est unanimement reconnue : « *On est vraiment intégrés dans les équipes, c'est vraiment une bonne chose* » (AS1-V3). Cette intégration ne diffère finalement pas des autres professionnels : « *je trouve que l'on est bien intégrés au sein de l'équipe au même titre que d'autres* » (AS2-V52). Elle nécessite du temps afin de pouvoir nouer une relation de confiance : « *l'AS va faire sa place petit à petit* » (C2-V162) et de valoriser son expertise : « *les équipes me laissent une place... on me connaît [...] on attend mon avis. Ce sentiment d'appartenance est fort* » (AS8-V416). Cette reconnaissance émane également du « *prescripteur* », c'est-à-dire du médecin, qui reconnaît qu'« *elles sont indispensables, elles font partie du service* » (MED1-V640).

Mais pour cela, il faut « *faire sa place* » et « *lorsqu'il faut dire non je dis non* » (AS9-V573). Pour que cette intégration se passe bien, la participation aux temps de synthèse est un élément identifié comme crucial : « *j'assiste régulièrement aux réunions de synthèse et je pense que grâce à ça ils nous connaissent bien et n'hésitent pas à nous poser des questions* » (AS5-V255).

La place de l'AS dans un service social

Si cette intégration dans les services de soins est forte, on ne peut pas toujours en dire autant au sein du service social, notamment à l'IURC.

Si les réunions d'équipe sont jugées nécessaires : « *on a des réunions entre nous tous les mois [...] ça nous permet de déposer les choses que l'on rencontre au quotidien, de faire part de*

nos émotions » (AS1-V37), « le service est vraiment organisé comme un service à part entière » (C2-V143), « on échange sur les pratiques, sur les difficultés que l'on peut rencontrer, sur les aspects tout à fait pratiques » (AS4-V217) ; elles peuvent paraître parfois inutiles : « on parle de... banalités » (AS6-V311) ; voire insuffisantes : « mes autres collègues sur Strasbourg, je les vois très peu, que lors de ces temps de réunion. Et on va finalement plus parler de temps de congés et des choses comme ça. Donc je ne me sens pas « proche » d'elles » (AS5-V280). Cette situation peut s'avérer néfaste, puisqu'elle délite le collectif de travail et réduit le sentiment d'appartenance « j'ai plutôt tendance à dire que je suis plutôt l'Assistante Sociale de telle ou de telle UF que du service social du Clemenceau. Ce qui est un peu dommageable » (AS5-V275).

A l'IURC, cette situation semble s'être dégradée « il y a 20 ans je me sentais vraiment appartenir à un service social et aujourd'hui je ne le ressens plus du tout » (AS6-V307).

Aux HUS, nous retrouvons bien cette double appartenance, « les AS trouvent un intérêt à appartenir à un service social identifié mais avec une double appartenance avec les équipes avec lesquelles ils travaillent au quotidien » (C2-V153). Elle peut s'avérer déstabilisante, comme pour cette AS de l'IURC dont le temps de travail est partagé entre le sanitaire et le médico-social, « je suis un peu sur un drôle d'entre-deux bizarre. Ce qui fait que j'ai un peu une double hiérarchie on va dire » (AS4-V203).

Si le manque de lien persiste entre les Assistants de Service Social, notamment à l'IURC, « on a perdu ce lien et chacune fait dans son coin » (AS5-V282), il n'en demeure pas moins que l'entraide existe toujours, « on se soutient, on se conseille, on est dans l'écoute, la bienveillance » (AS1-V38). Cette situation d'entraide semble plus marquée aux HUS avec des retours plus appuyés. La structuration du service semble expliquer cette différence : « nous sommes tous plus au moins spécialisés dans un domaine. On peut demander l'avis des uns des autres en fonction de leur expertise » (AS8-V435).

A l'IURC, l'absence d'outils collaboratifs et la suppression du poste de secrétaire impactent fortement l'équipe : « on n'a pas de dossier commun ni d'outils en commun, mais il y a eu. Notamment à l'époque où nous avions une secrétaire. C'était finalement elle qui centralisait tout ça » (AS5-V281). Malgré un dimensionnement différent, les HUS ont su conserver « des

moments off, des pauses-café, de petits moments conviviaux organisés ou non, qui sont des moments importants de régulation des équipes » (C2-V151).

A l'IURC une carence dans le travail partenarial est manifeste : *« nous ne sommes pas suffisamment identifiées à l'extérieur et pourtant on en aurait bien besoin » (AS5-V278), « travailler avec les partenaires. On ne travaille pas suffisamment avec eux. Ça manque énormément » (AS6-V313).* Cette difficulté pourrait pourtant être comblée par un travail collaboratif plus fort au sein de l'équipe en faisant valoir leur véritable pouvoir d'agir.

2.2.3.4- Les sources de motivation et les facteurs de reconnaissance

Les sources de motivation

La principale source de motivation pour la majorité des Assistants de Service Social interrogés (6 sur 9) reste *« indiscutablement le service rendu aux patients et à leurs familles » (C2-V183)* avec *« le sentiment de leur apporter quelque chose » (AS8-V419).*

Vient ensuite l'autonomie dans le travail. Elle revient sur l'ensemble des entretiens menés : *« c'est vraiment un aspect positif de notre travail, on est parfaitement autonome pour gérer notre emploi du temps. » (AS1-V27) ; « les Assistants de Service Social sont à mon sens aujourd'hui dans les services de soins la seule profession qui n'intervient pas sous prescription médicale » (C2-V147) ; « je me sens libre de faire ce que je dois faire, d'évaluer une situation, de prendre les décisions qui sont à prendre, ... oui je me sens libre » (AS4-V223) ; « c'est ça la plus-value dans ce secteur, on accepte de faire des pas de côté » (AS5-V267).* Toutefois, il est rappelé que l'*« autonomie de travail est à double tranchant » (AS7-V370),* car *« si on fait une connerie on doit l'assumer » (AS7-V371).*

Puis arrive la diversité et la richesse des savoirs à acquérir : *« on apprend tous les jours sur les pathologies, sur le travail des uns et des autres » (AS4-V207).* Lors des synthèses patients, *« on sort de là avec un savoir » (AS7-V355)* car *« le médecin en profite pour expliquer,*

donner des informations sur le geste chirurgical qui a été fait, sur les pathologies, [...] c'est hyper riche, hyper intéressant et hyper motivant » (AS7-V354).

Enfin, arrive la question de la rémunération, puisque *« si elle n'est pas la seule source de reconnaissance ou de valorisation, elle reste pourtant incontournable. On peut aimer notre travail, à la fin on regarde tout de même notre fiche de paie » (AS8-V447)*. Toutefois, elle ressort finalement très peu des entretiens avec les Assistants de Service Social, elle fut pourtant très présente dans les échanges avec le Responsable des Ressources Humaines : *« dans ce qui va faire qu'une personne reste, on retrouve la rémunération comme premier facteur, puis vient l'ambiance de travail et ensuite les autres formes de reconnaissance » (RH1-V543)*. Selon lui, la rémunération serait un des seuls leviers à sa disposition.

Les facteurs de reconnaissance

Parmi les facteurs de reconnaissance, nous retrouvons le développement de l'expertise technique basé sur l'apprentissage par l'expérience et l'impact qu'elle a sur le regard des autres professionnels : *« lorsqu'on en est arrivé là [avec l'expérience] c'est assez extraordinaire. Vous êtes beaucoup plus entendu et beaucoup plus compris car vous avez contribué à construire un langage commun compréhensible » (AS8-V412)*. La reconnaissance de cette expertise a permis d'ouvrir des *« droits aux dossiers patients, je peux donc aller voir des éléments médicaux pour avoir un complément d'informations » (AS9-V586)*. Un Assistant de Service Social des HUS évoque même la reconnaissance de son expertise par le médecin d'un service qui n'hésite plus à venir directement le voir dans son bureau pour faire des points sur certaines situations complexes. Cet acte symbolique n'est pourtant pas anecdotique.

Le soutien de la direction dans la gestion de certaines situations difficiles apparaît également comme un élément essentiel : *« je me suis sentie soutenue sur ce dossier, car la direction a appuyé ma position [...] c'est précieux » (AS1-V23)*.

Pour certains Assistants de Service Social à l'hôpital, avec le temps et l'expérience, la mission de service public prend tout son sens : *« je me rends compte que je me sens investi d'une mission, que je ressens une certaine fierté à travailler à l'hôpital public » (AS8-V425)*, à tel

point qu'ils ne se voient pas « *demain faire le même travail dans une clinique privée* » (AS8-V423). Ce sentiment est renforcé lors d'événements mettant l'hôpital public sous tension, comme lors des attentats du Marché de Noël de Strasbourg en décembre 2018, ou encore plus récemment lors de la crise sanitaire de la COVID-19 à partir de mars 2020. Nous aborderons plus précisément cet aspect dans le prochain chapitre.

Il est enfin intéressant de noter que, pour certains Assistants de Service Social, l'objet même de cette étude est valorisant : « *je tiens à vous remercier de faire votre mémoire sur ce sujet. De vous intéresser à notre métier. J'ai l'impression qu'on est parfois un peu oubliés alors ça fait plaisir de voir que des études sont menées sur nous* » (AS8-V444). Elle permet de prendre de la distance sur son travail : « *c'est drôle parce qu'avec cet exercice je me dis... ben en fait qu'est-ce que j'aime ce métier !* » (AS4-V241).

2.2.4- Phénomènes dynamiques de la reconnaissance

2.2.4.1- *Evolution liée à la perception de la société*

L'évolution de la société conduit à observer des comportements de plus en plus surprenants et déstabilisants chez certains patients et/ou familles, « *nous avons aussi des patients qui se comportent de plus en plus comme des consommateurs, c'est-à-dire qu'ils sont là pour consommer du soin* » (C3-V457). Et cette consommation du soin entraîne une consommation du social : « *j'ai le droit à...* » (C3-V458).

L'un des cadres de service social rappelle certaines représentations tronquées du métier : « *les gens ne comprennent pas forcément qu'il s'agit d'un véritable métier qui nécessite des savoirs être et des savoirs faire indéniables. Mais la représentation du travailleur social est que finalement tout le monde peut le faire* » (C3-V463). De plus, il considère que « *les Assistantes Sociales sont celles qui sont les plus en prise avec la dure réalité de notre société [...] elles sont confrontées aux maux de la société* » (C3-V501).

2.2.4.2- Evolution liée à l'expérience professionnelle

Les besoins de reconnaissance et de valorisation semblent évoluer avec le temps et l'expérience des professionnels. Ceci peut s'expliquer par une évolution concomitante de la nature de la motivation, passant d'une motivation purement autodéterminée centrée sur l'engagement, à une motivation de plus en plus non-autodéterminée prenant en compte les conditions imposées par l'environnement. Ce constat semble se retrouver sur le terrain des HUS : *« les deux à trois premières années on est vraiment sur la dynamique positive après l'obtention de son DE [...] La première année on découvre, on se forme. La seconde année on découvre que la relation d'aide dans un service de soins ce n'est pas la même chose que dans un bureau. La troisième année on se forge une posture professionnelle. La question de la reconnaissance et de la valorisation se pose dans le parcours à 5 ans ou 7 ans d'ancienneté »* (C2-V175). Cette analyse est confirmée par les deux Assistants de Service Social des HUS qui ont une grande ancienneté dans le métier.

2.2.4.3- Evolution durant la COVID-19

La place du professionnel durant la COVID-19

Les Assistants de Service Social ont pu développer des initiatives innovantes au service des patients atteints de la COVID-19 ou auprès de ceux restés en soin durant cette période : *« nous avons été contraints de revoir nos façons de travailler afin d'être plus efficaces »* (AS6-V329). Pour l'IURC, il a été mis *« en place le télétravail à raison de deux à trois jours par semaine »* (C3-V496) avec des entretiens à distance. Sur les temps sur site, ils ont *« participé au soutien psychologique auprès des patients, car il faut savoir que [les patients] étaient limite incarcérés, on était devenu un bunker »* (C3-V498).

Pour réduire le risque d'isolement des patients, certains Assistants de Service Social ont été à l'origine d'initiatives originales, s'affranchissant parfois de certaines règles en vigueur. Un exemple aux HUS : *« j'avais pris mon téléphone portable pour appeler en visio certaines familles avec les patients pour qu'ils puissent se voir et échanger. On s'autorisait des choses qu'on ne faisait pas »* (AS9-V597), un autre exemple à l'IURC où une professionnelle avait pris pour habitude d'apporter aux patients des dessins et des lettres de soutien réalisés par des

enfants, « *les patients avaient aussi besoin d'autre chose [...] je me suis demandée ce que je pouvais apporter de plus pour les soutenir dans cette période difficile. Alors après j'ai fait des choses hors-cadre* » (AS5-V286).

Les signes de reconnaissance durant la COVID-19

Malgré une « *période angoissante pour tout le monde* » (AS4-V226), cette crise sanitaire de la COVID-19 a « *renforcé le sentiment d'appartenance au corps hospitalier* » chez certains professionnels des HUS : « *il y a eu une certaine fierté à travailler pour l'hôpital par rapport aux autres AS de l'extérieur qui elles étaient en télétravail* » (C2-V188). Les regards ont pu changer : « *avec la COVID, soudain, on n'était plus perçus comme des Assistants de Service Social mais comme des agents hospitaliers. Je faisais partie du corps hospitalier* » (AS8-V426), « *même les Assistants de Service Social sont restés sur le pont et étaient là* » (C2-V187). Par ces différents verbatims, on ressent une grande fierté, un fort sentiment d'appartenance au corps hospitalier.

Tous soulignent un élan de solidarité : « *c'était une période difficile mais qui a créé des liens différents entre nous. J'avais besoin de montrer que, moi Assistante Sociale, j'étais en soutien avec les collègues soignants [...], qu'ils n'étaient pas seuls* » (AS5-V288), « *tout devenait possible, tout le monde voulait aider son collègue* » (AS9-V594) cette solidarité fut alors « *très valorisante et très gratifiante* » (AS5-V287).

Cet épisode douloureux a révélé des ressources cachées à l'hôpital : « *on a eu des Supermen et des Wonderwomen* » (RH1-V559). Depuis, le cadre de proximité du service social de l'IURC a repéré un changement notable : « *elles sont plus dans une posture professionnelle, elles se positionnent plus facilement, elles se questionnent plus* » (C3-V500).

Aux HUS, le cadre du service social évoque le geste réalisé par deux restaurateurs qui ont apporté des repas spécifiquement pour son service, un signe de reconnaissance unanimement salué et qui a profondément touché les Assistants de Service Social.

Néanmoins pour la majorité des Assistants de Service Social de l'IURC « *ça n'a rien changé* » (AS1-V34), il n'y a pas depuis de « *regard différent* » (AS4-V225), même si la revalorisation salariale dans le cadre du SEGUR de la santé est perçue comme « *une reconnaissance [...], cela ne changera pas le regard porté sur les Assistantes Sociales* » (AS2-V54).

2.3- Discussion et recommandations

2.3.1- Discussion

Notre hypothèse initiale avait pour thématique centrale la place accordée à un environnement capacitant sur le sentiment de reconnaissance : « *Un environnement capacitant favorise le sentiment de reconnaissance chez les Assistants de Service Social* ». Dans cette partie, nous allons voir si nos résultats tendent à confirmer ou non ce postulat tout en faisant le lien avec notre problématique : « *Quelles sont les dynamiques en jeu dans le processus de reconnaissance du travail social dans le secteur sanitaire ?* »

Définir le potentiel capacitant des environnements étudiés

Comme nous avons pu le préciser dans la première partie de ce mémoire, un environnement de travail devient capacitant lorsqu'il offre la possibilité de développer de nouvelles compétences. Au-delà de la facilité d'accès à des formations, la question qui se pose ici est avant tout de savoir si l'environnement de travail est suffisamment apprenant et facilite le développement professionnel et l'autonomie.

Le secteur de la santé peut alors apparaître comme un environnement apprenant. Le travail en pluridisciplinarité, la possibilité de changer de service, l'autonomie dans le travail social sont des facteurs unanimement soulignés lors des entretiens. Toutefois, cet équilibre reste fragile.

A l'IURC, la suppression d'un temps de secrétariat, l'absence d'un responsable de service durant plusieurs années, l'augmentation des prises en charge en hôpital de jour au détriment des temps de synthèse, sont autant d'éléments qui ont pu dégrader le niveau capacitant de cet environnement. Contrairement à la situation aux HUS, ce service semble être en difficulté et en pleine phase de reconstruction. Un espace de débat est à retrouver.

Aux HUS, l'espacement géographique et le dimensionnement de l'équipe à plus de cinquante professionnels pourraient être un frein au potentiel capacitant. Toutefois, cet élément semble compensé par une continuité dans la coordination du service, la mise en place de sous-groupes thématiques et l'entraide entre les anciens et les plus jeunes professionnels.

En reprenant le modèle de l'autonomie de l'ANACT, nous pouvons considérer que sur les deux terrains d'intervention, les Assistants de Service Social sont autonomes dans l'élaboration de leurs tâches. Comparativement à d'autres professionnels du secteur de la santé, les Assistants de Service Social présentent un bon niveau d'autonomie par l'imprescriptibilité de l'acte. Le contenu d'un accompagnement social ne peut pas être dicté comme peut l'être la prise d'un traitement médicamenteux ou le strict suivi d'un protocole de prise en charge kinésithérapique. Cet espace de liberté confère une latitude décisionnelle importante et confortable. Cette autonomie est néanmoins altérée à l'IURC par l'absence de coopération au sein du service social. Enfin, sur les deux terrains, l'autonomie dans les orientations stratégiques est totalement absente sans pour autant être gênante, puisque ce rôle est unanimement attribué au cadre de proximité sous réserve que ce dernier soit du métier. Il s'agit là d'une forme de délégation de l'autonomie de travail basée sur la confiance.

Malgré la richesse de tels environnements, l'absence de perspectives d'évolution sur les deux terrains étudiés est un réel frein au développement organisationnel et aux leviers (ou signes) de reconnaissances. Cet aspect démontre que si un environnement capacitant favorise bien le sentiment de reconnaissance, il ne semble pour autant pas suffisant à long terme.

En complément à ce constat, il est intéressant de soulever la perception très marquée d'une hiérarchisation des métiers dans les soins par les Assistants de Service Social que ce soit à l'IURC ou aux HUS. Cet aspect est fortement ressorti des échanges et fut renforcé par la notion de « *deux mondes qui doivent cohabiter* ». Trouver un « *langage commun* » semble nécessaire car le point de vue sur le patient ne semble pas le même et l'approche diffère dans le but recherché. De plus, les facteurs sociaux peuvent apparaître comme des éléments entravant la sortie de certains patients : l'AS1 parle dans son entretien de « *patients bed-*

blockers », mettant une pression supplémentaire et véhiculant une image négative de l'accompagnement social.

En *off*, l'Assistante de Service Social de l'hôpital de jour de l'IURC interrogée exposait un exemple de difficulté rencontrée dans la programmation de rendez-vous. Le système de planification ayant privilégié les soins techniques, il laissait finalement peu de place à l'accompagnement social. Cette situation, somme toute anecdotique, accentue le sentiment que l'accompagnement social est secondaire, et que les soins techniques restent privilégiés. Cet exemple démontre que l'autonomie de l'Assistant de Service Social peut aussi se retrouver impactée sur le versant de la tâche, situation qui renforce le sentiment de manque de reconnaissance. Paradoxalement, cette contrainte avait pu être supprimée temporairement lors du premier confinement en mars/avril 2020 durant la crise pandémique de la COVID-19 avec la suspension des plages horaires. Cette organisation perturbée avait alors offert une plus grande latitude décisionnelle à l'Assistant de Service Social de l'IURC.

Si la place des Assistants de Service Social dans les services ne semble plus à faire, le positionnement professionnel semble quant à lui demander du temps. Pour autant, il est surprenant de constater que les Assistants de Service Social peuvent parfois inconsciemment se positionner comme des « *intrus* » dans le secteur sanitaire par le développement de certaines stratégies identitaires. L'évitement, la défensive ou encore la normalisation de sa pratique peuvent conduire à une perte de sens et à la difficulté d'identification de sa réelle plus-value. Ainsi, en se référant au modèle de Falzon, si la transposition du savoir-faire au pouvoir-faire (capacités aux capabilités) ne semble pas poser de difficulté, le passage du pouvoir-faire au pouvoir d'agir (capabilités à l'action) semble bien plus complexe à mettre en œuvre.

Enfin, il est frappant de constater un certain « *effet miroir* » entre les besoins de reconnaissance des Assistants de Service Social et le public accompagné. En effet, tous deux sont en quête de plus d'autonomie et de développement de nouveaux apprentissages afin de retrouver un certain équilibre. Donner de l'autonomie, c'est avoir de la maîtrise sur sa propre existence.

Cartographier les besoins de reconnaissance

Partant du constat fait par un des responsables de service social que « *le métier d'Assistant de Service Social n'est plus un métier [...] qui fait rêver* » (C2-V185), nous pouvons considérer que le potentiel de motivation de ce dernier est altéré. Pour certains Assistants de Service Social interrogés, c'est la place de ce métier dans le secteur des soins qui confère le caractère motivant, de par la promesse donnée. L'accompagnement du patient et des familles demeure la principale source de motivation intrinsèque de ces professionnels. La réalisation de cette mission, malgré les nombreuses contraintes environnementales, démontre l'existence de motivations non-autodéterminées puissantes. Toutefois, l'écart constaté entre les résultats espérés par les patients et les familles et ceux réellement obtenus dans le temps imparti est source de frustration. Celle-ci peut profondément altérer le sentiment de reconnaissance, laissant apparaître un « *sentiment d'inutilité et d'impuissance* » chez certains professionnels (comme évoqué par AS1).

Il est intéressant de noter que les Assistants de Service Social, que ce soit sur le terrain des HUS ou de l'IURC, sont d'avantage dans une recherche de reconnaissance de la pratique professionnelle et de l'investissement dans le travail. Ainsi, en se référant au modèle de Brun, cette profession est plus sensible à la reconnaissance passant par le processus de travail que par la quête d'un résultat, étant donné le caractère intangible de ce dernier. L'évocation dans plusieurs entretiens d'une « *obligation de moyens et non de résultat* » appuie ce constat et démontre que cette profession ne souffre pas tant d'un manque de résultat que de l'absence de compréhension de son caractère immatériel. Nous soulevons là un malentendu avec les membres de la gouvernance des établissements. Les uns sont conscients de la nature intangible du fruit de leur travail et vont privilégier une reconnaissance dans le processus d'accompagnement, les autres seront sensibles aux résultats objectivables dictés par des logiques financières. Cette situation peut être très nuisible, notamment lorsque les Assistants de Service Social peinent à se reconnaître lorsque la demande de résultat n'est pas défendable à leurs yeux. Etre perçu comme des « *videurs de lit* » n'est pas tolérable pour eux, cette vision entre en conflit avec leurs valeurs et ainsi leur action perd tout son sens. Il devient difficile de s'engager pleinement lorsque la notion du « *travail bien fait* » devient superflue ou méprisée.

De plus, ces professionnels semblent plus en quête de reconnaissance entre pairs (entre Assistants de Service Social et/ou avec les autres professionnels médicaux et paramédicaux),

au niveau externe (pour répondre aux attentes des patients et des familles) et au niveau social (perception de leur métier par la société). Ils semblent peu, voire pas, sensibles à une reconnaissance verticale, hormis celle du cadre de proximité. Si ce besoin de reconnaissance est manifeste, les attentes sont nombreuses. La place du manager est alors centrale et reste un élément pivot dans le soutien des équipes et la réponse aux multiples besoins de reconnaissance.

Enfin, un collectif de travail solidaire et soutenant apparaît également comme un besoin de reconnaissance. Pour les Assistants de Service Social, ce collectif apparaît à deux niveaux : un service social fort et identifié où chaque professionnel puisse avoir une place, et être reconnu dans les services de soin.

Les dynamiques de la reconnaissance

Nous avons vu dans cette étude que les besoins de reconnaissance évoluent avec l'expérience. Si la nature capacitante de l'environnement de travail semble suffire pour répondre à l'essentiel des besoins en début de carrière, elle devient vite insuffisante avec le temps. Les contraintes spécifiques liées au secteur d'activité sont intégrées, tout comme les effets liés aux diverses évolutions. L'Assistant de Service Social aura alors tendance à requestionner ses besoins de reconnaissance pour privilégier tout signe provenant du terrain, de l'opérationnel. Obtenir un « *merci* » émanant d'une famille, d'un patient ou des proches collègues aura bien plus d'impact qu'un signe provenant de la direction de l'établissement. Ce détachement progressif et volontaire de la bureaucratie change le regard porté par le professionnel sur sa propre place. Par ce mécanisme, visible dans le **Livret II – Annexe 9**, il cherche à se recentrer pour redonner un sens à son travail. Le N+1 conserve toutefois une place centrale, restant sensible à toute forme de reconnaissance de sa part. Malgré cela, la lassitude peut s'installer, les conflits de valeurs augmenter, le professionnel adapte alors ses attentes jusqu'à parfois atteindre un point de rupture qui pourrait conduire à un désir de changement de secteur ou même de métier.

Il est intéressant de constater que la crise sanitaire de la COVID-19 a répondu à certains besoins de reconnaissance jusqu'alors non satisfaits. Le renforcement du sentiment d'appartenance à un collectif fut manifeste aux HUS. Les Assistants de Service Social des

HUS ont exprimé un changement de regard perceptible de la société, non pas par rapport à leur métier, mais en ce qui concerne le corps hospitalier dans son ensemble. Soudain, ils ont pris pleinement conscience de leur appartenance à ce corps.

Certaines contraintes du quotidien ont disparu, autorisant quelques pas de côté. Le travail relationnel avec les patients fut différent et le sentiment d'utilité en est ressorti renforcé. Ils ont repris en main le contrôle sur leurs tâches en privilégiant une réponse adaptée aux attentes et besoins des patients et non à une réponse exclusivement adaptée aux attentes institutionnelles (diminution de la DMS, préparation des sorties, etc.). Lors de cette crise, le maintien du lien social était devenu prioritaire à leurs yeux, faisant d'eux un ultime rempart.

Ainsi, nous pouvons dire que l'environnement de travail lors de cette crise est devenu plus capacitant encore pour ces professionnels car il a laissé place à l'innovation, au développement de nouveaux apprentissages et à encore plus d'autonomie dans le travail. Ce changement est visible dans le **Livret II – Annexe 8**.

Durant cette période de crise, il fut intéressant de constater la capacité d'adaptation de l'Assistant de Service Social, confirmant l'affirmation de Nicole Questiaux, ancienne Ministre française de la Solidarité, « *la capacité à évoluer est une des conditions de la légitimité du travail social* ». Cette crise a eu pour conséquence d'exacerber les inégalités sociales et de santé. Ces éléments démontrent la place centrale qu'occupe le travailleur social dans le secteur de la santé, tirant des enseignements sur les évolutions possibles de ce métier.

Enfin, cette période a révélé un renforcement de la posture professionnelle chez ceux qui se trouvaient encore dans l'hésitation et l'incertitude. Ce pouvoir est détenu par chacun et se révèle avec le temps et l'expérience, ou encore comme ici lors de la survenue d'événements exceptionnels de crise.

Cette période démontre que faciliter un environnement capacitant entraîne une meilleure reconnaissance au travail. Tout comme l'environnement, la cartographie des besoins peut être mouvante, ce qui nécessite des adaptations quotidiennes.

Comme nous avons pu l'observer, l'autonomie et le potentiel apprenant de l'environnement sont des éléments centraux dans la reconnaissance au travail et ne doivent pas être minimisés

par l'équipe d'encadrement. Nous nous sommes cependant rendu compte que cette condition seule est insuffisante et notre travail a permis d'identifier d'autres prérequis tout aussi importants. Ceci nous amène à définir des recommandations managériales dans le but d'améliorer le sentiment de reconnaissance des Assistants de Service Social.

2.3.2- Recommandations managériales

Ce travail de mémoire a pour ambition d'apporter quelques éléments de réflexion et de compréhension sur la nature des attentes de reconnaissance des Assistants de Service Social dans le secteur sanitaire. Bien identifier les besoins de reconnaissance spécifiques à ce secteur, les évolutions possibles dans le temps, est un prérequis indispensable. C'est à partir de ces éléments que peuvent être définies quelques préconisations managériales qu'il conviendra certainement d'élargir et de renforcer dans le cadre d'une seconde étude centrée sur les signes de reconnaissances.

Cette étude complémentaire semble effectivement indispensable puisque la difficulté réside dans le fait que chaque individu interprète différemment les signes de reconnaissance qui lui sont adressés. Ces impacts vont être décodés, analysés à travers son propre prisme forgé par des éléments internes. En 2013, Robert Diez et Pierre Carton comparaient ce phénomène à l'effet d'un prisme utilisé en optique. Si la lumière est identique à l'entrée du prisme optique, sa diffraction sera différente selon les caractéristiques internes du prisme, avec notamment l'indice de réfraction et la courbure de ce dernier.

A l'IURC, la reconstruction du service social en tant que groupe d'appartenance ayant une identité culturelle et partageant des valeurs communes est à conduire. Il s'agit de redonner une dynamique de groupe en favorisant les échanges afin d'intérioriser des normes et des valeurs fortes à porter. De plus, il serait pertinent d'intégrer les Assistants de Service Social dès la phase d'admission des patients.

Aux HUS, le grand nombre de professionnels pourrait conduire à un effet de délitement. Il conviendrait alors d'encourager les initiatives et les sous-groupes thématiques afin que chacun puisse avoir une place. Il s'agirait en somme de valoriser tout ce qui respecte le salarié comme une personne importante dans l'organisation.

Sur les deux terrains étudiés, le développement des collaborations internes et externes apparaît comme essentiel. Cet aspect permet une plus grande proximité entre les différents acteurs autour d'un objectif commun qu'est le suivi du patient. Les initiatives individuelles ou collectives allant dans ce sens sont à encourager afin de permettre un renforcement du niveau de reconnaissance des personnes et de leurs efforts.

Toutefois, à la lecture des entretiens d'agents en poste de longue date, les marges de manœuvres réelles semblent bien plus importantes par rapport à la représentation que s'en font les plus jeunes. La prise de conscience de cette capacité, conduisant à un processus actionnel et communicationnel, est en soi une compétence qui s'acquiert avec le temps. Au sens de Pierre Falzon, elle permet d'accroître la capacité des individus, à éclairer leurs choix. Il s'agit d'une compétence de réflexivité, qui peut constituer non seulement une aide précieuse à la mise en place d'actions, mais aussi une prise de distance quant à une éventuelle perception d'impuissance et de frustration. Elle pourrait notamment se traduire par une communication constructive ayant pour ambition un changement de regard chez les autres professionnels.

Si la reconnaissance par le résultat ressort peu des entretiens, on ne peut pas exclure la possibilité que ce besoin soit implicite. Il s'agirait alors d'encourager les démarches mettant en avant des résultats qualitatifs des accompagnements, utilisant des indicateurs de fluidité des parcours patients, dépassant la notion de DMS ou des cotations issues de la T2A. Ces données seraient à faire figurer sur un rapport d'activité de service annualisé, en tant que nouvelle grille de lecture pour la direction des établissements.

Si cette étude démontre bien qu'un environnement capacitant favorise le sentiment de reconnaissance, elle démontre également que ce n'est pas suffisant en soi. D'autres paramètres sont à prendre en considération comme les perspectives d'évolution professionnelle, qui aujourd'hui encore sont trop souvent résumées aux métiers du management. Le rapport parlementaire de Brigitte Bourguignon, datant de Juillet 2015, expose la problématique de la reconnaissance du travail social avec pour principal levier le développement des perspectives professionnelles. Ce point fut repris dans les états généraux du travail social de 2015, définissant un plan d'action comprenant une réforme de la formation professionnelle, un accompagnement dans une logique de parcours, une amélioration des

conditions de travail, un véritable déroulement de carrière, une projection dans la possible création d'une 5^{ème} branche de la sécurité sociale consacrée à l'autonomie.

Enfin, ce travail pourrait tendre vers un « *management ergonomique* », sorte de trait d'union entre les deux disciplines que l'on cherche trop souvent à opposer. Il pourrait s'ouvrir sur un travail de modélisation d'un management dit « *capacitant* » qui favoriserait le pouvoir d'agir de chacun.

CONCLUSION

Ce travail a débuté par un constat : comme tout un chacun, les Assistants de Service Social dans le secteur hospitalier et des Soins de Suite et de Réadaptation expriment de forts besoins de reconnaissance dans le travail, d'autant plus que ce métier n'est pas suffisamment visible et est encore trop méconnu.

Au travers de la littérature, nous avons pu constater que de nombreuses publications abordent la question de la reconnaissance au travail, soit sous l'angle du besoin de reconnaissance, soit sur les signes de reconnaissance, ou encore sur le lien entre motivation et reconnaissance. Toutefois, peu de publications abordent la question de la place du travailleur social dans le secteur des soins. Nous avons fait le choix de nous intéresser à ce métier en lien direct avec le patient dans une démarche du prendre soin et de questionnement sur les besoins de reconnaissance et les dynamiques en jeu.

La cartographie des besoins a été réalisée selon le modèle de Jean-Pierre Brun et nous avons cherché à savoir si un environnement dit capacitant, concept développé par Pierre Falzon, aidait à y répondre. Les dynamiques de la reconnaissance ont pu être analysées par l'évolution de la perception du métier par la société, l'expérience du professionnel et en comparaison avec la période de la COVID 19, cette crise sanitaire qui a vu bousculer les représentations.

Ce travail de recherche a permis de souligner que le fait de travailler à l'hôpital ou dans un établissement de soins de suite et de réadaptation relève d'abord et surtout du prendre soin. C'est l'accompagnement d'une femme, d'un homme, d'un enfant, par des femmes et des hommes professionnels, compétents, à leur service. Cette prestation a pour eux un sens, fruit de leur engagement ; être au service de l'autre. Les besoins de reconnaissance se situent précisément à ce niveau, au cœur du processus de travail, avec un accent particulier mis sur la qualité de l'accompagnement et l'effort pour y parvenir. Il a également mis en évidence la nature intangible de ce travail, sa place centrale dans la fluidité des parcours patients et dans l'articulation entre le sanitaire et le médico-social.

Ce mémoire nous invite à nous réinterroger sur ces travailleurs de l'ombre, ces ouvriers du lien social, sur ce qu'ils apportent, sur les liens à créer et à entretenir avec eux. Il a pour vocation de dessiner de nouvelles voies afin de contribuer à sortir grandi d'une crise sanitaire sans précédent dans l'histoire moderne.

Notre perception est nourrie d'un ancrage historique, d'une portée sociale, de représentations diverses de ce qu'est l'autre, de son utilité sociale dans un environnement singulier. Cette perception montre quelque chose de nous, de notre société, de son évolution, de ce que nous sommes en capacité de comprendre ou de ce que l'on écarte instinctivement. Elle nous interroge sur le sens du travail et sur son utilité visible et invisible.

En développant un pouvoir d'agir, ces artisans de l'ombre font de leur travail une contribution précieuse à la santé publique. Le manager de proximité a ainsi pour vocation d'accompagner ces équipes dans la mise en lumière de cette riche contribution. Retrouver le sens du travail, c'est repenser sa valeur productive, celle qui confère à celui qui le réalise sa pleine liberté.

Si un environnement capacitant, c'est-à-dire suffisamment apprenant et offrant une grande autonomie dans la réalisation d'une mission, facilite bien la reconnaissance au travail, se reposer sur ce seul et unique paramètre serait une erreur. Il semble indispensable d'ouvrir une large réflexion aux perspectives d'évolution de ce métier et à sa place dans les équipes.

Enfin, si cette étude a permis d'ouvrir des pistes, elle pourrait être complétée par une analyse plus fine des signes de reconnaissance efficaces. Ceci pourrait aider le manager de proximité dans sa mission d'accompagnement et assurer le maintien d'une bonne implication des équipes.

Une fois la boîte de chocolat en main, il faut en explorer les multiples saveurs...

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

ARNOUX-NICOLAS, Caroline. *Donner un sens au travail : Pratiques et outils pour l'entreprise*, Ed. Dunod, p. 3-58, 2019.

AUTISSIER, David et WACHEUX, Frédéric. *Manager par le sens. Les clés de l'implication au travail*, Ed. d'Organisation. p. 109-122, 2007.

BERTAUX, Daniel. *Les récits de vie*, Ed. Nathan Université, Collection 128, p. 63, 1997.

BOUQUET, Brigitte et GARCETTE, Christine. *Assistante Sociale aujourd'hui*, 5^{ème} Ed., Ed. Maloine, 2011.

BOURCIER, Claude et PALOBART, Yves. *La reconnaissance : un outil de motivation pour vos salariés*, Ed. d'Organisation, p.195, 1997.

DUBAR, Claude. *La socialisation construction des identités sociales et professionnelles*, Ed. Armand Colin, p.15, 1991.

FALZON, Pierre. *Ergonomie constructive*, Ed. PUF, p. 1-16, 2013.

FALZON, Pierre et MOLLO, Vanina. *Pour une ergonomie constructive : les conditions d'un travail capacitant*, Ed. Laboreal, p. 61-69, 2009.

FOURNERET, Eric. *Un philosophe à l'hôpital*, Ed. Lemieux, p. 105, 2017.

HESBEEN, Walter. *Humanisme soignant et soins infirmiers, un art du singulier*, Ed. Elsevier Masson, p. 13, 2017.

HONNETH, Axel. *La lutte pour la reconnaissance*, Ed. du Cerf, 1992.

LEPLAT, Jacques., *Les compétence en ergonomie*, Ed. Octarès, p. 41-54, 2001.

MAUGERI, Salvatore. *Traité de psychologie de la motivation : théories et pratiques*, Ed. Dunod, p. 187-209, 2009.

MAUSS, Marcel. *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, L'année sociologique, Ed. PUF, 1925.

MEDA, Dominique et Co. *Travailler au XXIème siècle : des salariés en quête de reconnaissance*, Ed. Robert Laffont, 2015.

PIERRON, Jean-Philippe et VINOT, Didier. *Travail du soin, soin du travail : préserver la valeur intangible de la relation au sein d'organisations en tension*, Ed. Seli Arslan, p. 192, 2020.

PHILIPPON, Serge. *Le juste soin*, Ed. Seli Arslan, p. 34, 2017.

VEZINA, Nicole, SAINT-VINCENT, Marie, BELLEMARE, Marie, DENIS, Denys, LEDOUX, Elise et IMBEAU, Daniel. *L'intervention en ergonomie*, Ed. MultiMondes, p. 38-39, 2011.

ZARIFIAN, Philippe. *Le modèle de la compétence. Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*, Ed. Liaisons, p. 109, 2001.

ZIMMERMAN, B. *La liberté au prisme des capacités*, Ed. EHESS, 2008.

ARTICLES

Articles Académiques

BAREL, Yvan, FREMEAUX, Sandrine et MAHIEU, Pierre-Alexandre. *Reconnaissance du travail et insécurité perçue de l'emploi*. Management et avenir, N°110, p. 37-58, 2019.

BRUN, Jean-Pierre. et DUGAS, Ninon. *La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens*. Gestion, N°30, p. 79-88, 2005.

CLOT, Yves et SIMONET, Pascal. *Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre*. Le travail humain, Vol. 78, p. 35, 2015.

COULET, Jean-Claude. *La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences*. Le Travail Humain, Vol. 74, p. 17, 2011.

DANIELLOU, François, LAVILLE, Antoine, TEIGER, Catherine. *Fiction et réalité du travail ouvrier*, La Documentation française. Les cahiers français, n° 209, p. 39-45, 1983.

DIEZ, Robert et CARTON, Pierre. *De la reconnaissance à la motivation au travail*, L'expansion Management Review, N°150, p. 104-112, 2013.

GUERRERO, Sylvie et Co. *Les stratégies de valorisation des emplois discrédités par la société ? Le cas des aides à domicile*, Revue Française de Gestion, N°290/2020, p. 72-84, 2020.

HACKMAN, J. Richard et OLDHAM, Greg. R. *Motivation through the design of work: test of a theory*. Organizational Behavior and Human Performance. vol.16, issue 2, p. 250-279, 1976.

KARASEK, Robert. *Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign*, Administrative Science Quarterly, vol.24, N°2, p. 285, 1979.

MASLOW, Abraham. *A theory of human motivation*, Psychological Review, N°50, p. 370-396, 1943.

RYAN, Richard. M et DECI, Edward. L. *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. American Psychologist, 55(1), p. 68-78, 2000.

ST-ONGE, Sylvie et PROVOST, Line. *L'identité professionnelle des gestionnaires des organisations de la santé : un sale boulot requérant un courage managérial ?*, Piste, N°4038, 2014.

VALLERIE, Bernard et LE BOSSE, Yann. *Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement*. Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, Vol. 39, p. 87-100, 2006.

Autres Articles

Dares-DGT-DGAFP, enquête Sumer (SURveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels), 2010.

Sites Internet

Blogue DIDAPRO : <https://didapro.me/>

<https://www.larousse.fr>

EMISSION

Emission ARTE : Emploi, travail, salaire, profit – épisode 2.

RAPPORTS ET TEXTES DE LOI

BOURGUIGNON, Brigitte. *Rapport parlementaire « Reconnaître et valoriser le travail social »*, 2015.

Décret n° 2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social.

Décret n°93-652 du 26 mars 1993 portant statut particulier des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

Etats généraux du travail social, (2015), Plan d'action en faveur du travail social et du développement social.

L'accompagnement social, rapport n°2017-105K, IGAS, 2018.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
APA	Activité Physique Adaptée
AS	Assistant de Service Social
CNAM	Conservatoire National des Arts et Métiers
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESEIS	Ecole Supérieure Européenne de l'Intervention Sociale à Strasbourg
GEFERS	Groupe francophone d'études et de formations en éthique de la relation de service et de soin
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IURC	Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau
HUS	Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
MPR	Médecine Physique et de Réadaptation
MOS	Management des Organisations de Santé et du médico-social
RH	Ressources Humaines
UGEAM	Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie
UQAM	Université de Québec à Montréal
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SUMER	SURveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels
T2A	Tarifcation A l'Activité



Université de Strasbourg
&
Ecole de Management Strasbourg

Les dynamiques de la reconnaissance du travail social en établissement sanitaire

**Etude portant sur les Assistants de Service Social
dans le secteur hospitalier et en soins de suite et de réadaptation**

Master 2 – Management des Organisations de Santé et Médico-Sociales

Promotion 2021

Thomas AGENAIS

Sous la direction de Caroline MERDINGER-RUMPLER

Livret II : Les Annexes

Numéro étudiant : 22026178

SOMMAIRE

ANNEXE 1 : Carte mentale du mémoire.....	p.2
ANNEXE 2 : Processus de recherche.....	p.3
ANNEXE 3 : Analyse des modes de reconnaissances.....	p.6
ANNEXE 4 : Grille d’entretien.....	p.8
ANNEXE 5 : Tableau d’analyse des entretiens.....	p.12
ANNEXE 6 : Résultats entretiens.....	p.14
ANNEXE 7 : Glossaire des terminologies identifiées dans les entretiens sur..... les capacités nécessaires de l’Assistant de Service Social	p.91
ANNEXE 8 : Analyse des dynamiques de la reconnaissance sur la période de la COVID..p.94 sur la base du modèle de la reconnaissance de BRUN à partir des entretiens	
ANNEXE 9 : Analyse des dynamiques de la reconnaissance selon l’expérience sur.....p.96 la base du modèle de la structure organisationnelle de MINTZBERG à partir des entretiens	

ANNEXE 1 : CARTE MENTALE DU MEMOIRE



ANNEXE 2 : PROCESSUS DE RECHERCHE

ETAPE 1 : Partir d'un constat

Nous sommes pour cela partis de l'anecdote de l'absence des boîtes de chocolat au service social de l'IURC. Cette image renvoie à un aspect de la reconnaissance selon le modèle de Brun : la reconnaissance externe des patients envers leur accompagnement social durant le séjour en SSR. Il ne s'agissait là que d'un point d'entrée pour questionner les dynamiques de la reconnaissance.

ETAPE 2 : Définir la problématique

Les premières lectures nous ont amenés à nous interroger sur la valorisation du métier d'Assistant de Service Social dans le secteur hospitalier.

Initialement, la problématique qui en ressortait était la suivante :

« Comment valoriser les métiers peu considérés dans le secteur hospitalier comme c'est le cas pour les Assistants de Service Social ? ».

En partant du concept d'environnement capacitant, nous avons formulé l'hypothèse suivante :

« Favoriser un environnement capacitant améliore la valorisation du métier ».

ETAPE 3 : Elaboration d'un guide d'entretien basé sur le concept d'environnement capacitant

Le guide a été totalement construit sur la base de ces premières lectures mettant en avant les notions suivantes : l'environnement capacitant, la valorisation, la reconnaissance, le sens du travail, le lien avec la hiérarchie, l'identité professionnelle et les stratégies identitaires, le collectif de travail, le sentiment d'appartenance, le développement des compétences et l'évolution du secteur.

Toutes ces thématiques ont été abordées dans le guide avec des sous-thématiques qui répondaient avant tout au potentiel « *capacitant* » de l'environnement de travail, c'est-à-dire un environnement apprenant et favorisant l'autonomie.

ETAPE 4 : Passage des premiers entretiens

Après la réalisation des quatre premiers entretiens, nous avons remarqué que l'environnement de travail était finalement plutôt « *capacitant* » et ne semblait pas expliquer le sentiment de manque de reconnaissance.

Ce constat fut confirmé en poursuivant ces entretiens, notamment lors de l'intégration des professionnels des HUS. La problématique était donc à redéfinir.

Conformément à ce qui était attendu, les questions de rémunération et de manque de considération de la hiérarchie ressortent finalement peu.

Les Assistants de Service Social sont principalement guidés par une motivation interne, cœur du sens donné à leur métier, qui est le service rendu aux patients et à leurs familles. Ils évoquent également l'importance du travail pluridisciplinaire, source d'apprentissage et de développement de savoirs et de connaissances.

Ce constat a confirmé que la question du mémoire porterait davantage sur les dynamiques de la reconnaissance pour expliquer le sentiment de manque de reconnaissance malgré un environnement plutôt apprenant et la pleine conscience d'un bon niveau d'autonomie.

ETAPE 6 : Redéfinition de la problématique du mémoire

A la suite de ce constat, nous avons repris le travail de lecture pour affiner le cadre conceptuel en le focalisant essentiellement sur les dynamiques de la reconnaissance. Nous avons ainsi retravaillé la problématique pour la formuler de la manière suivante :

« Quelles sont les dynamiques en jeu dans le processus de reconnaissance du travail social dans le secteur sanitaire ? »

Et nous sommes finalement partis sur l'hypothèse :

« Un environnement capacitant favorise le sentiment de reconnaissance chez les Assistants de Service Social ».

ETAPE 7 : Ajustement de la grille d'analyse ciblée

Une nouvelle grille d'analyse a ainsi été réalisée, s'écartant de la grille d'entretien initiale.

ETAPE 8 : Rédaction du mémoire

ANNEXE 3 : ANALYSE DES MODES DE RECONNAISSANCE

Les quatre modes de la reconnaissance selon Brun

		QUESTIONNEMENTS	BESOINS	EXEMPLES D'APPLICATIONS
PERSONNE	Reconnaissance existentielle	LA PERSONNE		
		Exister en tant que personne : <i>Est-ce que je suis visible ? Est-ce que je suis connue ?</i>	Répond à un besoin élémentaire de l'individu	<i>Un « bonjour » le matin</i> <i>Une direction qui me reconnaît</i> <i>Etre identifié dans un organigramme</i>
PROCESSUS DE TRAVAIL	Reconnaissance de la pratique	LA QUALITE		
		Apporter une contribution dans le processus : <i>Est-ce que mon expertise est attendue ?</i>	Répond à un besoin de positionnement du métier	<i>Place dans les équipes</i> <i>Prise en compte de mon avis</i> <i>Reconnaître mon identité professionnelle</i>
	Reconnaissance de l'investissement	L'EFFORT		
		La singularité de ma contribution : <i>Est-ce que l'effort est reconnu ?</i> <i>Suis-je reconnu par ma singularité ?</i>	Répond à un besoin de rétribution de l'effort	<i>Reconnaître mon engagement et mes valeurs</i> <i>Respecter ma posture professionnelle</i> <i>Favoriser les marges de manœuvre</i> <i>Etre dans la confiance plutôt que le contrôle</i>

RESULTAT	Reconnaissance des résultats	LES RESULTATS		
		Apporter un résultat tangible : <i>Quels sont les fruits de mon travail ?</i>	Répond à un besoin de sens du travail	<i>Chercher à connaître et à comprendre les résultats</i> <i>Rendre ma contribution visible</i>

ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTRETIEN

Date de l'entretien : _____
Durée de l'entretien : _____
Organisation de l'entretien / lieu : _____
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Age du répondant (ou tranche d'âge) : _____
Poste occupé par le répondant : _____

INTRODUCTION

Bonjour.

Tout d'abord, je vous remercie pour avoir accepté de me rencontrer.

Dans le cadre de notre année de Master 2 de Management des Organisations de Santé et de Médico-social, chaque étudiant a à réaliser un mémoire de fin d'étude. J'ai fait le choix pour mon sujet de m'intéresser au métier d'Assistant de service social dans le secteur hospitalier et de questionner leur place dans une telle organisation complexe au service du prendre soin et à leur reconnaissance et leur valorisation.

Avant de pouvoir mener cet échange, je me suis préalablement assuré de votre accord pour l'enregistrer, en vous assurant qu'il sera totalement anonymisé et que son contexte ne sera utilisé qu'à l'usage de cette recherche terrain.

CENTRAGE DU SUJET

Pour commencer, pourriez-vous me parler de votre métier, des services dans lesquels vous exercez et de votre pratique professionnelle ?

APPROFONDISSEMENT

THEMES	SOUS-THEMES	EXEMPLES DE QUESTIONS
Profil répondant	Formation et expérience	Quelle est votre formation initiale ?
	Parcours professionnel (grandes étapes)	Quel est votre parcours professionnel ?
	Fonction actuelle (statut, établissement, secteur, mission)	Quelle est votre mission ? Dans quel service travaillez-vous ?

		Description de sa mission, du travail tel qu'il est prescrit sur la fiche de poste ou de mission	Pouvez-vous décrire vos missions, votre poste ?
		Echange autour de sa place au sein du service social, au sein de l'établissement	Quelle est la place de l'AS dans votre structure selon vous ?
1	Evolution professionnelle	1.1	Parlez-moi de votre parcours professionnel au sein de votre établissement ? Depuis combien d'années exercez-vous dans cet établissement ?
			Au sein de l'organisation
		1.2	Quel regard portez-vous sur le secteur hospitalier ? Quelles sont les perspectives ? Trouvez-vous que l'hôpital ait changé depuis vos débuts dans ce secteur ? Si oui comment ? Y-a-t-il des perspectives d'évolution de carrière dans votre secteur ?
			Dans le secteur hospitalier
	1.3	Comment percevez-vous votre métier aujourd'hui ? Diriez-vous qu'il a évolué depuis vos débuts ?	
		Dans le métier	
	1.4	Formation / Développement de compétences	Avez-vous pu suivre des formations depuis votre prise de poste ?
2	Spécificités du secteur hospitalier	2.1	Considérez-vous que votre accompagnement intègre bien le projet thérapeutique du patient ?
		2.2	Vous considérez-vous comme un soignant ?
		2.3	Quelle est la spécificité de l'assistante sociale ?
3	Evolution du secteur	3.1	Quelle est l'évolution de la place d'un service social dans votre secteur ?
		3.2	Comment évolue le secteur hospitalier ?
		3.3	Comment votre pratique a-t-elle évolué dans le temps ?
4	Perception du	4.1	Par les patients Selon vous, comment êtes-

	métier			vous perçu par les patients ?
		4.2	Par la hiérarchie	Selon vous, comment êtes-vous perçu par votre hiérarchie ?
		4.3	Par les autres professionnels	Selon vous, comment êtes-vous perçu par les autres professionnels ?
		4.4	Points positifs du poste	Qu'aimez-vous dans votre travail ?
		4.5	Point à développer ou à améliorer	Quels sont les axes de développement du service social ?
		4.6	RETEX : Situation de tension	Pourriez-vous décrire une situation vécue qui fut difficile à vivre pour vous émotionnellement ? Pourriez-vous décrire une situation qui a heurté vos valeurs professionnelles ? Que faites-vous en cas de conflit de valeur ?
5	Sens du travail	5.1	Processus de construction	Pourriez-vous me dire quelle est la plus-value aujourd'hui d'un service social dans votre secteur ?
		5.2	Stratégies développées	Quels sont les défis de demain pour un Assistant Social à l'Hôpital ?
6	Valorisation et reconnaissance	6.1	Hiérarchisation des métiers	Considérez-vous bénéficier de la même reconnaissance que vos autres collègues ?
		6.2	Priorisation des actes	Considérez-vous qu'il y ait une hiérarchisation des actes de soin ? Un ordre de priorité ?
		6.3	Reconnaissance par les pairs	Comment aimeriez-vous être reconnu ? Comment cela devrait-il se traduire ?
		6.4	Principale source de motivation	Par les patients ? Par les familles ? Par les partenaires ? Par votre hiérarchie directe ? Par votre direction ?
		6.5	Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	Comment se passe la période de cette crise sanitaire pour vous ?

				Pensez-vous que le regard porté sur votre métier ait pu changer depuis ?
7	Lien avec la hiérarchie	7.1	Avec son manager de proximité	Existe-t-il des liens réguliers avec la hiérarchie directe ? si oui sous quelles formes ?
		7.2	Avec la direction d'établissement	Existe-t-il des liens réguliers avec la direction de l'établissement ? si oui sous quelles formes ?
8	Collectif de travail	8.1	Dans les services : place de l'AS	Diriez-vous que vous avez trouvé votre place dans les services de soin ?
		8.2	Dans les services : ambiance de travail	Pourriez-vous décrire l'ambiance de travail dans les services de soin ?
		8.3	Service social : entraide	Etes-vous bien solidaires entre vous ?
		8.4	Service social : ambiance de travail	Pourriez-vous décrire l'ambiance générale de travail dans votre service ?
		8.5	Service social : réunion d'équipe	Avez-vous des réunions d'équipe régulièrement ?
		8.6	Service social : communication vers l'externe	Effectuez-vous des actions de communication vers l'extérieur ?
9	Stratégie identitaire active	9.1	Stratégie Offensive	Avez-vous mis en place des choses pour améliorer cette situation ?
		9.2	Stratégie Défensive	
		9.3	Stratégie d'Evitement	
		9.4	Stratégie de Normalisation	Diriez-vous que vous êtes autonome dans votre travail ?
10	Place du manager de proximité	10.1	Soutien	Considérez-vous être soutenu par votre hiérarchie ?
		10.2	Animateur	Quel rôle à votre manager d'équipe ? Quel rôle devrait avoir votre manager d'équipe ?
		10.3	Médiateur	
		10.4	Développement partenariats	
		10.5	Communicant	

CONCLUSION

Reformulation et résumé des points principaux abordés.

Demander confirmation/validation de la reformulation.

Avez-vous des choses à ajouter ? ou des conseils ?

ANNEXE 5 : TABLEAU D'ANALYSE DES ENTRETIENS

CADRE CONCEPTUEL		GRILLE D'ENTRETIEN			
CATEGORIES		THEMES		SOUS-THEMES	
CAPACITE	Savoir-faire	1	Evolution professionnelle	1.1	Au sein de l'organisation
				1.2	Dans le secteur hospitalier
				1.3	Dans le métier
				1.4	Formation / Développement de compétences
CAPABILITES	Pouvoir-Faire	2	Perception du métier	2.1	Par les patients
				2.2	Par la hiérarchie
				2.3	Par les autres professionnels
				2.4	Par la société
				2.5	Points positifs du poste
				2.6	Point à développer ou à améliorer
				2.7	RETEX : Situation de tension
3	Lien avec la hiérarchie	3.1	Avec son manager de proximité		
		3.2	Avec la direction d'établissement		
ACTIONS	Pouvoir d'Agir	4	Stratégie identitaire active	4.1	Stratégie Offensive
				4.2	Stratégie Défensive
				4.3	Stratégie d'Evitement
				4.4	Stratégie de Normalisation
		5	Place du manager de proximité	5.1	Soutien
				5.2	Animateur
				5.3	Médiateur
				5.4	Développement partenariats
				5.5	Communicant
NIVEAU DE VALORISATION	Reconnaissance	6	Valorisation et reconnaissance	6.1	Hiérarchisation des métiers
				6.2	Priorisation des actes
				6.3	Reconnaissance par les pairs
				6.4	Principale source de motivation
				6.5	Sentiment de dévalorisation
				6.6	Sentiment de valorisation
				6.7	Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire
		7	Collectif de travail	7.1	Dans les services : place de l'AS
				7.2	Dans les services : ambiance de travail
				7.3	Service social : entraide
				7.4	Service social : ambiance de travail
				7.5	Service social : réunion d'équipe
7.6	Service social : communication vers l'extérieur				

FACTEURS DE CONVERSION	Marges de manœuvre	8	Spécificités du secteur hospitalier	8.1	Intégration du projet thérapeutique
				8.2	AS est un soignant ?
				8.3	Singularité de l'approche
FACTEURS DE SENS	Développement	9	Evolution du secteur	9.1	Evolution du métier d'assistant social
				9.2	Evolution du secteur hospitalier
				9.3	Impact dans l'accompagnement social
		10	Sens du travail	10.1	Processus de construction / déconstruction
				10.2	Stratégies développées

ENVIRONNEMENT	CAPACITES	Savoir Faire
	CAPABILITES	Pouvoir Faire
	ACTIONS	Pouvoir d'Agir
CONSEQUENCE	NIVEAU DE VALORISATION	Reconnaissance
ELEMENTS CONSTITUTIFS	FACTEURS DE CONVERSION	Marges de manœuvre
	FACTEURS DE SENS	Développement

ANNEXE 6 : RESULTATS ENTRETIENS

Ordre des verbatims	Thèmes	Verbatims	Idées reformulées	Sous-thèmes	Répondants
1	1. Evolution professionnelle	« Y a peu de moyens [...] quand on voit qu'il faut parfois un an, voire même deux ans, pour obtenir une réponse [...], c'est juste pas possible. »	Absence de moyens	1.1. Au sein de l'organisation	AS1
2	1. Evolution professionnelle	« Pour le moment je ne me projette pas. Ce n'est pas d'actualité. Il y a peu de perspectives et c'est à l'image de la reconnaissance de notre travail. »	Absence de projection	1.2. Dans le secteur hospitalier	AS1
3	7. Collectif de travail	« On est vraiment intégrés dans les équipes, c'est vraiment une bonne chose. »	Intégration	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS1
4	6. Valorisation et reconnaissance	« confronter nos avis, c'est enrichissant. C'est ce qui m'intéresse dans le domaine médical et en plus on touche à tous les sujets, c'est très large. »	Ecoute attentive des autres professionnels	6.3. Reconnaissance par les pairs	AS1
5	10. Sens du travail	« La personne a besoin de se sentir libérée de certaines contraintes pour pouvoir s'engager totalement et nous devons être là aussi pour ça. »	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	AS1
6	2. Perception du métier	Spécificité du SSR : « les durées de séjour chez nous sont tout de même plus longues qu'ailleurs et on a ainsi le temps de travailler une relation de confiance avec le patient »	Plus de temps en SSR	2.5. Points positifs du poste	AS1
7	9. Evolution du secteur	« on avait déjà du mal pour les places en EHPAD, que désormais nous ayons beaucoup de difficultés pour les retours au domicile et qu'est-ce que ça va être demain avec en plus un vieillissement de la population ? »	Sortie hôpital plus difficile	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS1
8	6. Valorisation et reconnaissance	« Ça accentue le sentiment d'inutilité et d'impuissance. »	Inutilité	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS1

9	6. Valorisation et reconnaissance	« J'ai l'impression par moment qu'il y a une méconnaissance de nos missions et de notre réalité de terrain. »	Méconnaissance	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS1
10	10. Sens du travail	« nous avons une obligation de moyens et pas d'obligation de résultats. »	Obligation de moyens et pas de résultats	10.2. Stratégies développées	AS1
11	2. Perception du métier	« renvoyer la question de l'utilité de l'assistante sociale. « <i>Ben finalement, si elle ne peut pas faire aboutir, si elle n'a pas ses entrées, à quoi elle va me servir ?</i> ». »	Négatif	2.1. Par les patients	AS1
12	2. Perception du métier	« Ils pensent juste que nous avons nos entrées »	Négatif	2.1. Par les patients	AS1
13	2. Perception du métier	« Dans assistante sociale on pense peut-être au fait d'avoir besoin d'être assisté, que l'on n'est pas autonome. »	Négatif	2.1. Par les patients	AS1
14	6. Valorisation et reconnaissance	« la personne n'a jamais été adressée chez nous. Et là on nous dit « <i>ben qu'est-ce que vous avez fait au Clemenceau ?</i> ». »	"Larbin"	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS1
15	4. Stratégie identitaire active	« Il faudrait mieux se présenter, mieux présenter nos missions, communiquer d'avantage et auprès de notre direction et des collègues. »	Communication	4.1. Stratégie Offensive	AS1
16	6. Valorisation et reconnaissance	« Le moteur premier c'est les patients »	Les patients	6.4. Principale source de motivation	AS1
17	6. Valorisation et reconnaissance	« nous ne sommes par exemple pas toujours associés dès l'admission du patient »	Absence de sollicitation	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS1
18	6. Valorisation et reconnaissance	« majoritairement la reconnaissance des patients est là et elle est même celle qui est la plus présente. »	Les patients	6.6. Sentiment de valorisation	AS1
19	6. Valorisation et reconnaissance	« Arrivé à la fin du séjour on a souvent une reconnaissance du patient et lorsqu'on a le sentiment d'avoir réussi à résoudre certaines difficultés pour eux on est content. »	Les patients	6.6. Sentiment de valorisation	AS1

20	6. Valorisation et reconnaissance	« ils trouvent que cela fait partie de notre travail et qu'il n'y a pas besoin de nous remercier. »	Manque de reconnaissance par les autres professionnels	6.3. Reconnaissance par les pairs	AS1
21	6. Valorisation et reconnaissance	« tous les thérapeutes du plateau technique de rééducation, comme les kinés et les ergos, vont être plus reconnus que nous par la direction. Ils sont plus en contact avec les patients. »	Des soignants et rééducateurs aux AS	6.1. Hiérarchisation des métiers	AS1
22	6. Valorisation et reconnaissance	« On a l'impression parfois que... ça reste un établissement de soin avant tout [...] nous nous sommes un peu plus les oubliés. »	Des soignants et rééducateurs aux AS	6.1. Hiérarchisation des métiers	AS1
23	6. Valorisation et reconnaissance	« je me suis sentie soutenue sur ce dossier car la direction a appuyé ma position »	La direction	6.6. Sentiment de valorisation	AS1
24	6. Valorisation et reconnaissance	« sur cette situation le soutien de ma direction était présent et précieux »	La direction	6.6. Sentiment de valorisation	AS1
25	2. Perception du métier	Anecdote du bureau : « C'est violent quoi ! Puis après tu apprends que tes affaires ont été déposées »	Humiliation	2.7. RETEX : Situation de tension	AS1
	6. Valorisation et reconnaissance		Humiliation	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS1
26	4. Stratégie identitaire active	« c'est à nous aussi de rassurer les personnes, de préciser nos missions, de créer un climat de confiance. »	Pouvoir d'agir	4.1. Stratégie Offensive	AS1
27	2. Perception du métier	« C'est vraiment un aspect positif de notre travail, on est parfaitement autonome pour gérer notre emploi du temps. »	Autonomie	2.5. Points positifs du poste	AS1
28	2. Perception du métier	« Avoir accès aux différentes évolutions, participer à des temps de formation, ce genre de chose, il serait bien que l'on soit plus impliqué là-dessus. On a sans doute à s'améliorer sur ce point. »	Pouvoir évoluer	2.6. Point à développer ou à améliorer	AS1

29	2. Perception du métier	« l'image du travailleur social dans la société n'est pas très bonne non plus »	Négatif	2.4. Par la société	AS1
30	5. Place du manager de proximité	« la question du développement de partenariat, on n'a pas suffisamment le temps de le faire et c'est plus la mission du management de développer ce réseau »	Attente de l'équipe	5.4. Développement partenariats	AS1
31	5. Place du manager de proximité	« faire vivre le service social. »	Faire vivre le service	5.2. Animateur	AS1
32	5. Place du manager de proximité	« rendre visible notre travail »	Visibilité	5.5. Communicant	AS1
33	5. Place du manager de proximité	"nous représenter et nous défendre face à la direction"	Défendre	5.1. Soutien	AS1
34	6. Valorisation et reconnaissance	« Ça n'a rien révélé du tout, ça n'a rien changé. »	Pas de changement	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS1
35	6. Valorisation et reconnaissance	« S'agissant des Assistantes sociales, cela ne change pas grand-chose sur la connaissance et la revalorisation de notre travail. »	Pas de changement	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS1
36	7. Collectif de travail	« travailler avec les équipes et participer notamment une fois par semaine aux synthèses »	Nécessaire	7.5. Service social : réunion d'équipe	AS1
37	7. Collectif de travail	« On a des réunions entre nous tous les mois [...] ça nous permet de déposer les choses que l'on rencontre au quotidien, de faire part de nos émotions. »	Nécessaire	7.5. Service social : réunion d'équipe	AS1
38	7. Collectif de travail	« On est une équipe qui fonctionne pour cela très bien, on se soutient, on se conseille, on est dans l'écoute, la bienveillance »	Oui	7.3. Service social : entraide	AS1
39	7. Collectif de travail	« pouvoir s'exprimer avec les autres et trouver notre place »	Intégration	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS1

40	7. Collectif de travail	« le service social touche une catégorie de patients mais on ne touche pas tous les patients »	Pas partout	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS2
41	1. Evolution professionnelle	« pour le moment je ne suis pas à ce niveau de réflexion »	Absence de projection	1.2. Dans le secteur hospitalier	AS2
42	9. Evolution du secteur	« si on écoute les plus anciennes dans le service elles diront qu'on avait peut-être plus de moyens avant et que maintenant il faut faire plus avec moins »	Moins de moyens	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS2
43	2. Perception du métier	« Il y a des gens qui par exemple peuvent venir pour des brouilles, comme par exemple refaire la tapisserie dans leur chambre car pour eux c'est l'Assistante Sociale qui a l'argent »	Mauvaise représentation	2.1. Par les patients	AS2
44	2. Perception du métier	« ils ont l'idée que l'Assistante Sociale distribue de l'argent »	Mauvaise représentation	2.1. Par les patients	AS2
45	2. Perception du métier	« dans certaines situations il y a un décalage entre ce qui est attendu et ce que nous sommes en mesure de pouvoir faire »	Décalage	2.3. Par les autres professionnels	AS2
46	6. Valorisation et reconnaissance	« On ne peut pas résumer le patient à juste ses soins, ni le résumer à son parcours social »	Des soignants et rééducateurs aux AS	6.1. Hiérarchisation des métiers	AS2
47	2. Perception du métier	« je ne sais pas si c'est un manque de connaissance des dispositifs et des aides possibles ou s'il s'agit d'idées préconçues du travail social »	Vision réductrice	2.3. Par les autres professionnels	AS2
48	7. Collectif de travail	« Ces synthèses nous permettent de prendre connaissance des ressentis des soignants sur un patient, c'est surtout important lorsque moi je n'ai pas eu forcément les mêmes impressions. »	Importance temps de synthèse	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS2
49	6. Valorisation et reconnaissance	« Il y a une reconnaissance lorsqu'ils sentent que l'on a mis tous les moyens pour s'occuper d'eux mais pas forcément que l'on ait absolument trouvé une issue »	Les patients	6.6. Sentiment de valorisation	AS2

50	2. Perception du métier	« c'est plus facile d'attendre un résultat plutôt que des moyens »	Attente de résultats	2.2. Par la hiérarchie	AS2
51	4. Stratégie identitaire active	« on est là tout de même pour les patients et on n'est pas forcément là que pour les collègues »	Eviter les problèmes	4.3. Stratégie d'Evitement	AS2
52	7. Collectif de travail	« je trouve que l'on est bien intégrés au sein de l'équipe au même titre que d'autres »	Intégration	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS2
53	4. Stratégie identitaire active	« [la reconnaissance par les collègues] est un élément important mais pas déterminant »	Eviter les problèmes	4.3. Stratégie d'Evitement	AS2
54	6. Valorisation et reconnaissance	« Il faut reconnaître qu'il s'agit [la revalorisation SEGUR] d'une reconnaissance mais cela ne changera pas le regard porté aux Assistantes Sociales. »	SEGRUR	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS2
55	4. Stratégie identitaire active	« on fait partie de l'équipe au même titre que les autres professionnels pour apporter une prise en charge complète. Le projet social fait partie intégrante du projet thérapeutique du patient. »	Intégration	4.4. Stratégie de Normalisation	AS2
56	4. Stratégie identitaire active	« c'est aussi le métier de l'assistante sociale, on n'a pas toujours tous les moyens »	Moyens	4.4. Stratégie de Normalisation	AS2
57	2. Perception du métier	« Cette autonomie me convient tout à fait. »	Autonomie	2.5. Points positifs du poste	AS2
58	2. Perception du métier	« un grand travail à mener sur les représentations que peuvent avoir les patients et les familles sur le rôle de l'Assistant Social. Ils ont beaucoup d'idées préconçues »	Améliorer la perception du métier	2.6. Point à développer ou à améliorer	AS2
59	2. Perception du métier	« je trouve que l'on n'est pas très à jour. C'est un point qui pourrait faire partie de la dynamique d'une équipe, de faire partie des projets d'une équipe »	Etre plus à jour	2.6. Point à développer ou à améliorer	AS2
60	5. Place du manager de proximité	« Après j'attends tout de même du cadre qu'il fasse le lien avec les partenaires et qu'il donne une dynamique à l'équipe. »	Attente de l'équipe	5.4. Développement partenariats	AS2

61	7. Collectif de travail	« lorsque ça fait longtemps que l'on est dans une équipe on a besoin d'être remis en question »	Nécessaire	7.5. Service social : réunion d'équipe	AS2
62	2. Perception du métier	« il faudrait des présentations régulières du service, au même titre que des informations collectives, au même titre que des supports à remettre tels que des flyers »	Communication	2.6. Point à développer ou à améliorer	AS2
63	9. Evolution du secteur	"moins de place à l'accompagnement en tant que tel et on voit peut-être de plus en plus une forme de management du résultat"	Attente de résultats	9.1. Evolution du métier d'assistant social	AS3
64	2. Perception du métier	"dans notre structure [...] l'assistante sociale est invisible"	Invisible	2.2. Par la hiérarchie	AS3
65	2. Perception du métier	"le peu qu'elle est visible c'est sur des choses très techniques"	Vision réductrice	2.3. Par les autres professionnels	AS3
66	2. Perception du métier	"le rôle de l'assistante sociale, dans le milieu hospitalier [...] est un modèle qui s'est peu à peu désagrégé"	Négatif	2.4. Par la société	AS3
67	4. Stratégie identitaire active	"le cœur de notre travail c'est la technicité dans l'accompagnement"	Expertise	4.1. Stratégie Offensive	AS3
68	9. Evolution du secteur	"c'est le temps que l'on nous impose qui nous malmène dans cette institution"	Pression temporaire	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS3
69	4. Stratégie identitaire active	"il faut arriver à une meilleure communication entre nous, ça veut dire aussi s'impliquer dans une équipe"	Communication	4.1. Stratégie Offensive	AS3
70	4. Stratégie identitaire active	"L'assistante sociale toute seule ne pourra rien faire"	Intégration	4.4. Stratégie de Normalisation	AS3
71	2. Perception du métier	"elle est soumise au secret professionnel, c'est aussi une des règles du métier, cette confidentialité lui permet d'avoir une vraie équité dans sa manière d'être et de faire pour les patients"	Spécificités	2.5. Points positifs du poste	AS3
72	2. Perception du métier	"on a une autonomie de travail qui est importante"	Autonomie	2.5. Points positifs du poste	AS3

73	5. Place du manager de proximité	"il faut que le responsable d'équipe et l'institution aient une connaissance juste de ce métier"	Visibilité	5.5. Communicant	AS3
74	2. Perception du métier	"C'est un métier où l'on peut inventer sa pratique"	Créatif	2.5. Points positifs du poste	AS3
75	4. Stratégie identitaire active	"Je dis toujours « quand il y a du paradoxe c'est qu'il y a de l'ouverture ». Je me dis donc toujours que c'est possible"	Pouvoir d'agir	4.1. Stratégie Offensive	AS3
76	9. Evolution du secteur	"on est de plus en plus à l'hôpital dans un management quantitatif"	Attente de résultats	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS3
77	9. Evolution du secteur	"dans un accompagnement on saucissonne puisqu'on rentre aussi une cotation, du PMSI, donc tout ça fait qu'on a une vision très saucissonnée de ce que l'on met en place"	Acte - cotation	9.1. Evolution du métier d'assistant social	AS3
78	9. Evolution du secteur	"l'évolution de l'hôpital peut [...] encourager à résumer l'assistante sociale à une connaissance technique « je sais, tu ne sais pas »"	Attente de résultats	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS3
79	4. Stratégie identitaire active	"Il faut faire comprendre à l'institution que tout n'est pas possible"	Poser des limites	4.1. Stratégie Offensive	AS3
80	10. Sens du travail	"ce qui fait sens, me concernant, c'est la notion d'accompagnement, d'écoute"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	AS3
81	10. Sens du travail	"Ce qui fait sens c'est tout ce travail de lien"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	AS3
82	10. Sens du travail	"Ce qui fait sens c'est l'implication professionnelle et humaine"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	AS3
83	10. Sens du travail	"Ce qui fait sens c'est de ne pas être seule dans son action, c'est un travail d'équipe"	Travail en équipe	10.2. Stratégies développées	AS3

84	10. Sens du travail	"ce qui donne la légitimité de mon travail ce n'est pas vraiment l'institution, ce n'est pas vraiment mon N+1, c'est le retour de mes patients"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	AS3
85	9. Evolution du secteur	"je pense qu'un des défis pour moi est d'être créatif"	Créatif	9.1. Evolution du métier d'assistant social	AS3
86	2. Perception du métier	"on peut inventer son travail, on peut faire des pas de côté. On est dans l'art de la débrouille"	Créatif	2.5. Points positifs du poste	AS3
87	8. Spécificités du secteur hospitalier	"je me considère comme soignant. Parce qu'être soignant ce n'est pas seulement porter une blouse, ce n'est pas seulement de faire des actes techniques, c'est être au plus près des patients"	Oui	8.2. AS est un soignant ?	AS3
88	6. Valorisation et reconnaissance	"on peut constater une hiérarchie dans la reconnaissance des soignants selon le niveau des soins prodigués. Et dans cette hiérarchie des soins, nous sommes, nous assistantes sociales, souvent en bas"	Des soignants et rééducateurs aux AS	6.1. Hiérarchisation des métiers	AS3
89	2. Perception du métier	"L'assistante sociale a aussi mauvaise presse. On lui porte un regard très critique, voire très méchant"	Négatif	2.4. Par la société	AS3
90	6. Valorisation et reconnaissance	"Dans le domaine hospitalier, ce qui a de la valeur c'est le soin dans son aspect technique"	Moins de valeur	6.2. Priorisation des actes	AS3
91	6. Valorisation et reconnaissance	"l'accompagnement social est perçu comme un plus, un bonus mais pas l'objectif premier"	Le social est un bonus	6.2. Priorisation des actes	AS3
92	7. Collectif de travail	"[du secteur social à l'IURC] il n'y a que l'assistante social, donc la cohabitation n'est pas simple et c'est ça qui est difficile pour une assistante sociale"	Mauvaise	7.2. Dans les services : ambiance de travail	AS3
93	8. Spécificités du secteur hospitalier	"un milieu hospitalier qui est tout de même très enraciné dans le strict soin"	Nécessaire	8.1. Intégration du projet thérapeutique	AS3

94	3. Lien avec la hiérarchie	"C'est très éloigné. C'est pour ça qu'il n'y a pas de reconnaissance du métier"	Peu présent	3.2. Avec la direction d'établissement	AS3
95	4. Stratégie identitaire active	"il faut avoir envie de construire ce lien-là, il faut accepter de dépenser de l'énergie"	Pouvoir d'agir	4.1. Stratégie Offensive	AS3
96	7. Collectif de travail	"Je ne m'arrête pas forcément à l'idée que mes collègues pensent différemment que moi"	Echange	7.4. Service social : ambiance de travail	AS3
97	4. Stratégie identitaire active	"elles pensent qu'avoir des informations c'est une part de pouvoir mais c'est bien une attitude défensive"	Comportement	4.2. Stratégie Défensive	AS3
98	4. Stratégie identitaire active	"c'est des combats vides, car on n'est pas soutenus"	Impuissance	4.2. Stratégie Défensive	AS3
99	6. Valorisation et reconnaissance	"là je me dis que l'institution ne devait même pas avoir connaissance de tout le travail qui a été fait, même pas connaissance..."	Indigné	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS3
100	6. Valorisation et reconnaissance	"Ce fut vraiment difficile. Et là aussi au niveau de la hiérarchie nada !"	Indigné	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS3
101	4. Stratégie identitaire active	"il faut qu'on arrive à transmettre à notre direction qui on est"	Communication	4.1. Stratégie Offensive	AS3
102	4. Stratégie identitaire active	"L'assistante sociale c'est l'art de la débrouille"	Innover	4.1. Stratégie Offensive	AS3
103	8. Spécificités du secteur hospitalier	"lorsqu'on a des besoins on leur demande d'être présentes et du coup on fait appel à eux"	Eventuellement	8.1. Intégration du projet thérapeutique	C1
104	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Selon moi c'est de faire le lien entre la rééducation et la post rééducation"	Réadaptation	8.3. Singularité de l'approche	C1
105	10. Sens du travail	"des patients qui ont eu des AVC ou des traumatismes crâniens et du coup c'est vrai que le service social prend tout son sens"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	C1
106	8. Spécificités du secteur hospitalier	"l'assistante sociale est comme une passerelle entre le milieu hospitalier et le milieu de vie des patients"	Passerelle	8.3. Singularité de l'approche	C1

107	2. Perception du métier	"Ça serait bien en tous cas qu'elles puissent participer à une commission d'admission pour déjà évaluer les besoins"	Intervenir dès l'admission	2.6. Point à développer ou à améliorer	C1
108	2. Perception du métier	"Je dirais ce lien très important entre le milieu hospitalier et l'extérieur"	Spécificités	2.5. Points positifs du poste	C1
109	6. Valorisation et reconnaissance	"Je pense que leur place est indispensable dans ce processus "	AS nécessaire	6.3. Reconnaissance par les pairs	C1
110	6. Valorisation et reconnaissance	"Leur place est donc indispensable pour moi, c'est indispensable dans un établissement de santé"	AS nécessaire	6.3. Reconnaissance par les pairs	C1
111	7. Collectif de travail	"l'assistante sociale fait partie de l'équipe pluridisciplinaire pour moi"	Intégration	7.1. Dans les services : place de l'AS	C1
112	8. Spécificités du secteur hospitalier	"si on considère un soignant comme une personne qui interagit pour le bien du patient et qui va mettre en place des choses pour l'aider dans son projet thérapeutique alors on peut les considérer comme du personnel soignant"	Oui dans le sens du "care"	8.2. AS est un soignant ?	C1
113	6. Valorisation et reconnaissance	"Les réunions sont actuellement très centrées sur les services de soins, sur les rééducateurs. On est entre nous"	Des soignants et rééducateurs aux AS	6.1. Hiérarchisation des métiers	C1
114	3. Lien avec la hiérarchie	"Aujourd'hui, on parle ponctuellement du service social, de certaines problématiques, mais c'est fait très ponctuellement"	Peu présent	3.2. Avec la direction d'établissement	C1
115	6. Valorisation et reconnaissance	"On ne les connaît pas trop bien, ils ne sont pas très visibles, on ne sait pas trop ce qu'ils font"	Invisible	6.5. Sentiment de dévalorisation	C1
116	6. Valorisation et reconnaissance	"Valorisés, c'est le bon terme, ils ne sont pas suffisamment valorisés"	Manque de valorisation	6.5. Sentiment de dévalorisation	C1
117	6. Valorisation et reconnaissance	"au niveau de la direction elles ne bénéficient pas forcément d'une grande reconnaissance"	Manque de reconnaissance	6.5. Sentiment de dévalorisation	C1

118	6. Valorisation et reconnaissance	"il suffit de regarder le nombre de professionnels que cela représente, je trouve qu'on a déjà par rapport à d'autres professions un nombre d'assistantes sociales qui est très très réduit"	Pas assez nombreux	6.5. Sentiment de dévalorisation	C1
119	4. Stratégie identitaire active	"les médecins font une présélection de voilà bah finalement on va peut-être demander que pour ces 3 patients là parce que c'est urgent au lieu de demander pour les 10"	Impuissance	4.2. Stratégie Défensive	C1
120	9. Evolution du secteur	"Il y a très souvent un manque de temps assistante sociale qui est partagé dans plusieurs services"	Manque de moyen	9.3. Impact dans l'accompagnement social	C1
121	9. Evolution du secteur	"certains se permettent d'aller sur des missions sociales qui sortent de leur champ de compétences. Ces situations désorganisent même l'équipe, il y a des glissements de tâches"	Glissement de tâches	9.3. Impact dans l'accompagnement social	C1
122	5. Place du manager de proximité	"Il faut qu'il y ait cette prise de conscience au niveau de la direction de ce besoin"	Négocier avec la direction	5.3. Médiateur	C1
123	5. Place du manager de proximité	"Je voulais discuter d'un temps en plus et savoir comment l'amener à la direction"	Négocier avec la direction	5.3. Médiateur	C1
124	5. Place du manager de proximité	"n'étant pas suffisamment bien représentées, elles ne sont pas suffisamment bien défendues et les besoins ne remontent pas !"	Défendre	5.1. Soutien	C1
125	6. Valorisation et reconnaissance	"peut-être que les moyens sont surtout mis au niveau des soins et de la rééducation pure"	Des soignants et rééducateurs aux AS	6.1. Hiérarchisation des métiers	C1
126	6. Valorisation et reconnaissance	"c'est oublier qu'un centre de rééducation fait aussi de la réadaptation et ça je pense qu'on l'oublie trop souvent"	Des soignants et rééducateurs aux AS	6.1. Hiérarchisation des métiers	C1

127	6. Valorisation et reconnaissance	"Désormais on s'oriente plus sur des profils de thérapeute plus « classiques » qui se centrent trop sur leur cœur de métier sans suffisamment faire du lien, faire du sens"	Des soignants et rééducateurs aux AS	6.1. Hiérarchisation des métiers	C1
128	5. Place du manager de proximité	"peut-être que les besoins ne sont pas trop remontés"	Négocier avec la direction	5.3. Médiateur	C1
129	5. Place du manager de proximité	"Je n'ai par exemple vraiment aucune idée de leur charge de travail, je ne pourrais pas aujourd'hui l'objectiver. Il n'y a pas de données chiffrées. Ce métier est peu visible parce qu'il n'est pas visible"	Demande de connaissance	5.5. Communicant	C1
130	2. Perception du métier	"Il faut surtout qu'elles soient mieux représentées au niveau de la direction. Il faudrait des éléments factuels qui ressortent"	Plus visible	2.6. Point à développer ou à améliorer	C1
131	2. Perception du métier	"on pourrait plus facilement mettre les moyens face aux besoins parce que la direction aura une meilleure connaissance de ces besoins"	Plus de moyen	2.6. Point à développer ou à améliorer	C1
132	2. Perception du métier	"Il faut aussi plus communiquer, communiquer auprès de nous, l'encadrement, auprès de la direction, auprès des équipes. Si on veut être plus valorisé, peut-être qu'il faut être plus visible tout simplement"	Communication	2.6. Point à développer ou à améliorer	C1
133	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Ce métier présente tout de même une certaine singularité, il est un peu à part par rapport aux autres dans un établissement comme le nôtre. On ne connaît pas trop le domaine social dans le secteur sanitaire. C'est un choc de culture : entre le monde du soin et le monde du social. Ça demande de communiquer davantage"	Culture différente des soins	8.3. Singularité de l'approche	C1
134	2. Perception du métier	"certains pensent que l'assistante sociale a juste à faire remplir des formulaires de demandes"	Vision réductrice	2.3. Par les autres professionnels	C1

135	7. Collectif de travail	"Je pense qu'elle n'est pas intégrée comme professionnelle de l'équipe"	Manque d'intégration	7.1. Dans les services : place de l'AS	C1
136	7. Collectif de travail	"l'assistante sociale se partage entre plusieurs services"	Trop de services	7.1. Dans les services : place de l'AS	C1
137	7. Collectif de travail	"il y a un problème architectural qui n'aide pas, comme j'ai dit son bureau n'est pas au niveau du service mais à l'étage du service social"	Problème architectural	7.1. Dans les services : place de l'AS	C1
138	9. Evolution du secteur	"On essaie maintenant d'un peu plus structurer la prise en charge des patients"	Structuration	9.2. Evolution du secteur hospitalier	C1
139	9. Evolution du secteur	"Au niveau du service social, il y a quand même une évolution avec le recrutement il y a un peu d'éducateurs spécialisés au service enfant"	Plus d'éducateur	9.1. Evolution du métier d'assistant social	C1
140	2. Perception du métier	"je pense à des choses très factuelles mais c'est quelque chose où on les sollicite vraiment souvent. Il s'agit de la mise en place de la télévision en chambre"	Vision réductrice	2.2. Par la hiérarchie	C1
141	2. Perception du métier	"trouver des solutions pour que le séjour se passe bien aussi pour l'équipe"	Positif	2.2. Par la hiérarchie	C1
142	7. Collectif de travail	"L'organisation est faite sur deux grosses activités réparties sur deux principaux sites"	Nécessaire	7.5. Service social : réunion d'équipe	C2
143	7. Collectif de travail	"Le service est vraiment organisé comme un service à part entière"	Nécessaire	7.5. Service social : réunion d'équipe	C2
144	7. Collectif de travail	"c'est une entité qui existe, qui est identifiée, qui est rattachée à la direction des opérations et des projets, avec un directeur qui est donc mon N+1"	Nécessaire	7.5. Service social : réunion d'équipe	C2
145	10. Sens du travail	"Etre une entité en tant que telle est important, en termes d'identité professionnelle et de positionnement professionnel pour les agents"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	C2

146	10. Sens du travail	"la décision finale du recrutement se fait également par moi et le rattachement hiérarchique n'est fait qu'à moi et c'est important. C'est important en tant que positionnement des professionnels dans les équipes de soins. C'est-à-dire qu'ils conservent une certaine autonomie, dans leurs décisions, dans leurs positions, par rapport à l'équipe pluridisciplinaire"	Pouvoir de décision	10.2. Stratégies développées	C2
147	10. Sens du travail	"les Assistants de Service Social sont à mon sens aujourd'hui dans les services de soins la seule profession qui n'intervient pas sous prescription médicale"	Autonomie	10.2. Stratégies développées	C2
148	10. Sens du travail	"C'est clairement pour avoir une liberté d'action, un pouvoir d'agir plus important"	Autonomie	10.2. Stratégies développées	C2
149	2. Perception du métier	"une Assistante de Service Social qui n'était pas rattachée au service social, pour laquelle on m'a demandé d'assurer un accompagnement technique [...] j'ai refusé tout. En disant que si cette personne n'est pas sous ma responsabilité, je ne peux pas être garant de ses bonnes pratiques [...] du coup cette expérience s'est mal terminée pour cette personne parce qu'elle a démissionné au bout de six mois"	Positionnement professionnel	2.7. RETEX : Situation de tension	C2
150	6. Valorisation et reconnaissance	"Quand c'est fait par des pairs, c'est plus rassurant pour les professionnels. Le fait d'appartenir à un service social permet d'avoir un lieu ressource pour les professionnels, ça permet de décharger"	Ecoute attentives entre AS	6.3. Reconnaissance par les pairs	C2
151	7. Collectif de travail	"je sais qu'il y a des moments off, des pauses-café, de petits moments conviviaux organisés ou non, qui sont des moments importants de régulation des équipes"	Oui	7.3. Service social : entraide	C2

152	5. Place du manager de proximité	"C'est un métier de relation d'aide et il y a forcément un impact sur soi, même si on essaie de mettre de la distance avec le patient. En principe c'est ce qui est prescrit, mais dans la vraie vie ce n'est pas forcément ce qui est vécu. D'où l'importance du collectif"	Fédérer	5.1. Soutien	C2
153	7. Collectif de travail	"les AS trouvent un intérêt à appartenir à un service social identifié mais avec une double appartenance avec les équipes avec lesquelles ils travaillent au quotidien"	Double appartenance	7.1. Dans les services : place de l'AS	C2
154	7. Collectif de travail	"les AS, lorsqu'ils sont sur un secteur ils ne veulent pas changer. La mobilité interne est un phénomène qui est très marginal chez nous [...] il y a un vrai attachement des AS à leurs services"	Absence de demande de mobilité	7.1. Dans les services : place de l'AS	C2
155	9. Evolution du secteur	"les évolutions marquantes, sans aucun doute, le passage à la tarification à l'activité [...] ça a significativement impacté les durées de séjour, et ce qui impacte la durée de séjour impacte les modalités d'intervention du service social"	Pression temporaire	9.3. Impact dans l'accompagnement social	C2
156	1. Evolution professionnelle	"il y a depuis une « commande institutionnelle » clairement affichée qui est d'être le principal acteur..., pour le dire de manière politiquement correcte, à la fluidité des parcours, ou permettre au patient d'être au bon endroit sur la bonne durée"	Commande institutionnelle	1.2. Dans le secteur hospitalier	C2
157	6. Valorisation et reconnaissance	"on peut avoir l'impression de devenir des videurs de lits et de faire du dégagement hospitalier"	Dégradant	6.5. Sentiment de dévalorisation	C2
158	4. Stratégie identitaire active	"le sens du travail c'est finalement nous qui le cherchons, le trouvons et le nourrissons"	Pouvoir d'agir	4.1. Stratégie Offensive	C2
159	1. Evolution professionnelle	"on est clairement dans une accélération des acteurs sur l'extérieur"	Externalisation de l'offre	1.2. Dans le secteur hospitalier	C2

160	6. Valorisation et reconnaissance	"à certains endroits le travail social est perçu comme étant assez accessoire et où notre action se résume à la question de la sortie"	Réducteur	6.5. Sentiment de dévalorisation	C2
161	5. Place du manager de proximité	"au moment du recrutement d'un agent, l'équipe va me demander des comptes et justifier le temps alloué. C'est donc une discussion et un compromis à trouver car tout est transparent chez nous"	Négociateur avec l'équipe	5.3. Médiateur	C2
162	7. Collectif de travail	"l'AS va faire sa place petit à petit. Je ne pourrai pas dire qu'un AS qui a des petits temps d'intervention dans un service soit finalement, avec le temps, moins bien intégré qu'un AS qui est à temps plein dans un service"	Intégration	7.1. Dans les services : place de l'AS	C2
163	6. Valorisation et reconnaissance	"Il y a le manque de reconnaissance perçu et vécu, ce n'est pas la même chose. Je pense que le service social est reconnu en tant que tel"	Mauvaise perception du regard des autres professionnels	6.3. Reconnaissance par les pairs	C2
164	6. Valorisation et reconnaissance	"Je pense que l'intervention des AS dans leurs services est reconnue, je pense que pour l'immense majorité elle est appréciée et à certains moments elle peut même être valorisée par les propos tenus par les autres professionnels de l'hôpital"	Ecoute attentive des autres professionnels	6.3. Reconnaissance par les pairs	C2
165	4. Stratégie identitaire active	"il s'agit d'un travail quotidien. Ce que je veux dire par là c'est que ce n'est jamais acquis. C'est un travail de tous les jours"	Communication	4.1. Stratégie Offensive	C2
166	4. Stratégie identitaire active	"c'est une reconnaissance qui doit être entretenue quotidiennement"	Communication	4.1. Stratégie Offensive	C2
167	3. Lien avec la hiérarchie	"quand ça fonctionne c'est génial, et quand ça ne fonctionne pas c'est difficile. C'est aussi simple que ça, et j'ai vécu les deux"	Fonction des personnes	3.2. Avec la direction d'établissement	C2

168	2. Perception du métier	"ne suis-je pas la bonne conscience d'un service hospitalier ?"	Négatif	2.3. Par les autres professionnels	C2
169	4. Stratégie identitaire active	"j'étais dans un service dans lequel j'ai su faire ma place pendant pratiquement 18 années en neurologie et où clairement, au début, j'ai beaucoup communiqué, j'ai posé les limites"	Communication	4.1. Stratégie Offensive	C2
170	4. Stratégie identitaire active	"la reconnaissance relève aussi d'un positionnement professionnel fort et clair"	Positionnement professionnel	4.1. Stratégie Offensive	C2
171	4. Stratégie identitaire active	"La question de la reconnaissance c'est aussi de se rendre compte à un moment donné que l'on devient expert dans son domaine et que l'on est sollicité pour ça"	Expertise	4.1. Stratégie Offensive	C2
172	4. Stratégie identitaire active	"Il faut être capable de se positionner et la reconnaissance pour moi est liée à ça et à une communication claire. On est sur une obligation de moyen et pas de résultat"	Positionnement professionnel	4.1. Stratégie Offensive	C2
173	5. Place du manager de proximité	"Moi en tant que leur responsable, je les encourage toujours à se positionner"	Positionner	5.1. Soutien	C2
174	4. Stratégie identitaire active	"Se respecter c'est aussi s'assurer d'une bonne reconnaissance"	Se respecter	4.1. Stratégie Offensive	C2

175	10. Sens du travail	"je remarque que la question de la reconnaissance ne vient pas au tout début, pas sur les deux premières années. Parce que sur les deux à trois premières années on est vraiment sur la dynamique positive après l'obtention de son DE [...] La première année on découvre, on se forme. La seconde année on découvre que la relation d'aide dans un service de soins ce n'est pas la même chose que dans un bureau. La troisième année on se forge une posture professionnelle. La question de la reconnaissance et de la valorisation vient après ça, elle se pose dans le parcours à 5 ans ou 7 ans d'ancienneté"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	C2
176	10. Sens du travail	"Les jeunes qui arrivent surfent sur l'engouement généré par la sortie de leur formation. C'est-à-dire qu'ils ont été boostés pendant trois ans à devenir des AS. Et il y a un capital « je sais pourquoi je veux faire ce métier » encore très fort. Il y a un engagement très présent"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	C2
177	10. Sens du travail	"au bout de 5/7 ans, c'est ce que je remarque, il y a des questionnements et une perte de sens. Et c'est vrai que c'est une période où on envisage de changer de poste, de changer d'employeur, où on reste mais avec un accroissement du sentiment de manque de reconnaissance"	Processus de Déconstruction	10.1. Processus de construction / déconstruction	C2
178	10. Sens du travail	"après, avec les années, on augmente son niveau d'expertise, on est plus confiant et ce sentiment s'estompe petit à petit"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	C2
179	8. Spécificités du secteur hospitalier	"la plus-value vient de l'essence même du métier, c'est-à-dire que l'on propose quelque chose en plus des soins aux patients"	Apporte un plus	8.3. Singularité de l'approche	C2

180	8. Spécificités du secteur hospitalier	"un soignant ? Dans le sens du « care », dans le sens du « prendre soin »"	Oui dans le sens du "care"	8.2. AS est un soignant ?	C2
181	10. Sens du travail	"C'est le service public, c'est ce qui fait sens, c'est ce qui doit faire sens chez nous, clairement, sans condition"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	C2
182	1. Evolution professionnelle	"les enjeux sont clairement les nouveaux métiers. Je pense qu'aujourd'hui les métiers de la coordination sont de plus en plus importants"	Nouveaux métiers	1.1. Au sein de l'organisation	C2
183	6. Valorisation et reconnaissance	"Indiscutablement le service rendu aux patients et à leurs familles. D'avoir le sentiment d'avoir apporté quelque chose. Parfois, peut-être pour certains, d'avoir un petit côté sauveur"	Les patients	6.4. Principale source de motivation	C2
184	7. Collectif de travail	"il y a de l'entraide. La bonne entente dans le service dépend beaucoup de ceux qui le composent. C'est comme partout"	Oui	7.3. Service social : entraide	C2
185	4. Stratégie identitaire active	"Le métier d'Assistant de service Social n'est plus un métier [...] qui fait rêver"	Négatif	4.2. Stratégie Défensive	C2
186	5. Place du manager de proximité	"le manager doit en avoir conscience, il faut alors bien doser avec des personnes plus expérimentées afin d'aboutir à un bon équilibre"	Expérience	5.2. Animateur	C2
187	6. Valorisation et reconnaissance	"Il y a eu aussi un effet « même les Assistants de Service Social sont restés sur le pont et étaient là »"	Changement de regard	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	C2
188	6. Valorisation et reconnaissance	"ça a renforcé le sentiment d'appartenance au corps hospitalier. Il y a eu une certaine fierté à travailler pour l'hôpital par rapport aux autres AS à l'extérieur qui eux étaient en télétravail"	Sentiment d'appartenance	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	C2

189	6. Valorisation et reconnaissance	"un ou deux restaurateurs qui ont apporté à manger au service social et tout le monde était hyper heureux. Je crois même qu'ils ont été surpris, c'était une incroyable reconnaissance"	Changement de regard	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	C2
190	6. Valorisation et reconnaissance	"lorsqu'il y a un événement de cette taille-là, de cette gravité-là, il y a toujours un impact fédérateur pour l'équipe"	Fédérer	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	C2
191	5. Place du manager de proximité	"nous sommes bien mieux identifiés par la direction. Nous avons accès à des informations que nous n'avions pas auparavant. Je connais tous les directeurs, je suis en interaction avec eux. Je parle du service social partout où je suis"	Confiance	5.5. Communicant	C2
192	4. Stratégie identitaire active	"on pensera à nous quand on élaborera un projet, c'est-à-dire que l'on pensera à nous lorsqu'il y aura un sujet qui touchera la question de l'interaction ville-hôpital, puisque nous sommes le service de cette interface plus que tout autre"	Communication	4.1. Stratégie Offensive	C2
193	6. Valorisation et reconnaissance	"je dois reconnaître que je me sens un peu isolé"	Isolement	6.5. Sentiment de dévalorisation	C2
194	6. Valorisation et reconnaissance	"Sur la question de la valorisation, je n'en ai jusqu'à présent volontairement pas parlé, c'est la question de la valorisation financière. Je la pose à la fin car il s'agit d'un point important pour les Assistants de service Social. On n'y échappe pas, c'est une question centrale"	Rémunération	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	C2

195	2. Perception du métier	"les revalorisations des grilles indiciaires des hospitaliers ne touchent jamais les revalorisations des grilles indiciaires des Assistants de service Sociaux. Pourquoi, parce que c'est technique, ce n'est pas dans le service public hospitalier que l'on trouve le plus d'Assistants de service Social. C'est dans la fonction publique territoriale et d'Etat. Donc les grilles indiciaires des AS dans le secteur hospitalier ne peuvent bouger que si les autres grilles des autres mastodontes du service public ont elles-mêmes bougé"	Meilleure représentation dans la fonction publique hospitalière	2.6. Point à développer ou à améliorer	C2
196	4. Stratégie identitaire active	"ils bougent de manière assez timide. Je trouve qu'au niveau de mon équipe ils ne sont pas suffisamment forts de proposition"	Manque d'engagement	4.3. Stratégie d'Evitement	C2
197	5. Place du manager de proximité	"Je les encourage à prendre des initiatives, à communiquer encore et toujours"	Communiquer	5.1. Soutien	C2
198	1. Evolution professionnelle	"nous avons peu de moyens alloués à la formation"	Peu de formation	1.4. Formation / Développement de compétences	C2
199	1. Evolution professionnelle	"on est plutôt sur un besoin sur la pratique professionnelle plutôt que sur un besoin d'évolution"	Souhait de formation	1.4. Formation / Développement de compétences	C2
200	1. Evolution professionnelle	"les perspectives d'évolution en interne sont limitées"	Absence d'évolution en interne	1.1. Au sein de l'organisation	C2
201	9. Evolution du secteur	"je constate malheureusement la dégradation des situations sociales des personnes accueillies, c'est la paupérisation, c'est des situations familiales de plus en plus tendues et de plus en plus conflictuelles, et un rajeunissement aussi des patients suivis"	Paupérisation des situations	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS4

202	9. Evolution du secteur	"Chaque année pratiquement depuis que je suis en poste nous avons eu une direction différente avec à chaque fois de nouvelles orientations"	Trop de changement dans la direction	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS4
203	7. Collectif de travail	"je suis un peu sur un drôle d'entre-deux bizarre. Ce qui fait que j'ai un peu une double hiérarchie on va dire. Je suis la seule de l'équipe sociale dans ce cas de figure"	Double appartenance	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS4
204	7. Collectif de travail	"ce n'est pas une situation confortable, je ne me sens pas à l'aise dans cette situation, parce que avec tout ça j'ai du mal à me rattacher à l'équipe des Assistantes Sociales"	Inconfort	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS4
205	6. Valorisation et reconnaissance	"Quand mes collègues sont absentes je les remplace, j'interviens dans leurs services et là tout le monde est content que je sois indifférenciée, mais par contre lorsqu'il s'agit de revalorisation on remet une frontière... enfin bref c'est compliqué"	Dégradant	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS4
206	10. Sens du travail	"Ce qui fait sens c'est déjà le sentiment de se sentir utile. C'est bête mais c'est déjà la base et c'est la chose qui me vient en premier"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	AS4
207	6. Valorisation et reconnaissance	"on apprend tous les jours sur les pathologies, sur le travail des uns et des autres et sur nos interlocuteurs externes"	Connaissance	6.4. Principale source de motivation	AS4
208	6. Valorisation et reconnaissance	"Moi j'ai la chance par cette double casquette de revoir des mois plus tard, voire des années plus tard, ces mêmes patients, et je les retrouve dans leur parcours de soins à EMOI-TC. Ils sont passés de l'hospitalisation complète à l'hospitalisation de jour puis à EMOI-TC. Et c'est vrai que c'est sans doute dans ce service là qu'il y a plus de reconnaissance parce que les patients sont plus prêts à entendre, ils ont cheminé depuis et arrivent avec d'autres demandes et dans une autre dynamique"	Suivi au long court des patients	6.4. Principale source de motivation	AS4

209	6. Valorisation et reconnaissance	"ils nous le disent, ils disent que l'on a été là au bon moment, pour leur donner des pistes et les aider dans des démarches pas simples"	Les patients	6.4. Principale source de motivation	AS4
210	2. Perception du métier	"les collègues ne voient pas vraiment ce que l'on fait, ils ne se rendent pas vraiment compte"	Décalage	2.3. Par les autres professionnels	AS4
211	2. Perception du métier	"on est aussi confrontés à des collègues qui ne comprennent pas pourquoi certaines situations restent bloquées X temps"	Incompréhension	2.3. Par les autres professionnels	AS4
212	8. Spécificités du secteur hospitalier	"on passe notre temps à faire des démarches et c'est sûr que c'est invisible et puis en plus la plupart du temps ça ne porte même pas ses fruits"	Travail invisible	8.3. Singularité de l'approche	AS4
213	2. Perception du métier	"parfois on a des demandes qui sont un petit peu... qui ne sont pas adaptées"	Vision réductrice	2.3. Par les autres professionnels	AS4
214	7. Collectif de travail	"on est toujours seules : la seule Assistante Sociale d'un service. Vous voyez ? Y-a pas quatre kinés, 4 Assistantes Sociales pour un service. Il y aura peut-être quatre kinés mais une seule Assistante Sociale"	Isolement	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS4
215	7. Collectif de travail	"Pour les services de soin, ce qui n'aide pas c'est que mon bureau est éloigné du service. Le service est au troisième étage et mon bureau est au rez-de-chaussée alors ça n'aide pas"	Problème architectural	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS4
216	7. Collectif de travail	"on échange beaucoup sur les patients, on a des temps dédiés à cela donc on a l'habitude de se voir, de comprendre comment les uns les autres travaillent"	Intégration	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS4

217	7. Collectif de travail	"on a des temps d'échange, je dirais d'à-peu-près une fois par mois ou tous les deux mois. On a une matinée,... enfin une matinée... on a deux heures, deux heures par mois ou tous les deux mois. On échange sur les pratiques, sur les difficultés que l'on peut rencontrer, sur les aspects tout à fait pratiques"	Nécessaire	7.5. Service social : réunion d'équipe	AS4
218	3. Lien avec la hiérarchie	"Pendant longtemps on n'avait pas de N+1, nous étions alors directement rattachées à la direction. Et là pour le coup on était un petit peu... on n'était pas sur la même planète, on ne parlait pas de la même chose"	Nécessaire	3.1. Avec son manager de proximité	AS4
219	3. Lien avec la hiérarchie	"nos N+1 nous connaissent, apprécient notre travail, sont conscients de ce que cela implique et puis tout simplement ils savent ce que l'on fait"	Nécessaire	3.1. Avec son manager de proximité	AS4
220	3. Lien avec la hiérarchie	"Je peux me tromper mais... peut-être qu'ils connaissent mieux le personnel que ce que j'imagine. Mais ils ne donnent pas cette impression. Ils ne connaissent en tous cas pas notre travail, les difficultés que l'on peut rencontrer et notre quotidien tout simplement"	Peu présent	3.2. Avec la direction d'établissement	AS4
221	2. Perception du métier	"on rencontre tous les nouveaux patients pour leur expliquer le rôle de notre service et les missions de chacun. Donc ça c'est vraiment utile parce que parfois on voit des représentations très négatives des Assistantes Sociales"	Mauvaise représentation	2.1. Par les patients	AS4
222	6. Valorisation et reconnaissance	"je ne dirais pas qu'ils nous manifestent une reconnaissance particulière mais par contre ils ont connaissance de notre métier et ses difficultés. Donc c'est plus une reconnaissance mutuelle entre pairs"	Reconnaissance mutuelle entre professionnels	6.3. Reconnaissance par les pairs	AS4

223	6. Valorisation et reconnaissance	"Je me sens libre de faire ce que je dois faire, d'évaluer une situation, de prendre les décisions qui sont à prendre,... oui je me sens libre"	Autonomie	6.4. Principale source de motivation	AS4
224	2. Perception du métier	"j'ai l'impression d'apporter ma contribution au même titre que les autres. D'apporter mon expertise parce qu'au bout de 5 ans j'estime que l'on a assez de bagages pour apporter quelque chose à une équipe"	Gratifiant	2.5. Points positifs du poste	AS4
225	6. Valorisation et reconnaissance	"Un regard différent... non je ne pense pas non"	Pas de changement	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS4
226	6. Valorisation et reconnaissance	"c'était une période angoissante pour tout le monde. Mais non je ne pense pas que cela ait pu changer la vision sur nous, ça m'étonnerait... beaucoup"	Angoissant	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS4
227	2. Perception du métier	"lorsque j'ai débuté comme Assistante Sociale, il y avait une certaine fierté à faire ce métier, certaines connaissances pouvaient dire « à oui c'est super, tu es Assistante Sociale, tu aides les gens ». C'était super gratifiant. Depuis quelques années, c'est plutôt très négatif « Ah oui c'est toi qui t'occupes des cas-sociaux et qui trouves des aides ». C'est très péjoratif et très réducteur. Le regard de la société a changé sur nous"	Dégradation	2.4. Par la société	AS4
228	2. Perception du métier	"On nous attend sur la sortie. On doit préparer la sortie du patient avant tout"	Attente de résultats	2.2. Par la hiérarchie	AS4
229	9. Evolution du secteur	"Il faut donc anticiper au maximum"	Pression temporaire	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS4
230	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Aujourd'hui, je ne connais pas à l'avance les problématiques sociales des patients qui arrivent"	Manque	8.1. Intégration du projet thérapeutique	AS4

231	6. Valorisation et reconnaissance	"je ressens beaucoup de liberté, je me sens parfaitement autonome"	Autonomie	6.4. Principale source de motivation	AS4
232	7. Collectif de travail	"il y a une bonne ambiance de travail. Alors de l'entraide c'est difficile à dire parce qu'on a chacun ses secteurs"	Oui	7.3. Service social : entraide	AS4
233	3. Lien avec la hiérarchie	"L'impact va être vraiment sur le choix des N+1. Qui va manager le service social ? C'est une question essentielle sur notre travail, pour avoir une bonne représentation de notre travail, une bonne répartition, une dynamique"	Quelqu'un du métier	3.1. Avec son manager de proximité	AS4
234	5. Place du manager de proximité	"nous avons des attentes envers un manager. On attend une écoute, une interface avec la direction, on s'attend d'être soutenues"	Ecouter	5.1. Soutien	AS4
235	5. Place du manager de proximité	"on a absolument besoin de soutien, d'écoute et d'être défendues"	Défendre	5.1. Soutien	AS4
236	5. Place du manager de proximité	"On a besoin de savoir qu'ils seront-là pour nous protéger et nous soutenir. C'est aussi une façon de reconnaître notre travail. Et aujourd'hui ce soutien manque un peu tout de même"	Reconnaissance	5.1. Soutien	AS4
237	6. Valorisation et reconnaissance	"La reconnaissance n'est pas individuelle là, c'est une forme de reconnaissance collective. On a besoin de se sentir collectivement soutenues"	Demande de reconnaissance par les autres professionnels	6.3. Reconnaissance par les pairs	AS4
238	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Non je ne suis pas soignant. Non. Je suis dans le prendre soin, c'est différent. Pour moi, soignant est à réserver à ceux qui apportent des actes techniques dans les soins"	Non mais dans le sens du "care"	8.2. AS est un soignant ?	AS4
239	8. Spécificités du secteur hospitalier	"On contribue au processus de deuil et on contribue au processus de reconstruction. C'est ça sans doute notre réelle plus-value"	Processus de deuil	8.3. Singularité de l'approche	AS4

240	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Avec EMOI-TC on est finalement d'avantage sur le processus de reconstruction, qui est sans doute un peu plus valorisant"	Processus de reconstruction	8.3. Singularité de l'approche	AS4
241	6. Valorisation et reconnaissance	"c'est drôle parce qu'avec cet exercice je me dis... ben en fait qu'est-ce que j'aime ce métier malgré tout !"	Analyse de la pratique	6.6. Sentiment de valorisation	AS4
242	6. Valorisation et reconnaissance	"Mais ce qui est difficile c'est de se dire que l'on manque de moyens et on se sent démunies"	Manque de moyen	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS4
243	9. Evolution du secteur	"S'agissant du SSR, je dirais que nos missions se sont vraiment déployées et élargies. On accueille des populations beaucoup plus larges, on prend des pathologies plus diversifiées"	Plus de pathologies	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS5
244	9. Evolution du secteur	"une évolution du côté des populations accueillies, plus de précarité, plus de fragilité, plus d'isolement, peut-être un désengagement des familles"	Paupérisation des situations	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS5
245	9. Evolution du secteur	"on constate également un vrai manque de moyens sur le territoire"	Manque de moyen	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS5
246	9. Evolution du secteur	"il y a de moins en moins de place en EHPAD ou en MAS ou dans toutes autres structures de placement"	Sortie hôpital plus difficile	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS5
247	7. Collectif de travail	"Ce que je trouve tout de même chouette par rapport à cette évolution des 15 ans c'est que l'on fait toujours partie intégrante des équipes, que l'on a d'excellents contacts avec les médecins"	Intégration	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS5
248	9. Evolution du secteur	"Quand je suis arrivée, nous étions trois AS plus une secrétaire. Après la secrétaire a eu sa retraite mais n'a jamais été remplacée. Du coup ben on a une charge administrative beaucoup plus importante"	Charge administrative	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS5

249	6. Valorisation et reconnaissance	"on vit aussi des absences qui ne sont pas remplacées. Donc ce n'est pas très simple à vivre et on se demande si on est considérés"	Pas assez nombreux	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS5
250	9. Evolution du secteur	"je dirais que la grande évolution marquante a été le passage à la tarification à l'activité"	Résultats	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS5
251	3. Lien avec la hiérarchie	"si on regarde du côté hiérarchique pour notre établissement, je trouve que les choses se sont fortement dégradées"	Dégradation	3.2. Avec la direction d'établissement	AS5
252	3. Lien avec la hiérarchie	"lorsque je suis arrivée, on avait un référent du service social qui connaissait notre métier, qui connaissait nos missions et qui faisait l'interface avec l'extérieur. Aujourd'hui cette interface, on ne l'a plus"	Nécessaire	3.1. Avec son manager de proximité	AS5
253	3. Lien avec la hiérarchie	"la direction sait qu'il y a des Assistantes Sociales dans leur établissement. Après identifiée, je ne suis pas certaine qu'ils seraient nous identifier"	Peu présent	3.2. Avec la direction d'établissement	AS5
254	2. Perception du métier	"les médecins et les équipes nous connaissent bien et reconnaissent notre travail. Je fais vraiment une distinction entre la direction et les équipes"	Positif	2.3. Par les autres professionnels	AS5
255	7. Collectif de travail	"j'assiste régulièrement aux réunions de synthèse et je pense que grâce à ça ils nous connaissent bien et n'hésitent pas à nous poser des questions. Que ce soit un médecin, un kiné, une infirmière, on travaille très bien ensemble"	Importance temps de synthèse	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS5
256	4. Stratégie identitaire active	"je pense que c'est important de se montrer, de se faire voir, de se faire connaître"	Communication	4.1. Stratégie Offensive	AS5

257	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Un AS en milieu hospitalier ou dans le milieu associatif ou de secteur, les missions ne sont absolument pas les mêmes"	Diversité	8.3. Singularité de l'approche	AS5
258	8. Spécificités du secteur hospitalier	"On est un centre de rééducation, les gens ne sont pas non plus là trois jours, donc en général on est prévenus suffisamment tôt et on a la possibilité de faire un travail de qualité"	Réadaptation	8.3. Singularité de l'approche	AS5
259	2. Perception du métier	"ils ont aussi leurs représentations, on n'est pas Mère Thérèse, ni les restos du cœur"	Mauvaise représentation	2.1. Par les patients	AS5
260	7. Collectif de travail	"Construire est un processus très long, déconstruire peut être très rapide. Il faut malheureusement sans cesse se faire connaître et réexpliquer nos missions"	Nécessaire	7.6. Service social : communication vers l'externe	AS5
261	6. Valorisation et reconnaissance	"on peut être sollicité pour tout et n'importe quoi et ça peut être parfois dévalorisant voire dégradant"	Dégradant	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS5
262	2. Perception du métier	"On n'est pas la banque populaire non plus"	Vision réductrice	2.3. Par les autres professionnels	AS5
263	10. Sens du travail	"On ne va pas toujours pouvoir régler des problématiques sociales vieilles de plusieurs années en quelques semaines sur le temps de séjour. Et ça les collègues ou les patients parfois ont du mal à le comprendre"	Poser des limites	10.2. Stratégies développées	AS5
264	10. Sens du travail	"Il y a donc des aspects qui relèvent de notre fonction d'Assistante Sociale dans le domaine hospitalier car c'est en lien direct avec la maladie et d'autres aspects qui préexistaient déjà d'avant et qui relèvent selon moi des Assistantes Sociales de secteur"	Poser des limites	10.2. Stratégies développées	AS5
265	10. Sens du travail	"Il y a des choses que je vais traiter et des choses où je vais orienter"	Poser des limites	10.2. Stratégies développées	AS5

266	2. Perception du métier	"la plus-value vient chez nous de l'entraide, le soutien et l'écoute aux patients"	Entraide	2.5. Points positifs du poste	AS5
267	2. Perception du métier	"c'est ça la plus-value dans ce secteur, on accepte de faire des pas de côté"	Autonomie	2.5. Points positifs du poste	AS5
268	2. Perception du métier	"L'autre plus-value est notre place au sein d'une équipe, je m'enrichie du travail des autres"	Enrichissant	2.5. Points positifs du poste	AS5
269	2. Perception du métier	"J'apprends tous les jours et c'est très motivant. On apprend sans cesse de nouvelles choses"	Apprentissage	2.5. Points positifs du poste	AS5
270	2. Perception du métier	"ce sentiment d'utilité. De se dire que l'on va intervenir dans leur parcours de vie. Surtout dans les parcours longs, on va être présent un petit moment auprès d'eux et faire partie d'un moment de leur vie en tentant de les aider comme on peut"	Utilité	2.5. Points positifs du poste	AS5
271	2. Perception du métier	"C'est [...] une richesse de pouvoir comme ça intervenir dans plusieurs services. Après oui ça nécessite toute une organisation, une flexibilité importante"	Enrichissant	2.5. Points positifs du poste	AS5
272	10. Sens du travail	"je considère accompagner avant tout des patients, donc je ne m'impose pas ça, je réponds avant tout aux besoins"	Poser des limites	10.2. Stratégies développées	AS5
273	7. Collectif de travail	"Je n'ai pas le même sentiment d'appartenance selon les services. Cela dépend des types de prises en charge. Concrètement, je me sens plus intégrée dans les équipes où mon travail est plus dense, plus important"	Pas la même place selon les services	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS5
274	7. Collectif de travail	"Mon intégration est ainsi plus importante dans les services où mon champ d'intervention est plus large et où je suis le plus attendue"	Intégration	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS5
275	7. Collectif de travail	"j'ai plutôt tendance à dire que je suis plutôt l'Assistante Sociale de telle UF ou de telle UF que du service social du Clemenceau. Ce qui est un peu dommageable"	Identité professionnelle forte par les UF	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS5

276	2. Perception du métier	"ça peut participer au fait que l'on est moins facilement identifié d'une direction. Avec un service social fort, ça serait moins le cas"	Service social pas suffisamment fort	2.2. Par la hiérarchie	AS5
277	7. Collectif de travail	"ce qui me manque personnellement dans ces échanges c'est le travail que nous aurions à mener avec les partenaires extérieurs de l'établissement"	Manque	7.6. Service social : communication vers l'externe	AS5
278	7. Collectif de travail	"nous ne sommes pas suffisamment identifiées à l'extérieur et pourtant on en aurait bien besoin"	Manque	7.6. Service social : communication vers l'externe	AS5
279	5. Place du manager de proximité	"Ce que je peux attendre aussi de mon N+1 est d'être soutenue et défendue auprès de notre direction qui n'a pas conscience de notre travail et de nos difficultés"	Défendre	5.1. Soutien	AS5
280	7. Collectif de travail	"mes autres collègues sur Strasbourg je les vois très peu, que lors de ces temps de réunion. Et on va finalement plus parler de temps de congés et des choses comme ça. Donc je ne me sens pas « proche » d'elles"	Manque de lien	7.4. Service social : ambiance de travail	AS5
281	7. Collectif de travail	"on n'a pas de dossier commun ni d'outils en commun, mais il y a eu. Notamment à l'époque où nous avions une secrétaire. C'était finalement elle qui centralisait tout ça. C'est elle qui faisait ce lien entre nous malgré la distance des deux sites"	Peu de travail collaboratif	7.3. Service social : entraide	AS5
282	7. Collectif de travail	"On a perdu ce lien et chacune fait dans son coin"	Manque de lien	7.4. Service social : ambiance de travail	AS5
283	1. Evolution professionnelle	"Je dois individuellement me renseigner pour trouver une formation adaptée à mon activité et lorsque je l'ai trouvée ce n'est pas certain que j'aurai le financement et l'autorisation pour"	Peu de formation	1.4. Formation / Développement de compétences	AS5

284	3. Lien avec la hiérarchie	"les interlocuteurs que j'ai en face de moi se relancent la balle et ne m'apportent pas de réponse"	Absence de réponse	3.2. Avec la direction d'établissement	AS5
285	7. Collectif de travail	"il y a un élan de solidarité qui s'est mis en place durant cette première vague"	Meilleure	7.2. Dans les services : ambiance de travail	AS5
286	6. Valorisation et reconnaissance	"Dans cette période-là les patients avaient aussi besoin d'autre chose. Moi, je me suis sentie aussi responsable de ces patients. Voilà le COVID a apporté un poids supplémentaire à leur situation et je me suis demandée ce que je pouvais apporter de plus pour les soutenir dans cette période difficile. Alors après j'ai fait des choses hors-cadre"	Démarche innovante	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS5
287	6. Valorisation et reconnaissance	"Il y a eu un élan de solidarité dans le service mais aussi en dehors. C'était très valorisant et très gratifiant aussi"	Solidarité	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS5
288	6. Valorisation et reconnaissance	"C'était une période difficile mais qui a créé des liens différents entre nous. J'avais besoin de montrer que, moi Assistante Sociale, j'étais quelque part en soutien avec les collègues soignants et que je pensais à eux, qu'ils n'étaient pas seuls"	Solidarité	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS5
289	8. Spécificités du secteur hospitalier	"on ne soigne pas les mêmes maux mais oui je me considère comme soignante. Je suis dans le prendre soin. Je suis dans l'écoute et dans l'aide, sans jugement"	Oui dans le sens du "care"	8.2. AS est un soignant ?	AS5
290	9. Evolution du secteur	"je pense que l'on va accueillir des personnes plus précaires et avec moins de moyens"	Moins de moyens	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS5
291	9. Evolution du secteur	"on a des moyens techniques plus importants, des moyens médicaux, on est plus performants, mais on a moins de moyens humains"	Moins de moyens	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS5

292	2. Perception du métier	"J'aime mon travail, j'aime toujours ce que je fais. J'aimerais d'avantage encadrer des stagiaires, je trouve que c'est important de transmettre, de transmettre notre savoir, nos connaissances, c'est important et c'est aussi valorisant"	Transmission	2.5. Points positifs du poste	AS5
293	1. Evolution professionnelle	"J'aimerais aussi avoir accès à des formations plus rapidement. J'aimerais intervenir également auprès des internes en médecine pour pouvoir faire de la sensibilisation"	Souhait de formation	1.4. Formation / Développement de compétences	AS5
294	2. Perception du métier	"On doit sans cesse réexpliquer auprès des équipes parce que ça bouge beaucoup. Moi j'ai le sentiment, malgré nos difficultés, que l'on fait un travail de qualité et je trouve que c'est fatiguant de devoir expliquer sans cesse ce que l'on fait"	Communication	2.6. Point à développer ou à améliorer	AS5
295	6. Valorisation et reconnaissance	"on est aussi sollicités pour tout et n'importe quoi et ce n'est pas très valorisant non plus... Quand les gens ne savent pas « ben il y a qu'à aller voir l'AS, l'AS aura qu'à se démerder » désolée du terme mais c'est tout de même un peu ça parfois"	"Larbin"	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS5
296	9. Evolution du secteur	"Le principal changement concerne la paupérisation des situations, avec bien entendu un impact très fort sur notre suivi"	Paupérisation des situations	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS6
297	9. Evolution du secteur	"la tarification à l'activité a beaucoup changé les choses, c'est la course pour la préparation à la sortie"	Pression temporaire	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS6
298	9. Evolution du secteur	"le profil des personnes a beaucoup changé... on est plus dans la revendication"	Revendication patients	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS6

299	6. Valorisation et reconnaissance	"en centre de rééducation ce n'est pas l'Assistante sociale que l'on va attendre en premier, ce n'est pas le métier le plus reconnu"	Des soignants et rééducateurs aux AS	6.1. Hiérarchisation des métiers	AS6
300	2. Perception du métier	"l'Assistante Sociale en Centre de Rééducation a plus de temps d'accompagnement qu'à l'hôpital. Et ce temps en plus, c'est une réelle plus-value !"	Plus de temps en SSR	2.5. Points positifs du poste	AS6
301	6. Valorisation et reconnaissance	"on n'a peut-être pas de possibilités non plus de s'exprimer, on cherche à être plus visibles"	Isolement	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS6
302	4. Stratégie identitaire active	"on manque de moyens, bon comme tous les services, ils vont tous vous dire ça... mais lorsqu'on regarde bien, notre service social a peu évolué en nombre d'ETP en 20 ans"	Moyens	4.4. Stratégie de Normalisation	AS6
303	7. Collectif de travail	"aujourd'hui je m'identifie beaucoup plus à mes UF qu'au service social, soyons très clair"	Distinction service social et UF	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS6
304	7. Collectif de travail	"Il y a très peu de liens, on ne fait pas équipe, et c'est dommage parce que c'était le cas avant"	Manque de lien	7.4. Service social : ambiance de travail	AS6
305	7. Collectif de travail	"on avait auparavant un responsable qui connaissait bien notre métier, on avait des projets, dont un projet de pôle régional, c'était très intéressant. Et à son départ, c'est devenu compliqué et désormais ce lien on ne l'a plus, on a perdu ça"	Pas suffisant	7.5. Service social : réunion d'équipe	AS6
306	6. Valorisation et reconnaissance	"on a été un peu dépouillés avec le temps"	Manque de moyen	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS6
307	7. Collectif de travail	"il y a 20 ans je me sentais vraiment appartenir à un service social et aujourd'hui je ne le ressens plus du tout"	Manque de lien	7.4. Service social : ambiance de travail	AS6
308	7. Collectif de travail	"Il y avait une certaine fierté aussi et aujourd'hui... bon... on fait notre travail"	Fierté	7.4. Service social : ambiance de travail	AS6
309	2. Perception du métier	"ce que j'aime le plus c'est de travailler en équipe, d'être en pluridisciplinarité"	La pluridisciplinarité	2.5. Points positifs du poste	AS6

310	2. Perception du métier	"en 20 ans, ce qui me fait tenir, au-delà des patients eux-mêmes, c'est bien cette pluridisciplinarité"	La pluridisciplinarité	2.5. Points positifs du poste	AS6
311	7. Collectif de travail	"les réunions d'équipe... c'est une fois par mois... enfin lorsqu'on regarde bien c'est plus 8 réunions dans l'année. Et puis, on parle de... banalités"	Inutiles	7.5. Service social : réunion d'équipe	AS6
312	7. Collectif de travail	"Ce qui est le plus important aujourd'hui c'est d'harmoniser nos façons de travailler"	Harmonisation des pratiques	7.5. Service social : réunion d'équipe	AS6
313	7. Collectif de travail	"travailler avec les partenaires. On ne travaille pas suffisamment avec eux. Ça manque énormément"	Manque	7.6. Service social : communication vers l'externe	AS6
314	3. Lien avec la hiérarchie	"je pense tout de même que nous sommes reconnues et connues par la direction mais ça ne s'est jamais traduit par plus de moyens"	Bonne connaissance	3.2. Avec la direction d'établissement	AS6
315	3. Lien avec la hiérarchie	"il y a 20 ans on était plus reconnus. Après on était plus proches de la direction"	Peu présent	3.2. Avec la direction d'établissement	AS6
316	3. Lien avec la hiérarchie	"la direction, à l'époque on pouvait échanger avec elle sur des patients, ils les connaissaient ! Maintenant, ils sont éloignés, déjà ils sont sur Illkirch, ils n'ont plus non plus le même profil. Nous sommes sur des personnes qui ne viennent plus forcément du terrain"	Peu présent	3.2. Avec la direction d'établissement	AS6
317	4. Stratégie identitaire active	"je ne leur reproche pas, c'est comme ça, c'est l'évolution du secteur"	Evolution du secteur	4.4. Stratégie de Normalisation	AS6
318	3. Lien avec la hiérarchie	"Avant on avait un directeur, qui venait tous les jours passer dans le service pour prendre la température. Tout ça c'est fini"	Peu présent	3.2. Avec la direction d'établissement	AS6
319	1. Evolution professionnelle	"c'est compliqué... les formations... c'est compliqué"	Peu de formation	1.4. Formation / Développement de compétences	AS6

320	1. Evolution professionnelle	"les perspectives d'évolution il n'y en a pas. A part si on veut être un jour responsable du service social, c'est tout"	Absence d'évolution en interne	1.1. Au sein de l'organisation	AS6
321	7. Collectif de travail	"Ce qui serait bien, ça serait d'avoir des moments de supervision. C'est-à-dire un espace propice aux échanges"	Demande de supervision	7.5. Service social : réunion d'équipe	AS6
322	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Non je ne suis pas soignante"	Non	8.2. AS est un soignant ?	AS6
323	2. Perception du métier	"il y aura toujours quelques représentations tronquées mais globalement oui"	Vision réductrice	2.3. Par les autres professionnels	AS6
324	7. Collectif de travail	"Dans les services oui. Bon il peut y avoir quelques situations de tension mais oui globalement l'ambiance est plutôt bonne"	Bonne	7.2. Dans les services : ambiance de travail	AS6
325	7. Collectif de travail	"Pour le service social je ne parlerais pas de bonne ambiance. Il n'y a plus de projet commun, on ne fait vraiment plus équipe"	Mauvaise	7.4. Service social : ambiance de travail	AS6
326	7. Collectif de travail	"Ce qui me fait tenir c'est avant tout ma place au sein des UF"	Source de motivation	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS6
327	6. Valorisation et reconnaissance	"sur le COVID, je trouve qu'il y a eu du positif tout de même en terme d'organisation"	Meilleure organisation	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS6
328	6. Valorisation et reconnaissance	"j'ai pu concentrer mes temps d'entretien sur des journées en présentiel, je suis moins perturbée par des appels téléphoniques, ou des sollicitations soudaines par des collègues"	Innovation	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS6
329	6. Valorisation et reconnaissance	"nous avons été contraints de revoir nos façons de travailler afin d'être plus efficaces"	Innovation	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS6

330	6. Valorisation et reconnaissance	"à ma grande surprise les patients et les familles ont apprécié. Déjà parce qu'ils voyaient qu'on ne les avait pas oubliés et puis parce qu'on leur laissait le choix. Ils pouvaient ne pas venir s'ils avaient de l'appréhension pour un entretien en présentiel"	Changement de regard	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS6
331	6. Valorisation et reconnaissance	"Mon autre surprise était sur l'aspect matériel, j'ai remarqué que finalement ce n'était pas si compliqué que ça à mettre en place. Oui plutôt une agréable surprise, tant sur le plan de l'organisation de travail que sur le matériel et le retour des patients"	Meilleure organisation	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS6
332	2. Perception du métier	"pour bien travailler, il faudrait 50 % du temps de travail en entretien et 50 % pour du travail purement administratif"	Répartition du temps de travail	2.6. Point à développer ou à améliorer	AS6
333	2. Perception du métier	"Autonome oui, globalement oui. Mais on manque de lien avec l'extérieur pour que l'on puisse gagner encore plus en autonomie et en efficacité"	Autonomie	2.5. Points positifs du poste	AS6
334	5. Place du manager de proximité	"c'est ce que j'attends en premier de mon responsable. On gagnerait en autonomie et en légitimité. On gagnerait en efficacité et en fluidité des parcours"	Attente de l'équipe	5.4. Développement partenariats	AS6
335	9. Evolution du secteur	"Moins de place dans des EHPAD, dans des MAS, pour les démarches des sans domicile fixe. Si on avait des conventions avec la ville par exemple pour la mise en place d'adresses postales temporaires par exemple, ben on serait beaucoup plus efficaces"	Sortie hôpital plus difficile	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS6
336	1. Evolution professionnelle	"je suis actuellement responsable de la qualité de vie au travail et référente handicap"	Evolution sur un autre poste	1.3. Dans le métier	AS7
337	2. Perception du métier	"C'est hyper motivant car on ne travaille pas seule dans son coin. Il y a un vrai sens de travailler dans ce domaine"	La pluridisciplinarité	2.5. Points positifs du poste	AS7

338	1. Evolution professionnelle	"La situation a donc évolué très vite et d'autres Assistantes Sociales sont venues me rejoindre ce qui a permis de créer un véritable service social"	Etoffement du service social	1.1. Au sein de l'organisation	AS7
339	1. Evolution professionnelle	"sur mes nouvelles missions je fais toujours un peu un travail d'Assistante Sociale mais pour le personnel et pour améliorer leur qualité de vie au travail et éviter la désinsertion professionnelle"	Nouvelles missions	1.3. Dans le métier	AS7
340	3. Lien avec la hiérarchie	"Mon N+1 était le médecin chef, puis après la direction, puis une fois le service social créé, ce fut son responsable"	Quelqu'un du métier	3.1. Avec son manager de proximité	AS7
341	1. Evolution professionnelle	"nous avons des injonctions contradictoires, c'est pour ça que la création des UGECAM fut plus simple pour moi après"	Clarification	1.1. Au sein de l'organisation	AS7
342	9. Evolution du secteur	il y a eu une grande précarisation des situations des patients accompagnés. Par rapport à il y a 20 ans, les situations étaient beaucoup plus simples...	Paupérisation des situations	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS7
343	9. Evolution du secteur	"c'était aussi plus facile de travailler, on avait plus de temps pour mener notre travail"	Manque de temps	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS7
344	9. Evolution du secteur	"Nous sommes aussi face à un public qui a une représentation différente des soins, aujourd'hui ils « consomment » des soins"	Revendication patients	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS7
345	2. Perception du métier	"Il y a moins de respect du professionnel en face de soi"	Négatif	2.4. Par la société	AS7
346	2. Perception du métier	"L'Assistante Sociale n'est pas la cinquième roue du carrosse"	Négatif	2.1. Par les patients	AS7
347	1. Evolution professionnelle	"je dirais que sur la partie éducative, parce qu'on oublie souvent qu'au départ c'est Assistante Socio-éducatif, ben cette partie éducative est souvent laissée un peu de côté"	Appauvrissement des missions	1.3. Dans le métier	AS7
348	8. Spécificités du secteur hospitalier	"on est des acteurs de l'autonomie"	Acteur de la réadaptation	8.1. Intégration du projet thérapeutique	AS7

349	9. Evolution du secteur	"désormais, comme il faut faire vite, on est dans le jus, donc on fait on fait et on ne se pose plus de question"	Pression temporaire	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS7
350	9. Evolution du secteur	"La diminution de la durée de séjour est une des causes, on a plus de patients qu'auparavant, on a un turnover plus important aussi"	Pression temporaire	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS7
351	9. Evolution du secteur	"Les règles ont changé, nous sommes désormais dans une course, avec en plus la tarification à l'activité, donc on est totalement là-dedans, la course à l'acte avec un temps de séjour au plus court"	Pression temporaire	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS7
352	2. Perception du métier	"On est bien reconnues, bien identifiées. Mais après c'est Médecin et Assistante Sociale dépendant"	Positif	2.3. Par les autres professionnels	AS7
353	6. Valorisation et reconnaissance	"j'ai énormément appris lors des synthèses"	Apprentissage	6.6. Sentiment de valorisation	AS7
354	6. Valorisation et reconnaissance	"le médecin en profitait pour expliquer, donner des informations sur le geste chirurgical qui a été fait, sur les pathologies, on sortait de là on avait des connaissances supplémentaires, c'était hyper riche, hyper intéressant et hyper motivant"	Apprentissage	6.6. Sentiment de valorisation	AS7
355	6. Valorisation et reconnaissance	"on sortait de là avec un savoir"	Connaissance	6.4. Principale source de motivation	AS7
356	9. Evolution du secteur	"C'est sans doute lié aux médecins, au chef de service, qui ont changé et qui n'ont plus la même approche"	Perte de lien	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS7
357	10. Sens du travail	"à un moment j'en avais perdu le sens, je ne m'y retrouvais plus. Ce qui explique ma volonté de partir et de changer pour d'autres missions"	Processus de Déconstruction	10.1. Processus de construction / déconstruction	AS7

358	10. Sens du travail	"Sur la fin il n'y avait plus l'impression d'évoluer tous ensemble, d'apprendre tous ensemble, je n'avais plus l'impression d'être dans une équipe, d'être dans une équipe pluridisciplinaire et d'apprendre des uns des autres"	Processus de Déconstruction	10.1. Processus de construction / déconstruction	AS7
359	6. Valorisation et reconnaissance	"L'Assistante Sociale était sollicitée pour un acte, et juste pour un acte, mais quel sens il y a derrière ça..."	Réducteur	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS7
360	8. Spécificités du secteur hospitalier	"L'Assistante Sociale sera plutôt sur l'aspect « qu'est-ce que je vais pouvoir faire à la maison avec cette autonomie ? Vais-je avoir besoin d'aides humaines ou des aides techniques ? »"	Réadaptation	8.3. Singularité de l'approche	AS7
361	9. Evolution du secteur	"On faisait les choses par habitude et par réflexe. On faisait mal notre travail parce qu'on avait plus de temps"	Pression temporaire	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS7
362	4. Stratégie identitaire active	"Avoir l'impression d'avoir fait le tour de la question n'est pas très agréable à la longue. Il me fallait un nouveau challenge"	Pouvoir d'agir	4.1. Stratégie Offensive	AS7
363	1. Evolution professionnelle	"des formations longues le CAFERUIS m'ont toujours été refusées"	Refus de formation	1.4. Formation / Développement de compétences	AS7
364	1. Evolution professionnelle	"sur des formations courtes oui il n'y avait à chaque fois pas de problème"	Possibilité de formation	1.4. Formation / Développement de compétences	AS7
365	6. Valorisation et reconnaissance	"la formation a toujours été un élément important pour moi pour ne pas rentrer dans une activité trop routinière"	Apprentissage	6.6. Sentiment de valorisation	AS7
366	1. Evolution professionnelle	"pendant 5 ans j'ai demandé le CAFERUIS ou le DEIS, une collègue à l'époque m'avait aidé à monter mon projet, mais ça m'a toujours été refusé. C'est dommage"	Absence d'évolution en interne	1.2. Dans le secteur hospitalier	AS7

367	2. Perception du métier	"on est sur un métier où l'on est bien autonome"	Autonomie	2.5. Points positifs du poste	AS7
368	2. Perception du métier	"On n'est pas sur un travail prescrit, ce qui est plutôt une force"	Travail non prescrit	2.5. Points positifs du poste	AS7
369	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Je l'ai fait quand même parce que si à un moment donné ça tournait mal c'est moi qui allais en taule. Il y a des fois il faut se mouiller. Et puis on a finalement une sacrée responsabilité"	Responsabilité	8.3. Singularité de l'approche	AS7
370	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Notre autonomie de travail est donc à double tranchant"	Autonomie	8.3. Singularité de l'approche	AS7
371	2. Perception du métier	"Si on fait une connerie on doit l'assumer"	Responsabilité	2.7. RETEX : Situation de tension	AS7
372	5. Place du manager de proximité	"avoir un coordinateur reste important, il fait tout de même tampon"	Défendre	5.1. Soutien	AS7
373	5. Place du manager de proximité	"Après ce qu'il manque aussi c'est un temps de supervision. Je sais que dans beaucoup d'endroits ça se fait et c'est très utile"	Superviseur	5.2. Animateur	AS7
374	5. Place du manager de proximité	"C'est le rôle du manager d'assurer ces temps de supervision"	Superviseur	5.2. Animateur	AS7
375	4. Stratégie identitaire active	"si la direction est peu soutenante, elle nous connaît bien, reconnaît notre travail aussi. Mais c'est aussi et surtout à nous de montrer ce que l'on fait"	Communication	4.1. Stratégie Offensive	AS7
376	7. Collectif de travail	"on est victime du turnover important et on se connaît de moins en moins"	Perte de lien	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS7
377	7. Collectif de travail	"chacun désormais travaille de son côté"	Manque de lien	7.4. Service social : ambiance de travail	AS7
378	4. Stratégie identitaire active	"il faut aller au-devant des collègues, des services, communiquer"	Communication	4.1. Stratégie Offensive	AS7

379	7. Collectif de travail	"Je pense aussi que la qualité de vie au travail est moins bonne qu'avant, il n'y a plus cette bonne ambiance fédératrice"	Perte en QVT	7.4. Service social : ambiance de travail	AS7
380	4. Stratégie identitaire active	"les choses évoluent, il faut peut-être l'accepter aussi"	Acceptation	4.4. Stratégie de Normalisation	AS7
381	4. Stratégie identitaire active	"C'est plus agréable de prendre un train en marche que de rester sur le quai bêtement"	Acceptation	4.4. Stratégie de Normalisation	AS7
382	7. Collectif de travail	"[l'ambiance] était cordiale on va dire. On s'est toujours bien arrangé pour les congés des uns des autres. On pouvait aussi se conseiller entre nous"	Cordiale	7.4. Service social : ambiance de travail	AS7
383	3. Lien avec la hiérarchie	"il fut un temps où l'on faisait un rapport d'activité annuel, la direction nous le demandait. C'était intéressant car on revenait sur ce qui a été réalisé dans l'année. Mais depuis plusieurs années plus rien"	Plus de lien des deux côtés	3.2. Avec la direction d'établissement	AS7
384	5. Place du manager de proximité	"Pas besoin de communiquer sur des moments spécifiques. La communication doit être faite au quotidien"	Quotidienne	5.5. Communicant	AS7
385	5. Place du manager de proximité	"on avait des conventions avec des structures... mais encore une fois c'était avant... elles n'ont pas été remises à jour et finalement elles ne fonctionnent plus. C'est aussi des choses décourageantes"	Attente de l'équipe	5.4. Développement partenariats	AS7
386	4. Stratégie identitaire active	"c'est des choix qui sont faits au niveau de la direction, on suit, on n'a pas trop le choix"	Résignation	4.4. Stratégie de Normalisation	AS7
387	6. Valorisation et reconnaissance	"On vit chaque jour une nouvelle aventure où l'on ne sait pas trop ce qui nous attend !"	Nouveauté	6.4. Principale source de motivation	AS7
388	6. Valorisation et reconnaissance	"on fait avant tout de belles rencontres aussi, on s'attache aux personnes"	Les patients	6.4. Principale source de motivation	AS7

389	8. Spécificités du secteur hospitalier	"On travaille ensemble mais on n'est pas sur des soins. Et puis le relationnel entre le patient et l'AS ne sera pas le même avec les soignants qui eux ont une plus grande proximité avec le patient par les soins quotidiens. Ils sont donc plus dans une relation directe de confiance, dans une forme de confiance que nous nous n'aurons jamais"	Non	8.2. AS est un soignant ?	AS7
390	2. Perception du métier	"Un entretien dans un bureau crée automatiquement une distance naturelle. Il faut le savoir, il faut en être conscient"	Distance	2.1. Par les patients	AS7
391	2. Perception du métier	"il faut tenir dans la durée, ce n'est pas simple"	Motivation	2.6. Point à développer ou à améliorer	AS7
392	1. Evolution professionnelle	"il s'agissait d'une belle opportunité. Je me suis dit « ben voilà, après m'être occupé des patients, je vais m'occuper de mes collègues »"	Nouvelles missions	1.3. Dans le métier	AS7
393	1. Evolution professionnelle	"je suis au final content, je n'ai plus peur de la nouveauté, je n'ai plus peur de faire de nouvelles choses, de proposer, d'être innovante"	Développement de compétences	1.4. Formation / Développement de compétences	AS7
394	1. Evolution professionnelle	"Il n'y a pas d'obligation de résultat sur cette mission car ces actions ne dépendent pas que de moi, contrairement à mon ancien poste. C'est limite plus intéressant"	Evolution sur un autre poste	1.2. Dans le secteur hospitalier	AS7
395	6. Valorisation et reconnaissance	"Ben pour moi c'est compliqué..."	Pas de changement	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS7

396	6. Valorisation et reconnaissance	"ce n'est pas simple de parler de qualité de vie au travail lorsque les collègues doivent porter des charlottes, des blouses, des masques, s'adapter en permanence pour mettre en place des services COVID, et aller sur des gestes professionnels qu'elles ne connaissent pas totalement"	Sentiment d'être hors-sujet	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS7
397	6. Valorisation et reconnaissance	"J'étais un peu hors-sujet avec ma QVT à ce moment-là. Et en même temps on était au cœur de la problématique des conditions de travail"	Sentiment d'être hors-sujet	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS7
398	6. Valorisation et reconnaissance	"on s'est rendu compte dans notre centre de rééducation que oui, il n'y a pas que les médecins et les kinés qui comptent !"	Des soignants et rééducateurs aux AS	6.1. Hiérarchisation des métiers	AS7
399	4. Stratégie identitaire active	"il faut en tant qu'Assistante Sociale aller vers les autres. On sera reconnu et respecté si on est connu et reconnu pour notre travail"	Communication	4.1. Stratégie Offensive	AS7
400	4. Stratégie identitaire active	"On est dans un métier où l'on est autonome, c'est une chance, il faut donc saisir cette opportunité"	Pouvoir d'agir	4.1. Stratégie Offensive	AS7
401	9. Evolution du secteur	"il a pris un virage majeur avec le plan hôpital 2007 sous Jean-François MATTEI. Il s'agit d'une série de mesures visant à moderniser l'offre de soins et qui a notamment instauré une nouvelle gouvernance hospitalière et une nouvelle forme de tarification"	Attente de résultats	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS8
402	9. Evolution du secteur	"Cette évolution fut majeure car elle a totalement modifié le paradigme du soin. Pour nous, au service social, cela s'est traduit par une plus forte pression"	Forte pression	9.1. Evolution du métier d'assistant social	AS8
403	9. Evolution du secteur	"On a vu apparaître une nouvelle donnée appelée DMS : la durée moyenne de séjour. Et cette durée, il fallait absolument la réduire le plus possible pour des raisons économiques"	Forte pression	9.1. Evolution du métier d'assistant social	AS8

404	9. Evolution du secteur	"au milieu des années 2000, on a vraiment ressenti cette bascule, où là vraiment on avait le sentiment que tout revenait sur nos épaules"	Forte pression	9.1. Evolution du métier d'assistant social	AS8
405	9. Evolution du secteur	"On pouvait à la suite de cela vous appeler un midi pour une sortie en urgence dans l'après-midi, situation que l'on ne rencontrait pas ou très peu auparavant. Alors je suis peut-être trop focalisé sur ce moment précis, mais il me semble qu'il s'agit de l'élément le plus important dans l'impact sur notre activité"	Forte pression	9.1. Evolution du métier d'assistant social	AS8
406	2. Perception du métier	"il existe souvent un décalage assez net entre l'urgence médicale et l'urgence sociale"	Concilier soins et social	2.7. RETEX : Situation de tension	AS8
407	2. Perception du métier	"deux univers très différents : le temps sanitaire n'est pas le temps social. Cela crée inévitablement des tensions, car il s'agit souvent de deux temporalités incompatibles et deux logiques, deux langages totalement différents"	Concilier soins et social	2.7. RETEX : Situation de tension	AS8
408	7. Collectif de travail	"c'est l'expérience qui va permettre d'apaiser les choses, le temps fait son chemin et permet aux uns aux autres de se comprendre"	Intégration	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS8
409	2. Perception du métier	"on peut vite devenir le bouc-émissaire, être perçu comme l'empêcheur, celui qui bloque une sortie"	Négatif	2.3. Par les autres professionnels	AS8
410	9. Evolution du secteur	"Le temps devrait être notre allié et pas notre ennemi"	Pression temporaire	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS8
411	2. Perception du métier	"A un moment donné, avec le temps, vous êtes respecté car reconnu pour votre expertise et votre parole devient limite parole d'évangile, dans le sens où on vous fait confiance et on prend en compte votre avis dans la prise de décision"	Positif	2.3. Par les autres professionnels	AS8

412	6. Valorisation et reconnaissance	"lorsqu'on en est arrivé là c'est assez extraordinaire. Vous êtes beaucoup plus entendu et beaucoup plus compris car vous avez contribué à construire un langage commun compréhensible"	Respect	6.6. Sentiment de valorisation	AS8
413	4. Stratégie identitaire active	"je dirais que les principaux facteurs restent qui vous êtes, votre posture professionnelle, et le temps que vous passez dans le service"	Positionnement professionnel	4.1. Stratégie Offensive	AS8
414	4. Stratégie identitaire active	"pour être reconnue ben il faut savoir qu'au départ ça ne sera pas forcément un chemin facile. C'est important pour les jeunes professionnels de le savoir"	Cheminement	4.4. Stratégie de Normalisation	AS8
415	4. Stratégie identitaire active	"J'ai dû batailler, j'ai dû faire mes preuves et ça personne ne le fera à votre place"	Positionnement professionnel	4.1. Stratégie Offensive	AS8
416	7. Collectif de travail	"Les équipes me laissent une place... non on me connaît, on me reconnaît et on attend mon avis aussi. Donc ce sentiment d'appartenance est fort"	Intégration	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS8
417	6. Valorisation et reconnaissance	"juste après notre entretien, j'ai rendez-vous avec notre médecin chef de pôle pour évoquer quelques patients parce qu'il sollicite mon avis, chose qu'il n'aurait pas fait il y a encore quelques années de ça. C'est une forme de reconnaissance"	Respect	6.6. Sentiment de valorisation	AS8
418	10. Sens du travail	"ma motivation reste toujours la même, même si de temps en temps on peut ressentir de l'usure, une certaine lassitude parfois, mais elle passe vite"	Processus de Déconstruction	10.1. Processus de construction / déconstruction	AS8
419	6. Valorisation et reconnaissance	"Ce qui fait tenir jour après jour c'est l'accompagnement des patients, le sentiment de leur apporter quelque chose"	Les patients	6.4. Principale source de motivation	AS8
420	6. Valorisation et reconnaissance	"lorsqu'il y a des périodes plus calmes ben ça me manque, je m'ennuie. Je pense que j'ai finalement besoin de ça, il faut que ça bouge"	Travail prenant	6.4. Principale source de motivation	AS8

421	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Ma plus-value est que je vais pouvoir faire un bilan social de la personne, et c'est un métier. Il ne suffit pas de poser deux trois questions à un patient pour connaître son environnement social pour prétendre faire ce travail"	Passerelle	8.3. Singularité de l'approche	AS8
422	8. Spécificités du secteur hospitalier	"j'accorde de plus en plus d'importance sur la notion du service public qu'est l'hôpital public"	Service public	8.3. Singularité de l'approche	AS8
423	8. Spécificités du secteur hospitalier	"je ne me vois pas demain faire le même travail dans une clinique privée"	Service public	8.3. Singularité de l'approche	AS8
424	2. Perception du métier	"je peux me sentir de temps en temps un peu à la marge [...] avec de jeunes collègues"	Décalage générationnel	2.3. Par les autres professionnels	AS8
425	6. Valorisation et reconnaissance	"Je me rends compte que je me sens investi d'une mission, que je ressens une certaine fierté à travailler à l'hôpital public"	Fierté d'être à l'hôpital	6.6. Sentiment de valorisation	AS8
426	6. Valorisation et reconnaissance	"avec le COVID, soudain, on n'était plus perçus comme des Assistants de Service Social mais comme des agents hospitaliers. Je faisais partie du corps hospitalier"	Changement de regard	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS8
427	6. Valorisation et reconnaissance	"soudain on prend conscience que l'on fait partie de cette institution, qu'elle est importante, qu'elle est vitale pour la société et qu'on y participe"	Fierté d'être à l'hôpital	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS8
428	6. Valorisation et reconnaissance	"Alors que de nombreux confrères et consœurs dans d'autres secteurs étaient en télétravail, nous nous étions présents et quelque part on en était fiers"	Fierté	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS8
429	1. Evolution professionnelle	"la formation ne vient pas forcément à vous, c'est aussi à vous d'aller la chercher"	Possibilité de formation	1.4. Formation / Développement de compétences	AS8

430	6. Valorisation et reconnaissance	"ce qui me nourrit aussi c'est que j'interviens [...] en tant qu'enseignant vacataire à l'Ecole Supérieure Européenne de l'Intervention Sociale à Strasbourg (ESEIS), ça me permet [...] de transmettre un savoir"	Reconnaissance par une démarche externe	6.3. Reconnaissance par les pairs	AS8
431	6. Valorisation et reconnaissance	"mon travail a l'ESIS est essentiel puisque je me retrouve entre pairs, parce qu'à l'hôpital on peut rapidement se retrouver isolé"	Reconnaissance par une démarche externe	6.3. Reconnaissance par les pairs	AS8
432	7. Collectif de travail	"heureusement qu'il y avait mes collègues AS pour me soutenir et m'encourager. C'est je pense grâce à ces anciennes que je suis toujours là"	Oui	7.3. Service social : entraide	AS8
433	7. Collectif de travail	"le service social est essentiel, pour l'entraide, l'écoute, le soutien, l'apprentissage, le partage et pour la construction de son positionnement professionnel"	Oui	7.3. Service social : entraide	AS8
434	7. Collectif de travail	"nos temps de réunion nous permettent d'échanger, de mettre à jour nos connaissances, de parler de situations problématiques, de se décharger aussi"	Nécessaire	7.5. Service social : réunion d'équipe	AS8
435	7. Collectif de travail	"ce qui est intéressant c'est que nous sommes tous plus au moins spécialisés dans un domaine. On peut demander l'avis des uns des autres en fonction de leur expertise"	Oui	7.3. Service social : entraide	AS8
436	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Oui quelque part oui, on est au pied du lit du patient. Mais je dirais ça dans le sens du « care », dans le sens du « prendre soin »"	Oui dans le sens du "care"	8.2. AS est un soignant ?	AS8
437	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Lors du COVID je me suis senti encore plus soignant"	Oui	8.2. AS est un soignant ?	AS8
438	5. Place du manager de proximité	"Pour la question des partenariats, [...] il s'agit plus du travail de notre chef de service. Mais le réseau et les partenariats sont indispensables dans notre métier"	Attente de l'équipe	5.4. Développement partenariats	AS8

439	9. Evolution du secteur	"il y a des plans spécifiques qui peuvent se mettre en place et ouvrir des opportunités. Par exemple, il y a eu dans les années 2000 le plan Chirac pour la lutte contre le cancer qui a permis d'obtenir de nouveaux moyens et donc la création de postes spécifiques"	Opportunités	9.1. Evolution du métier d'assistant social	AS8
440	3. Lien avec la hiérarchie	"[chez la direction] nous sommes identifiés [...] mais j'ai envie de dire que je n'en ai pas besoin, je fais mon travail en toute autonomie"	Bonne connaissance	3.2. Avec la direction d'établissement	AS8
441	5. Place du manager de proximité	"c'est le rôle de notre encadrement de tisser ce lien. C'est important, il nous représente et doit défendre le service et faire remonter nos besoins ou nos difficultés"	Créer du lien avec les partenaires	5.1. Soutien	AS8
442	5. Place du manager de proximité	"C'est la locomotive, c'est le conducteur du TGV !"	Leader	5.2. Animateur	AS8
443	5. Place du manager de proximité	"ce qui est vraiment important est qu'il vienne du terrain, qu'il soit initialement un Assistant de service social, pour connaître notre métier"	Venir du terrain	5.1. Soutien	AS8
444	6. Valorisation et reconnaissance	"je tiens à vous remercier de faire votre mémoire sur ce sujet. De vous intéresser à notre métier. J'ai l'impression qu'on est parfois un peu oubliés alors ça fait plaisir de voir que des études sont menées sur nous"	Remerciement pour l'étude	6.6. Sentiment de valorisation	AS8
445	2. Perception du métier	"On est un peu des travailleurs de l'ombre, notre travail n'est pas directement visible, les résultats ne sont pas toujours directement perceptibles"	Invisible	2.2. Par la hiérarchie	AS8
446	6. Valorisation et reconnaissance	"Quand les infirmières et infirmiers décident tous de s'arrêter, de se mettre en grève, ben c'est l'hôpital qui s'arrête, nous si on s'arrête de travailler ben l'hôpital va continuer à tourner"	Métiers indispensables	6.1. Hiérarchisation des métiers	AS8

447	6. Valorisation et reconnaissance	"la question de la reconnaissance salariale. Si elle n'est pas la seule source de reconnaissance ou de valorisation, elle reste pourtant incontournable. On peut aimer notre travail, à la fin on regarde tout de même notre fiche de paie"	Salaire	6.4. Principale source de motivation	AS8
448	6. Valorisation et reconnaissance	"On peut trouver une source de satisfaction aujourd'hui puisque nous avons pu obtenir une reconnaissance en terme de catégorie. Je ne vais pas rentrer dans le détail, mais le fait que nous soyons désormais positionnés sur une certaine catégorie A montre que nous sommes aussi reconnus à notre juste valeur"	Revalorisation classification	6.6. Sentiment de valorisation	AS8
449	4. Stratégie identitaire active	"la reconnaissance dépend aussi de notre engagement, de notre capacité d'être solidaires entre nous, de nous aider entre AS, de ne pas être négatifs, de toujours aller de l'avant"	Etre positif	4.1. Stratégie Offensive	AS8
450	4. Stratégie identitaire active	"Il faut donc aller de l'avant... toujours"	Pouvoir d'agir	4.1. Stratégie Offensive	AS8
451	10. Sens du travail	"les patients ont besoin d'être accompagnés, d'être guidés par rapport à une démarche qui leur permet de se réinscrire dans leur histoire"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	C3
452	9. Evolution du secteur	"ce fut les années 80 et la création véritablement d'entités spécifiquement orientées à la rééducation et à la réadaptation"	Réadaptation	9.3. Impact dans l'accompagnement social	C3
453	9. Evolution du secteur	"C'était un peu comme la conquête de l'Ouest où tout devenait possible, beaucoup d'expériences ont été menées, et puis on ose beaucoup de choses. C'est donc une période qui m'a marqué oui au tout début de ma carrière"	Conquête	9.3. Impact dans l'accompagnement social	C3

454	9. Evolution du secteur	"on est aujourd'hui plus ou moins soumis à la tarification à l'activité et que l'on doit être vigilants sur notre durée moyenne de séjour, avec une dimension comptable de plus en plus prégnante"	Résultats	9.3. Impact dans l'accompagnement social	C3
455	9. Evolution du secteur	"La réadaptation est la grande perdante dans cette histoire, puisque la réadaptation est forcément inscrite dans un temps long. Mais du temps, on n'en a plus"	Moins de place à la réadaptation	9.2. Evolution du secteur hospitalier	C3
456	4. Stratégie identitaire active	"Je me plais à dire à mon équipe qu'elles ne sont pas des clones de mère Teresa et de l'Abbé Pierre, parce qu'il y a quelque chose qui est profondément ancré dans le métier d'Assistant Social, qui est un peu de l'ordre de dame patronnesse"	Manque de positionnement	4.2. Stratégie Défensive	C3
457	2. Perception du métier	"nous avons aussi des patients qui se comportent de plus en plus comme des consommateurs, c'est-à-dire qu'ils sont là pour consommer du soin"	Comportement des patients	2.1. Par les patients	C3
458	2. Perception du métier	"Ils consomment du soin et désormais ils consomment aussi du social, et on se retrouve avec des discours du type « j'ai le droit à... »"	Comportement des patients	2.1. Par les patients	C3
459	9. Evolution du secteur	"il y a désormais une complexité accrue avec des situations sociales plus difficiles, un cadre législatif qui ne prend pas la direction de la simplification"	Paupérisation des situations	9.3. Impact dans l'accompagnement social	C3
460	9. Evolution du secteur	"C'est donc une complexification de par le fait que l'on a de plus en plus de partenaires finalement. C'est un paradoxe, mais ça devient un véritable casse-tête que de trouver le bon interlocuteur"	Complexification	9.3. Impact dans l'accompagnement social	C3
461	2. Perception du métier	"l'Assistante Sociale est aussi celle qui doit être à l'écoute de la souffrance des personnes, donc elle s'expose, elle peut beaucoup recevoir et ce n'est pas toujours simple"	Charge émotionnelle	2.7. RETEX : Situation de tension	C3

462	2. Perception du métier	"les dames patronnesses étaient bénévoles. Donc c'est sans doute encore très ancré dans la représentation de l'accompagnement social. Il n'y a pas besoin d'être formé puisque des bénévoles sont capables de le faire"	Pas un métier - bénévolat	2.4. Par la société	C3
463	2. Perception du métier	"Les gens ne comprennent pas forcément qu'il s'agit d'un véritable métier qui nécessite des savoirs être et des savoirs faire indéniables. Mais la représentation du travailleur social est que finalement tout le monde peut le faire"	Pas un métier - bénévolat	2.4. Par la société	C3
464	4. Stratégie identitaire active	"Les travailleurs sociaux doivent désormais s'interroger sur leurs pratiques. Et pendant longtemps, ils ne l'ont pas fait"	Analyse de la pratique	4.1. Stratégie Offensive	C3
465	2. Perception du métier	"Pour moi l'Assistante Sociale chez nous doit œuvrer avant tout à l'autonomie du patient"	Plus au service du patient	2.6. Point à développer ou à améliorer	C3
466	8. Spécificités du secteur hospitalier	"En SSR, nous sommes d'avantage sur le projet de vie du patient, on s'inscrit sur un temps plus long. Le projet thérapeutique est différent du projet médical, on ne s'inscrit encore une fois pas dans la même temporalité"	Distinction service social et UF	8.1. Intégration du projet thérapeutique	C3
467	2. Perception du métier	"l'Assistante Sociale est un acteur essentiel de cette réadaptation"	Acteur de la réadaptation	2.5. Points positifs du poste	C3
468	8. Spécificités du secteur hospitalier	"La réinsertion sociale, professionnelle, scolaire, ça fait partie des soins de suite et de réadaptation, donc forcément la place de l'Assistante Sociale dans ce secteur sera encore différente. On ne sera pas sur un enjeu uniquement de sortie et de préparation de la sortie comme nous pouvons le voir à l'hôpital"	Réadaptation	8.3. Singularité de l'approche	C3
469	8. Spécificités du secteur hospitalier	"[l'Assistante Sociale] contribue ainsi par sa fonction au projet de vie et au projet thérapeutique"	Nécessaire	8.1. Intégration du projet thérapeutique	C3

470	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Dans le sens du prendre soin oui. Je pense qu'en SSR oui parce qu'il y a la question de la réadaptation. Et rien que pour ça oui, elle s'inscrit dans une démarche de soin, de prendre soin"	Oui dans le sens du "care"	8.2. AS est un soignant ?	C3
471	8. Spécificités du secteur hospitalier	"pour moi le soignant c'est plus large que le geste technique"	Oui	8.2. AS est un soignant ?	C3
472	5. Place du manager de proximité	"je me plais à dire que je ne suis pas un chef, qu'elles n'ont pas besoin de chef, elles connaissent leur métier et elles savent très bien ce qu'elles ont à faire. Elles n'ont pas besoin de moi pour ça"	Détachement	5.1. Soutien	C3
473	2. Perception du métier	"nous avons eu effectivement une évolution institutionnelle mais qui s'est faite aussi avec une évolution sociétale qui conduit aujourd'hui à avoir des situations sociales beaucoup plus difficiles"	Evolution vision	2.4. Par la société	C3
474	5. Place du manager de proximité	"je les encourage souvent à prendre du recul face à certaines situations pour avoir une... distanciation... analytique on va dire"	RETEX	5.3. Médiateur	C3
475	7. Collectif de travail	"On a fait le choix de nous retrouver une fois par mois [...] Elle est nécessaire pour aborder les questions très pratiques, aborder les partenariats et les formaliser, apporter des réponses par rapport à des sollicitations institutionnelles"	Nécessaire	7.5. Service social : réunion d'équipe	C3
476	7. Collectif de travail	"il y a une autre dimension, que je n'avais pas forcément pris suffisamment en compte au départ, c'est aussi un moment pour les Assistantes Sociales de parler de la difficulté d'exercer leur métier"	Se décharger	7.5. Service social : réunion d'équipe	C3
477	5. Place du manager de proximité	"elles ont besoin d'être rassurées sur le bien-fondé de leur travail et sur la juste place"	Rassurer	5.1. Soutien	C3

478	5. Place du manager de proximité	"Je pense qu'il s'agit là de mon rôle le plus important auprès d'elles, d'échanger, d'être à l'écoute, face à des situations complexes. J'ai mon expérience, j'ai ma pratique et je peux les aider dans ce sens"	Ecouter	5.1. Soutien	C3
479	2. Perception du métier	"On bénéficie d'une grande autonomie. Il n'y a aucune injonction, bien au contraire, il y a vraiment des échanges constructifs"	Positif	2.2. Par la hiérarchie	C3
480	6. Valorisation et reconnaissance	"Elles sont considérées comme de très bonnes professionnelles, après je ne sais pas si elles le savent mais il y a cette reconnaissance de leur travail par la direction"	Pas conscience du regard de l'autre	6.3. Reconnaissance par les pairs	C3
481	2. Perception du métier	"Je regrette qu'elles ne soient pas classées comme elles devraient l'être, mais ça c'est un autre aspect qui leur échappe mais qui est révélateur d'une méconnaissance au niveau national de ce qu'est la place de l'Assistante Sociale"	Vision réductrice	2.2. Par la hiérarchie	C3
482	6. Valorisation et reconnaissance	"la reconnaissance passe aussi par... alors oui il y a le salaire mais il y a aussi la classification"	Classification	6.4. Principale source de motivation	C3
483	6. Valorisation et reconnaissance	"Qu'une Assistante Sociale soit aujourd'hui reconnue juste en dessous d'une Infirmière est gênant"	Reconnaissance par rapport aux soignants	6.1. Hiérarchisation des métiers	C3
484	6. Valorisation et reconnaissance	"elles sont plus en difficulté face aux débordements de certains patients [qu'au manque de reconnaissance]"	Reconnaissance secondaire	6.2. Priorisation des actes	C3
485	2. Perception du métier	"Ce qui était marginal il y a quelques années est devenu la normale et c'est difficile à vivre. On les rend responsables du refus de certaines prestations"	Négatif	2.1. Par les patients	C3

486	9. Evolution du secteur	"elles ont de plus en plus de mal à trouver des places en EHPAD et autres établissements. Et j'ai ainsi des Assistantes Sociales chez moi qui ont pratiquement 20 ans d'ancienneté et qui me disent « je n'ai jamais vu ça, on fait comment maintenant ? »"	Sortie hôpital plus difficile	9.3. Impact dans l'accompagnement social	C3
487	5. Place du manager de proximité	"remettre en place quelque chose qui existait il y a quelques années et qui consiste à réaliser une présentation de notre service à l'ensemble des internes dès leur arrivée"	Visibilité	5.5. Communicant	C3
488	2. Perception du métier	"ça peut être du personnel soignant qui est au plus proche du patient, des aides-soignantes ou des infirmières, qui peut être parfois amené à faire des demandes un peu surprenantes, voire farfelues"	Vision réductrice	2.3. Par les autres professionnels	C3
489	1. Evolution professionnelle	"C'est dans l'ADN de l'Assistante Sociale, il faut qu'elle soit régulièrement en formation pour être j'ai envie de dire à la page"	Nécessité de se former	1.4. Formation / Développement de compétences	C3
490	1. Evolution professionnelle	"Après on a la chance dans le secteur du social que beaucoup des formations proposées soient gratuites"	Gratuité des formations	1.4. Formation / Développement de compétences	C3
491	5. Place du manager de proximité	"Pour moi la formation est un facteur révélateur d'une dynamique. Alors pour moi toutes les formations utiles pour l'activité je dis ok"	Former	5.1. Soutien	C3
492	5. Place du manager de proximité	"Si on ne veut pas que mon outil de travail se détériore, on doit faciliter les formations. Et en plus de ça, ça facilite bien souvent les partenariats, parce qu'on voit d'autres professionnels sur d'autres structures qui échangent et qui créent des liens"	Grâce aux formations	5.4. Développement partenariats	C3

493	1. Evolution professionnelle	"il y a toujours des possibilités. Au même titre que les autres professionnels. On a par exemple une AS qui était dans l'équipe depuis de nombreuses années et qui est aujourd'hui la référente de la Qualité de Vie au Travail"	Evolution sur un autre poste	1.2. Dans le secteur hospitalier	C3
494	7. Collectif de travail	"L'équipe a fait preuve d'une grande adaptation et d'une grande solidarité. De fait, ceux qui n'étaient pas encore malades remplaçaient ceux qui l'étaient et inversement après, car on a eu une maladie qui s'est échelonnée"	Oui	7.3. Service social : entraide	C3
495	6. Valorisation et reconnaissance	"L'équipe avait vraiment le souhait de s'investir et de faire au mieux"	Investissement	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	C3
496	6. Valorisation et reconnaissance	"On a mis en place ensuite le télétravail à raison de deux à trois jours par semaine pour certaines"	Innovation	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	C3
497	6. Valorisation et reconnaissance	"Je rappelle notamment que nos Assistantes Sociales ont permis la sortie de patients pour aller à l'hôtel, puisqu'il s'agissait de patients qui n'avaient pas de domicile. C'est tout de même une prouesse"	Efficacité	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	C3
498	6. Valorisation et reconnaissance	"Elles ont également participé au soutien psychologique auprès des patients ici, car il faut savoir qu'ils étaient limite « incarcérés », on était devenu un bunker"	Innovation	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	C3
499	6. Valorisation et reconnaissance	"elles ont innové, elles ont accepté de modifier leurs habitudes professionnelles"	Innovation	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	C3
500	6. Valorisation et reconnaissance	"elles sont plus dans une posture professionnelle, elles se positionnent plus facilement. Elles se questionnent plus"	Positionnement professionnel	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	C3

501	2. Perception du métier	"Les Assistantes Sociales sont celles qui sont les plus en prise avec la dure réalité de notre société [...] elles sont confrontées aux maux de la société"	Exposition aux maux de la société	2.4. Par la société	C3
502	9. Evolution du secteur	"Le métier d'Assistant Social est très majoritairement féminin [...] les métiers souvent trop féminisés sont souvent des métiers sous-payés"	Métier très féminin	9.1. Evolution du métier d'assistant social	C3
503	9. Evolution du secteur	"C'est ce que j'appelle « le paradoxe des infirmières ». C'est qu'elles étaient dans une plainte plutôt dans une revendication [...] lorsque je suis dans une revendication, ça veut dire que j'ai structuré ma parole et ma pensée. Quand je suis dans la plainte, je ne fais que subir, je suis dans l'affect"	De la plainte à l'action	9.1. Evolution du métier d'assistant social	C3
504	10. Sens du travail	"nous devons agir pour l'autonomie du patient et avant tout pour ça"	Poser des limites	10.2. Stratégies développées	C3
505	10. Sens du travail	"Donner de l'autonomie c'est donner de la maîtrise par rapport à sa propre existence. "	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	C3
506	5. Place du manager de proximité	"communiquer fait partie de ce travail. Il faut expliquer encore et encore ce que l'on fait, pour être bien identifié. Mais [...] le patient reste l'acteur"	Visibilité	5.5. Communicant	C3
507	8. Spécificités du secteur hospitalier	"C'est un monde très spécifique, très différent de l'industrie. Dans l'industrie la finalité est la production pour sortir un produit, dans la santé on traite un patient, donc de l'humain"	L'humain	8.3. Singularité de l'approche	RH1
508	8. Spécificités du secteur hospitalier	"le côté gestion humaine est encore plus fort dans ce secteur dans le sens où notre activité gère de l'humain"	L'humain	8.3. Singularité de l'approche	RH1

509	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Nous avons tout de même des services assez lourds par rapport aux pathologies et il faut avoir un bon niveau de compétences et une certaine force d'esprit pour pouvoir occuper ce type de poste"	Lourdeur des situations	8.3. Singularité de l'approche	RH1
510	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Il faut des personnes suffisamment fortes. Il faut être sûr d'avoir les épaules suffisamment solides pour pouvoir travailler dans ce secteur"	Lourdeur des situations	8.3. Singularité de l'approche	RH1
511	2. Perception du métier	"On doit donc être conscients, nous service RH, que nous avons en face de nous des personnes en contact avec de l'humain. On ne peut donc pas travailler seulement assis derrière un bureau"	Positif	2.2. Par la hiérarchie	RH1
512	8. Spécificités du secteur hospitalier	"c'est d'autant plus intéressant pour nous parce qu'il y a tout à faire"	Tout à créer	8.3. Singularité de l'approche	RH1
513	6. Valorisation et reconnaissance	"avec la crise sanitaire il y a tout de même pas mal de choses qui ont été mises en attente"	Projet en attente	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	RH1
514	6. Valorisation et reconnaissance	"On se dit bien que le monde de la santé est en train d'évoluer. Après on ne peut pas faire l'économie de ce qui est en train de se passer en ce moment avec le SEGUR. Il s'agit désormais de valoriser ces métiers car pendant longtemps les politiques menées les avaient un peu négligé"	Evolution	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	RH1
515	9. Evolution du secteur	"Pendant longtemps nous avons été dans une logique de réduction de lits, de réduction du personnel. Aujourd'hui, le regard est en train de changer. Et je pense que ce n'est que le début"	Réduction du nombre de lits	9.2. Evolution du secteur hospitalier	RH1

516	8. Spécificités du secteur hospitalier	"On est vraiment très en retard par rapport à d'autres secteurs d'activité. On sent que ça ne prend pas tout de suite, qu'il faut du temps, qu'il faut accompagner"	Tout à créer	8.3. Singularité de l'approche	RH1
517	2. Perception du métier	"Assistants de service social... heu oui je suis en train de me dire qu'il n'y a que des femmes chez nous effectivement"	Féminin	2.2. Par la hiérarchie	RH1
518	2. Perception du métier	"c'est un service qui est aussi au centre de la prise en charge du patient, dans le sens où c'est ce service qui va faire en sorte que le patient est à la bonne place et qui va derrière pouvoir organiser la suite, l'après"	Positif	2.2. Par la hiérarchie	RH1
519	10. Sens du travail	"C'est donc un rouage essentiel dans un établissement comme le nôtre car il permet de garder le lien avec l'extérieur, de rappeler pour quelle finalité on fait tout ça"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	RH1
520	6. Valorisation et reconnaissance	"Si on n'avait pas d'Assistant Social ça serait compliqué. On ferait toujours nos prises en charge, ça n'empêcherait pas le centre de tourner mais on ferait mal notre travail"	AS nécessaire	6.3. Reconnaissance par les pairs	RH1
521	10. Sens du travail	"Le service social apporte la qualité dans nos suivis et le sens de ce que l'on propose"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	RH1
522	10. Sens du travail	"On se rend compte que nous avons de plus en plus de patients qui sont dans le besoin. Se faire soigner et retourner dans une situation de grande précarité n'aurait pas de sens"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	RH1
523	10. Sens du travail	"Le service social, c'est donc maintenir le lien, pour que les personnes puissent se sentir bien"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	RH1

524	5. Place du manager de proximité	"Notre interlocuteur privilégié reste leur responsable. Donc lorsqu'il a des demandes, il vient vers nous et on en discute"	Négocier avec la direction	5.3. Médiateur	RH1
525	1. Evolution professionnelle	"Après, on pourrait aussi avoir plus de liens le jour où nous aurons la possibilité d'avoir une Assistante Sociale au service de notre propre personnel, comme ça se fait ailleurs. On est assez nombreux à l'Ugecam Alsace donc ça ne serait pas délirant"	Ouvertures possibles	1.3. Dans le métier	RH1
526	9. Evolution du secteur	"On vit tout de même dans une période sous tension, notre personnel est fatigué [...]si on pouvait aussi étoffer l'offre pour le personnel ça serait positif. On serait alors dans une optique de qualité de vie au travail et dans une optique sociale, ça serait un aspect important à développer chez nous côté RH"	QVT	9.2. Evolution du secteur hospitalier	RH1
527	3. Lien avec la hiérarchie	"depuis que je suis en poste je n'ai pas eu l'occasion de recevoir une Assistante Sociale et je pense que mes prédécesseurs n'ont pas eu non plus l'occasion [...] elles sont assez discrètes et font leur travail sans trop nous solliciter"	Plus de lien des deux côtés	3.2. Avec la direction d'établissement	RH1
528	1. Evolution professionnelle	"Elles peuvent après migrer sur d'autres services ou d'autres établissements du groupe. Mais c'est un métier qui est assez fermé chez nous. Les possibilités d'évolution sont assez limitées"	Mobilité interne	1.1. Au sein de l'organisation	RH1
529	1. Evolution professionnelle	"nous avons tout de même une collègue qui a pris un poste de responsable de la Qualité de Vie au Travail. Donc si, il existe quelques possibilités, quelques opportunités mais qui se présentent comme ça et il faut savoir les saisir"	Opportunités	1.1. Au sein de l'organisation	RH1

530	7. Collectif de travail	"A mon avis, elles aiment ce qu'elles font, car les effectifs sont stables, ça ne change pas beaucoup et elles ne sont pas beaucoup en demande"	Visiblement bonne	7.4. Service social : ambiance de travail	RH1
531	1. Evolution professionnelle	"elles ont la chance d'être dans un établissement qui a de nombreux services et elles pourraient ainsi bouger dans les services pour avoir d'autres types de prises en charge"	Mobilité interne	1.1. Au sein de l'organisation	RH1
532	5. Place du manager de proximité	"Le cadre de santé ou le responsable de l'équipe sera notre porte d'entrée et nous remontera les demandes. Il pourra aussi être le « porte-parole » lorsqu'il y a des choses à faire remonter aux équipes"	Négociateur avec la direction	5.3. Médiateur	RH1
533	5. Place du manager de proximité	"Aujourd'hui, c'est vrai, tout repose sur le manager de proximité"	Attentes de la direction	5.3. Médiateur	RH1
534	1. Evolution professionnelle	"Après si je regarde sur d'autres postes comme kinés, Ergos, Psychologues,... c'est pareil que les Assistantes Sociales, il s'agit de postes qui sont limités dans leur évolution professionnelle"	Absence d'évolution en interne	1.1. Au sein de l'organisation	RH1
535	8. Spécificités du secteur hospitalier	"il s'agit selon moi d'un statut hybride. Dans le sens où elle prend en charge des patients mais sans apporter de soins techniques. On est sur autre chose"	Statut hybride	8.2. AS est un soignant ?	RH1
536	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Elle est finalement plus sur du prendre soin que du soin stricto sensu. Elle fait un soin alternatif. C'est donc un soignant hybride"	Oui dans le sens du "care"	8.2. AS est un soignant ?	RH1
537	7. Collectif de travail	"elle est attachée à une unité fonctionnelle et donc à un médecin, elle appartient donc à un service"	Intégration	7.1. Dans les services : place de l'AS	RH1
538	4. Stratégie identitaire active	"De toute façon aujourd'hui, pour pouvoir venir travailler il faut que l'on soit reconnu. Ce n'est pas compliqué... il y a la rémunération effectivement mais pas seulement"	Moyens	4.4. Stratégie de Normalisation	RH1

539	2. Perception du métier	"Elles sont très autonomes dans leur travail et ont une certaine souplesse, il s'agit là d'un point très positif"	Autonomie	2.5. Points positifs du poste	RH1
540	2. Perception du métier	"le monde des soins et le monde social sont très différents, être là pour concilier les deux peut générer une dépense d'énergie très importante avec un risque accru d'usure et de lassitude"	Concilier soins et social	2.6. Point à développer ou à améliorer	RH1
541	2. Perception du métier	"L'Assistante Sociale peut se retrouver dans une situation de bouc-émissaire, elle est responsable de tout, et de... vous m'excuserez pour le terme mais de bouche-trou"	Négatif	2.3. Par les autres professionnels	RH1
542	4. Stratégie identitaire active	"quand on gère de l'humain, on n'est pas souvent reconnu à sa juste valeur"	Résignation	4.4. Stratégie de Normalisation	RH1
543	6. Valorisation et reconnaissance	"Dans ce qui va faire qu'une personne reste, on retrouve la rémunération comme premier facteur, puis vient l'ambiance de travail et ensuite les autres formes de reconnaissance"	Salaire	6.4. Principale source de motivation	RH1
544	6. Valorisation et reconnaissance	"Ça peut passer par un simple merci, par l'obtention d'une formation, par la reconnaissance de ses collègues, des patients ou de son responsable et qui fait que l'on se sente bien là à sa place"	QVT	6.4. Principale source de motivation	RH1
545	6. Valorisation et reconnaissance	"On a deux leviers : la rémunération, avec l'attribution de points de compétences ou la formation professionnelle"	Rémunération	6.6. Sentiment de valorisation	RH1
546	5. Place du manager de proximité	"un autre levier reste la qualité du manager qui va encadrer cette équipe. Il doit avoir toutes les qualités pour pouvoir encadrer son équipe. A nous de vérifier qu'il a ces qualités et les bonnes compétences"	Attentes de la direction	5.3. Médiateur	RH1

547	5. Place du manager de proximité	"On peut être un excellent professionnel dans son domaine et un mauvais manager. Il doit être en adéquation avec son ou ses équipes et doit être le reflet de ce que l'on souhaite pour nos agents"	Attentes de la direction	5.3. Médiateur	RH1
548	5. Place du manager de proximité	"Une vraie courroie de transmission"	Leader	5.3. Médiateur	RH1
549	7. Collectif de travail	"Le manque de reconnaissance va se traduire indirectement [...] taux d'absentéisme, turn-over très important dans un service, des tensions entre les personnes. C'est plutôt là-dessus que nous, sur le plan RH, on pourra repérer quelque chose"	Visiblement bonne	7.4. Service social : ambiance de travail	RH1
550	7. Collectif de travail	"Si on voit qu'il s'agit d'un service très demandeur, nous pourrions nous dire qu'il y a quelque chose qui ne va pas"	Visiblement bonne	7.4. Service social : ambiance de travail	RH1
551	6. Valorisation et reconnaissance	"Chez nous, je trouve que nous sommes davantage sur une demande de reconnaissance du résultat, du travail fait et bien fait"	Résultats	6.4. Principale source de motivation	RH1
552	6. Valorisation et reconnaissance	"Si on dit à la personne que l'on est très content de ce qu'elle fait, que les résultats sont bons, elle s'attendra très naturellement à avoir un signe de reconnaissance"	Résultats	6.6. Sentiment de valorisation	RH1
553	6. Valorisation et reconnaissance	"le SEGUR fait du bien à tout le monde aussi"	SEGUR	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	RH1
554	6. Valorisation et reconnaissance	"c'est selon moi une première étape. Il faudra ensuite aborder la question des conditions de travail"	QVT	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	RH1
555	6. Valorisation et reconnaissance	"si on se compare un peu aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, on a des indicateurs meilleurs"	Comparaison avec autre structure	6.6. Sentiment de valorisation	RH1

556	2. Perception du métier	"Elles sont peut-être en tensions les Assistantes-Sociales par rapport à leur charge de travail, mais pas sur le marché du travail. Pour preuve, nous avons beaucoup plus de demandes que d'offres"	Marché du travail	2.7. RETEX : Situation de tension	RH1
557	6. Valorisation et reconnaissance	"Nous avons pu mettre le télétravail, notamment pour les Assistantes Sociales. On a pu revoir nos façons de travailler. On a travaillé différemment"	Innovation	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	RH1
558	6. Valorisation et reconnaissance	"il y a eu beaucoup de solidarité, beaucoup d'entraide"	Solidarité	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	RH1
559	6. Valorisation et reconnaissance	"ont découvert des ressources cachées. On a eu des Supermen et des Wonderwomen. On a appris peut-être à retravailler mieux ensemble"	Investissement	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	RH1
560	6. Valorisation et reconnaissance	"je pense que c'est la même chose pour le service social. En plus ce service a tout particulièrement été touché par la COVID lors du premier confinement"	Adaptation	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	RH1
561	2. Perception du métier	"je me suis dit « l'hôpital mais qu'est-ce que j'irais foutre à l'hôpital »"	Méconnaissance	2.3. Par les autres professionnels	AS9
562	10. Sens du travail	"ce fut une rencontre... totalement de hasard... et c'était très bien puisque j'y suis toujours ! Ça peut être un hasard au départ, ça ne l'est plus quand ça fait 37 ans que vous y êtes"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	AS9
563	9. Evolution du secteur	"j'ai démarré comme ça, avec une urgence qui n'était pas la même"	Pression temporaire	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS9

564	9. Evolution du secteur	"Je suis arrivée dans un hôpital à 4000 lits, avec des durées moyennes de séjour qui n'étaient absolument pas les mêmes qu'aujourd'hui. On était à une tarification qui n'était pas du tout à l'acte, mais nous étions sur des prix de séjour"	Réduction du nombre de lits	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS9
565	9. Evolution du secteur	"on avait des consultations sur trois semaines et ça ne posait alors de problème à personne puisque c'était comme ça. On était tout à fait sur une autre logique et notamment sur une autre logique financière"	Pression temporaire	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS9
566	9. Evolution du secteur	"Je suis arrivée pour commencer à l'hôpital civil et on était cinq à l'époque pour tout l'hôpital civil. Donc le service social existait sans exister"	Etoffement du service social	9.1. Evolution du métier d'assistant social	AS9
567	9. Evolution du secteur	"Le service social s'est construit progressivement et aujourd'hui nous avons une place que nous n'avions pas à l'époque"	Véritable place	9.1. Evolution du métier d'assistant social	AS9
568	9. Evolution du secteur	"l'Assistante Sociale à l'hôpital est un élément important, pour la prise en charge du malade [...] ce n'était absolument pas évident au départ"	Légitimité de sa place	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS9
569	8. Spécificités du secteur hospitalier	"je crois qu'on a un regard un peu différent du patient"	Regard différent du patient	8.3. Singularité de l'approche	AS9
570	8. Spécificités du secteur hospitalier	"On peut être à certains moments des partenaires des familles, en soutien, en appui sur leurs demandes auprès des médecins"	Partenaire des familles et des patients	8.3. Singularité de l'approche	AS9
571	6. Valorisation et reconnaissance	"J'ai toujours été dans une démarche proche des patients et des familles, j'avoue"	Les patients	6.4. Principale source de motivation	AS9
572	10. Sens du travail	"c'est leur histoire, c'est à eux aussi de décider"	Poser des limites	10.2. Stratégies développées	AS9

573	7. Collectif de travail	"lorsqu'il a fallu dire non j'ai dit non"	Positionnement professionnel	7.1. Dans les services : place de l'AS	AS9
574	9. Evolution du secteur	"avec le temps j'ai vu cet hôpital évoluer. J'ai vu cet hôpital devenir une entreprise"	Hôpital entreprise	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS9
575	9. Evolution du secteur	"Je pense notamment au passage à la tarification à l'acte, on était alors passé dans une autre logique et ensuite tout s'est accéléré, avec aussi cette politique de réduction drastique des lits, on a même parlé à un moment donné d'un hôpital sans lit. Je me souviens de ça, c'était totalement délirant"	Attente de résultats	9.2. Evolution du secteur hospitalier	AS9
576	9. Evolution du secteur	"ça veut dire que les gens sortent, ça veut dire que de l'ambulatoire"	Pression temporaire	9.3. Impact dans l'accompagnement social	AS9
577	4. Stratégie identitaire active	"« attention, je ne suis pas un travailleur de l'ombre, je veux bien m'occuper de vos patients mais s'il est déjà sorti parce que vous estimez que votre boulot est terminé alors je ne pourrai pas faire de miracle. Je ne suis pas pompier ». J'ai besoin qu'il y ait une cohérence dans ce qu'on me demande"	Positionnement professionnel	4.1. Stratégie Offensive	AS9
578	4. Stratégie identitaire active	"Je leur disais « si vous ne me donnez pas les moyens pour que je m'en occupe correctement alors vous ne me téléphonez pas »"	Positionnement professionnel	4.1. Stratégie Offensive	AS9
579	10. Sens du travail	"On avait travaillé avec des mots clefs pour avoir des points de vigilance. Alors ça pouvait être « situation d'isolement : à signaler», « maladie chronique : à signaler », « une famille dépassée : à signaler », « pas de couverture sociale : à signaler »"	Langage commun	10.2. Stratégies développées	AS9

580	1. Evolution professionnelle	"après 25 ans, à l'arrivée du NHC, j'ai voulu sortir de ma zone de confort, me lancer un nouveau challenge, parce que je trouvais qu'après 25 ans c'était un peu devenu trop facile pour moi"	Mobilité interne	1.1. Au sein de l'organisation	AS9
581	10. Sens du travail	"C'est intéressant parce que c'est des suivis réguliers, je vois les gens tous les trois mois. Je peux faire un travail qui s'inscrit dans la durée avec eux"	Répondre à ses aspirations	10.2. Stratégies développées	AS9
582	5. Place du manager de proximité	"c'est plus au responsable [...] qui est plus en lien avec la direction"	Négocier avec la direction	5.3. Médiateur	AS9
583	4. Stratégie identitaire active	"c'est avant tout à nous de faire notre place. Personne ne va le faire à votre place"	Positionnement professionnel	4.1. Stratégie Offensive	AS9
584	2. Perception du métier	"le profil du chef de service peut avoir son importance, s'il n'a pas la fibre sociale, ça peut vite devenir compliqué"	Facteur personne dépendante	2.3. Par les autres professionnels	AS9
585	10. Sens du travail	"j'ai besoin de travailler dans un service où tout le monde joue le jeu. Que l'on puisse partager les informations, parce que j'ai besoin de savoir où l'on va avec les patients"	Répondre à ses aspirations	10.2. Stratégies développées	AS9
586	6. Valorisation et reconnaissance	"on nous a donné les droits aux dossiers patients, je peux donc aller voir des éléments médicaux pour avoir un complément d'information. Ça aussi c'est important, on n'avait pas ces accès avant"	Accès dossier patient	6.6. Sentiment de valorisation	AS9
587	5. Place du manager de proximité	"merci à notre responsable de service car maintenant on y a accès et ça aide beaucoup. Ça aussi c'est une forme de reconnaissance, une reconnaissance qui passe par la confiance"	Reconnaissance	5.1. Soutien	AS9
588	4. Stratégie identitaire active	"Faut faire sa place et elle dépendra de ce que vous êtes et de ce que vous avez envie de donner"	Pouvoir d'agir	4.1. Stratégie Offensive	AS9
589	4. Stratégie identitaire active	"Faut dire ce que l'on fait, faut qu'ils aient des retours"	Communication	4.1. Stratégie Offensive	AS9

590	3. Lien avec la hiérarchie	"Il fut un temps où on faisait un rapport d'activité pour la direction. On leur faisait alors état de l'activité de l'année écoulée"	Plus de lien des deux côtés	3.2. Avec la direction d'établissement	AS9
591	7. Collectif de travail	"Dans l'ensemble ça va sur HautePierre. Ailleurs il me semble que c'est moins le cas... enfin c'est ce que je comprends"	Bonne	7.2. Dans les services : ambiance de travail	AS9
592	9. Evolution du secteur	"c'était assez rigolo parce que vous voyiez d'année en année ce groupe qui devient toujours un peu plus important. Et puis au bout d'un moment vous n'arrivez même plus à mettre des noms sur toutes les têtes"	Etoffement du service social	9.1. Evolution du métier d'assistant social	AS9
593	6. Valorisation et reconnaissance	"c'était un moment très fort. Il y a eu beaucoup de solidarité"	Solidarité	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS9
594	6. Valorisation et reconnaissance	"tout devenait possible, tout le monde voulait aider son collègue"	Solidarité	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS9
595	6. Valorisation et reconnaissance	"Quelque part, ça nous a fait du bien"	Positif	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS9
596	6. Valorisation et reconnaissance	"je me sentais même mieux au travail que chez moi à regarder leurs reportages anxiogènes"	Positif	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS9
597	6. Valorisation et reconnaissance	"j'avais pris mon portable pour appeler en visio certaines familles avec les patients pour qu'ils puissent se voir et échanger. On s'autorisait des choses qu'on ne faisait pas"	Innovation	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS9
598	6. Valorisation et reconnaissance	"je pense que le quotidien a repris ensuite le dessus"	Retour à la normal	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	AS9

599	6. Valorisation et reconnaissance	"l'informatisation m'a mis dans une position délicate [...] jusqu'à présent je n'avais aucun problème avec mon boulot. J'étais là où je devais être, je me sentais utile, j'étais à ma place et voilà qu'il y a eu ces machines qui [...] m'ont bousculée dans ma pratique professionnelle	Perte de confiance en soi	6.5. Sentiment de dévalorisation	AS9
600	4. Stratégie identitaire active	"C'est un temps en moins pour les patients. C'est un temps social que j'ai du mal à donner à la machine"	Evitement de certains outils	4.3. Stratégie d'Evitement	AS9
601	10. Sens du travail	"Il y a un décalage entre le temps réel et le temps qui a été budgétisé [...] entre le besoin que nous, sur le terrain, on évalue, et ce qui est évalué par la direction"	Faire des petits pas de côté	10.2. Stratégies développées	AS9
602	4. Stratégie identitaire active	"Quand il faut négocier du temps d'AS, il y a des moments où il faut vraiment se battre"	Pouvoir d'agir	4.1. Stratégie Offensive	AS9
603	4. Stratégie identitaire active	"c'est le problème des AS, on ne sait pas suffisamment se mettre en avant. On se met plus en moins qu'en plus"	Manque de positionnement	4.2. Stratégie Défensive	AS9
604	4. Stratégie identitaire active	"on ressort toujours plus facilement ce qui ne va pas de ce qui marche bien"	Négatif	4.2. Stratégie Défensive	AS9
605	4. Stratégie identitaire active	"pourquoi on ne valorise pas plus ce que l'on fait ! On ramène quand même un plus à l'hosto quoi"	Manque de communication	4.2. Stratégie Défensive	AS9
606	4. Stratégie identitaire active	"Il faut peut-être aussi savoir se vendre et communiquer"	Communication	4.1. Stratégie Offensive	AS9
607	4. Stratégie identitaire active	"Si vous n'êtes pas là ben c'est simple... on vous oublie. C'est aussi simple que cela"	Etre présent	4.1. Stratégie Offensive	AS9
608	4. Stratégie identitaire active	"Mon responsable me dit « je te donne un mi-temps là et tu m'en fais un 100 % » [...] je ne sais pas faire semblant"	Implication personnelle	4.1. Stratégie Offensive	AS9
609	5. Place du manager de proximité	"je suis sur un gros travail avec la MDPH. Voilà, parce que nous avons besoin que ça aille vite"	Démarche individuelle	5.4. Développement partenariats	AS9
610	4. Stratégie identitaire active	"j'ai fait le choix d'être plus auprès des patients que derrière cette machine"	Positionnement professionnel	4.1. Stratégie Offensive	AS9

611	5. Place du manager de proximité	"Alors ce qui m'a aussi tenue dans cet hôpital, ce qui a fait que je suis restée toutes ces années, c'est bien les différents responsables qui sont passés chez nous"	Reconnaissance	5.1. Soutien	AS9
612	2. Perception du métier	"Après cette autonomie dépend aussi des services et des médecins des services mais me concernant j'ai toujours été très autonome"	Autonomie	2.5. Points positifs du poste	AS9
613	1. Evolution professionnelle	"J'ai fait des formations, mais peut-être surtout au début de ma carrière"	Possibilité de formation	1.4. Formation / Développement de compétences	AS9
614	1. Evolution professionnelle	"Je savais très bien que ça ne me servirait pas pour avoir un meilleur salaire ou pour monter sur un autre poste"	Absence d'évolution en interne	1.1. Au sein de l'organisation	AS9
615	5. Place du manager de proximité	"C'est lui qui nous met un peu à la page à ce sujet"	Reconnaissance	5.2. Animateur	AS9
616	4. Stratégie identitaire active	"avoir la capacité de dire non, c'est être un bon professionnel [...] il faut s'autoriser à faire ces choix et vous serez finalement respecté pour ça"	Positionnement professionnel	4.1. Stratégie Offensive	AS9
617	2. Perception du métier	"Inconsciemment on attend aussi ça de vous, un positionnement"	Attentes	2.3. Par les autres professionnels	AS9
618	4. Stratégie identitaire active	"Les Assistantes Sociales n'ont pas appris à dire non, c'est bien ça le problème"	Manque de positionnement	4.4. Stratégie de Normalisation	AS9
619	4. Stratégie identitaire active	"On n'est pas la « pouvelle » des services, il faut savoir aussi se faire respecter"	Positionnement professionnel	4.1. Stratégie Offensive	AS9
620	10. Sens du travail	"lorsque l'on travaille à l'hôpital, on participe à des histoires. On s'inscrit dans l'histoire des patients à un moment donné mais on construit également l'histoire d'un ou de plusieurs services"	Processus de Construction	10.1. Processus de construction / déconstruction	AS9

621	6. Valorisation et reconnaissance	"c'est quelque part valorisant de se dire qu'ils acceptent de partager des choses très personnelles avec nous, il y a une confiance qui s'installe et on doit leur être reconnaissant pour ça"	Accès dossier patient	6.6. Sentiment de valorisation	AS9
622	4. Stratégie identitaire active	Anecdote de la formation : "on apporte des connaissances et ces connaissances ont une valeur"	Expertise	4.1. Stratégie Offensive	AS9
623	4. Stratégie identitaire active	Anecdote de la formation : "ce n'est pas la même expertise, mais c'est une autre expertise. En ayant cette position, on se respectait"	Expertise	4.1. Stratégie Offensive	AS9
624	4. Stratégie identitaire active	"j'encouragerais les jeunes à plus s'investir, à être curieux, à apprendre à faire sa place, à savoir que tout n'arrivera pas sur un plateau, à ne pas avoir peur des situations compliquées"	Implication personnelle	4.1. Stratégie Offensive	AS9
625	1. Evolution professionnelle	"on n'a peut-être pas la possibilité d'évoluer sur son poste, mais l'hôpital est riche, on peut changer de service, aller sur d'autres problématiques et au final on trouve son compte"	Mobilité interne	1.1. Au sein de l'organisation	AS9
626	2. Perception du métier	"on peut quand même prendre son pied en travaillant à l'hôpital"	Enrichissant	2.5. Points positifs du poste	AS9
627	9. Evolution du secteur	"les grands changements ont été selon moi d'une part les grandes économies de santé qui ont eu pour effet d'avoir moins de personnel"	Moins de moyens	9.2. Evolution du secteur hospitalier	MED1
628	9. Evolution du secteur	"des choses plus positives tout de même, je pense notamment à la démarche de certification [...] on a dû réfléchir sur notre pratique professionnelle, sur notre façon de soigner nos patients. Je trouve que ça nous permet toujours d'avancer"	Qualité - certification	9.2. Evolution du secteur hospitalier	MED1

629	9. Evolution du secteur	"en rééducation, si le multidisciplinaire est très présent depuis le développement de cette discipline, je trouve que nous sommes en train de le perdre petit à petit depuis plusieurs années ici"	Moins de place à la réadaptation	9.2. Evolution du secteur hospitalier	MED1
630	9. Evolution du secteur	"On manque tous un peu de temps, on n'arrive plus à se trouver des temps tous ensemble autour de synthèses"	Pression temporaire	9.3. Impact dans l'accompagnement social	MED1
631	10. Sens du travail	"On est plus sous pression et ça a des conséquences sur le multidisciplinaire où on a beaucoup plus de difficultés à s'y retrouver..."	Processus de Déconstruction	10.1. Processus de construction / déconstruction	MED1
632	4. Stratégie identitaire active	"ce sont des changements qui ne sont pas forcément toujours positifs pour l'hôpital, ça c'est sûr. Mais bon on s'adapte et on essaye chaque jour de faire au mieux pour nos patients"	Résignation	4.4. Stratégie de Normalisation	MED1
633	2. Perception du métier	"Avant, il y avait vraiment une Assistante Sociale totalement dédiée à l'hôpital de jour, qui était présente aux synthèses, on avait vraiment une référente avec qui on pouvait communiquer facilement, qui connaissait nos patients"	Manque de moyen	2.6. Point à développer ou à améliorer	MED1
634	2. Perception du métier	"elle ne peut pas tout faire non plus et donc elle est moins disponible pour l'hôpital de jour, qui brasse pourtant plus de 200 patients par semaine chez nous !"	Manque de moyen	2.6. Point à développer ou à améliorer	MED1
635	2. Perception du métier	"le service social a changé, on a eu des nouvelles qui ne nous ont pas été présentées, qu'on ne connaît pas... bref, c'est un service qu'on ne connaît plus vraiment"	Communication	2.6. Point à développer ou à améliorer	MED1
636	4. Stratégie identitaire active	"on ne connaît plus vraiment les personnes et où chacun travaille un peu dans son coin"	Résignation	4.4. Stratégie de Normalisation	MED1

637	2. Perception du métier	"je pense que je perçois bien les missions de l'Assistante Sociale parce que, autant sur mon activité en hôpital de jour que mon travail à EMOI-TC, nous travaillons beaucoup avec elles"	Bonne connaissance	2.3. Par les autres professionnels	MED1
638	2. Perception du métier	"l'accompagnement social chez nous est très important"	Positif	2.3. Par les autres professionnels	MED1
639	2. Perception du métier	"l'importance et la légitimité de la place de l'Assistante Sociale en établissement de soins de suite et de réadaptation et bien je pense qu'il n'y a plus de discussion"	Normalisation	2.3. Par les autres professionnels	MED1
640	7. Collectif de travail	"elles sont indispensables, elles font partie du service"	Intégration	7.1. Dans les services : place de l'AS	MED1
641	8. Spécificités du secteur hospitalier	"elles sont des soignantes dans le sens du prendre soin, elles ont une place centrale"	Oui dans le sens du "care"	8.2. AS est un soignant ?	MED1
642	9. Evolution du secteur	"elles ont moins de temps, elles sont moins disponibles, elles courent un peu dans tous les sens"	Pression temporaire	9.3. Impact dans l'accompagnement social	MED1
643	2. Perception du métier	"si l'Assistante Sociale est alors difficilement disponible on va être rapidement en difficulté"	Positif	2.3. Par les autres professionnels	MED1
644	2. Perception du métier	"le contexte n'est plus simple non plus. Et après on a plus de pression des familles..."	Pression de la société	2.4. Par la société	MED1
645	7. Collectif de travail	"dans le service EMOI-TC, oui, elle est parfaitement bien intégrée dans l'équipe"	Intégration	7.1. Dans les services : place de l'AS	MED1
646	2. Perception du métier	"Elle participe à toutes les réunions d'équipe, à toutes les synthèses, on travaille très bien ensemble. A l'hôpital de jour c'est... beaucoup moins le cas"	Plus présent	2.6. Point à développer ou à améliorer	MED1
647	9. Evolution du secteur	"nous avons un gros problème avec notre hôpital de jour. Nous rencontrons de nombreux dysfonctionnements"	Dysfonctionnements	9.2. Evolution du secteur hospitalier	MED1

648	7. Collectif de travail	"il n'y a plus vraiment d'équipe aujourd'hui"	Mauvaise	7.2. Dans les services : ambiance de travail	MED1
649	8. Spécificités du secteur hospitalier	"C'est le médecin qui en fait la demande et ça peut être fait à tout moment : au début, au milieu, à la fin. C'est vraiment au moment où on a identifié une problématique sociale"	Par le médecin	8.1. Intégration du projet thérapeutique	MED1
650	8. Spécificités du secteur hospitalier	"Je fonctionne sur des demandes précises par rapport à des problématiques que j'ai identifiées. Après l'Assistante Sociale est parfaitement libre d'aller plus loin et de creuser d'avantage certaines choses"	AS autonome	8.1. Intégration du projet thérapeutique	MED1
651	2. Perception du métier	"Elles ont suffisamment d'autonomie dans leur travail"	Autonomie	2.5. Points positifs du poste	MED1
652	3. Lien avec la hiérarchie	"j'ai fait remonter à leur responsable de service le besoin de remplacer"	Nécessaire	3.1. Avec son manager de proximité	MED1
653	2. Perception du métier	"lorsqu'il y a un changement, nous ne sommes pas forcément au courant. Voilà, il y a un nom qui arrive comme ça, on ne sait pas d'où ça sort"	Communication	2.6. Point à développer ou à améliorer	MED1
654	2. Perception du métier	"La place du travailleur social est tout de même identifiée, elle est importante, elle est connue. C'est peut-être différent dans le court-séjour mais chez nous tout le monde reconnaît la place de l'Assistante Sociale"	Normalisation	2.3. Par les autres professionnels	MED1
655	9. Evolution du secteur	"je travaille avec des gens que je n'ai jamais vus ou que je ne connais plus alors elles ne vont pas me parler de leurs problématiques"	Hôpital entreprise	9.2. Evolution du secteur hospitalier	MED1
656	2. Perception du métier	"pour la réunion de synthèse c'est tout de même dommageable. C'est tout de même le moment où l'on doit être tous là pour parler des patients, pour échanger, c'est central"	Plus présent	2.6. Point à développer ou à améliorer	MED1

657	2. Perception du métier	"je pense que les Assistantes Sociales sont en souffrance. Mais comme beaucoup de professionnels ici"	Normalisation	2.3. Par les autres professionnels	MED1
658	7. Collectif de travail	"c'est peut-être à nous médecins d'essayer à remobiliser les équipes"	Remobilisation nécessaire	7.2. Dans les services : ambiance de travail	MED1
659	9. Evolution du secteur	"ça devient très compliqué de créer un collectif et de savoir travailler ensemble. On en arrive à se demander « mais qui s'occupe de qui ? »"	Dysfonctionnements	9.2. Evolution du secteur hospitalier	MED1
660	9. Evolution du secteur	Anecdote du dysfonctionnement de l'HDJ "c'est une situation que l'on a déjà évoquée, une organisation que nous avons déjà proposée, mais on n'avance pas"	Dysfonctionnements	9.2. Evolution du secteur hospitalier	MED1
661	3. Lien avec la hiérarchie	"Il n'y a plus du tout de lien. Et quand on remonte les choses il n'y a pas d'action derrière"	Peu présent	3.2. Avec la direction d'établissement	MED1
662	3. Lien avec la hiérarchie	"ils doivent se dire « tant que ça fonctionne comme ça ben on continue comme ça »"	Pas intéressé	3.2. Avec la direction d'établissement	MED1
663	6. Valorisation et reconnaissance	"Pour moi ça n'a rien changé. Vraiment rien"	Pas de changement	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	MED1
664	6. Valorisation et reconnaissance	"Et au final une fois le redémarrage fait ce fut très compliqué. On a perdu quelque chose, ça ne marche plus très bien"	Dégradation	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	MED1
665	6. Valorisation et reconnaissance	"Autant au départ on a bien géré mais depuis... c'est le flottement"	Dégradation	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	MED1
666	2. Perception du métier	"la question de la reconnaissance, ou plutôt du manque de reconnaissance, aujourd'hui concerne tous nos métiers"	Normalisation	2.3. Par les autres professionnels	MED1

667	6. Valorisation et reconnaissance	"On a le collectif qui est en souffrance aujourd'hui"	Souffrance	6.7. Reconnaissance spécifique depuis la crise sanitaire	MED1
668	2. Perception du métier	"je dis peut-être ça parce que j'ai toujours eu cette fibre sociale, mes collègues ne l'ont peut-être pas toujours"	Facteur personne dépendante	2.3. Par les autres professionnels	MED1
669	5. Place du manager de proximité	"La communication est difficile ici. Le responsable ne nous a pas prévenu et ne communique pas"	Manque de communication	5.5. Communicant	MED1
670	7. Collectif de travail	"Il y avait un lien important, une communication possible, des liens forts. Il n'y a plus cet esprit d'équipe"	Manque de lien	7.4. Service social : ambiance de travail	MED1

ANNEXE 7 : GLOSSAIRE DES TERMINOLOGIES IDENTIFIEES DANS LES ENTRETIENS SUR LES CAPACITES NECESSAIRES DE L'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

CAPACITES	DEFINITION	COMPORTEMENTS ET COMPETENCES
AUTONOMIE	Capacité qu'a un individu d'agir seul dans un contexte donné sans être subordonné à quelque chose et sans avoir à demander constamment l'approbation par d'autres personnes.	<ul style="list-style-type: none"> • Démontrer une constance et une stabilité dans ses décisions et actions • Garder son calme lors de situations imprévues
COMMUNICATION	Manifester sa pensée par la parole, l'écriture, la gestuelle, la mimique, dans le but de se faire comprendre.	<ul style="list-style-type: none"> • Aisance rédactionnelle • Aisance à la prise de parole en public • Etre clair, précis, organisé et structuré • Faire valoir son point de vue en respectant celui des autres • Partager des informations • Utiliser des outils de communication appropriés au contexte • Utiliser un langage approprié (verbal comme non verbal)
CONSCIENCE SOCIALE	Comprendre l'interdépendance des individus, d'être conscient de leurs conditions sociales et de la nécessité d'intervenir dans une perspective de bien commun.	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les conditions de vie des personnes accompagnées • Prendre en considération les besoins des individus
COOPERATION	Participer activement à une action commune en vue d'atteindre un but commun.	<ul style="list-style-type: none"> • Apporter sa contribution aux tâches à réaliser • Assurer une répartition équitable des tâches à réaliser • Encourager et soutenir les membres du groupe • Etre à l'écoute des autres, respecter la différence des points de vue • Faire circuler l'information • Participer activement à la résolution des problèmes • Recherche de consensus, de compromis

		<ul style="list-style-type: none"> • Respecter ses engagements et les délais • Aisance dans le travail en équipe
CREATIVITE	Capacité d'un individu à créer, produire des idées neuves et réalisables, à combiner et organiser les actions qui en découlent.	<ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'originalité • Multiplier les idées sur un même sujet • Proposer différentes solutions face à une situation • Regarder une situation sous différents angles
CURIOSITE INTELLECTUELLE	Appétit de connaître se manifestant par le questionnement, la lecture, des investigations.	<ul style="list-style-type: none"> • Consulter des personnes ressources • Lire pour assurer une veille réglementaire et législative • Poser des questions • Faire des liens entre les savoirs • Reconnaître ce que l'on ne sait pas
DISCERNEMENT ET JUGEMENT	Apprécier les individus, les choses et situations avec objectivité et sens critique pour déterminer sa propre conduite.	<ul style="list-style-type: none"> • Accueillir la critique pour nourrir sa réflexion, faire un travail d'introspection, de rétroaction • Adapter l'action à mettre en place à la problématique, à l'analyse et à l'évolution de la situation • Analyser une situation de manière objective • Connaître ses propres forces et limites • Distinguer ce qui est important de ce qui l'est moins • Proposer de nouvelles pistes de solutions • Tirer profit de ses erreurs
PROFESSIONNALISME	Ensemble de valeurs, d'attitudes, de conceptions concernant le rôle que le professionnel est censé épouser et actualiser dans l'accomplissement de son travail.	<ul style="list-style-type: none"> • Actualiser sa pratique professionnelle de façon continue • Appliquer les règles et directives en vigueur • Collaborer avec les autres catégories professionnelles de son milieu • Contribuer à l'amélioration de son milieu professionnel • Démontrer son investissement • Expliquer le raisonnement derrière l'action • S'appuyer ses des approches et un cadre méthodologique • Garder une distance professionnelle
REFLEXIVITE	Mode de réaction posée, circonspecte, avec prise de	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer toutes les possibilités avant une prise de décision • Prendre en considération tous les éléments d'un problème

	recul.	<ul style="list-style-type: none"> • Etre en capacité de se détacher du prescrit
RESPONSABILITE	Obligation d'assurer une tâche qui nous est confiée et d'en répondre envers le mandant.	<ul style="list-style-type: none"> • Assumer ses responsabilités de manière autonome en regard de ses limites personnelles • Eviter de surestimer ou de sous-estimer son rôle
RIGUEUR	Capacité d'effectuer des tâches avec précision et justesse.	<ul style="list-style-type: none"> • Etre au plus juste dans les tâches à réaliser • Respecter scrupuleusement les règles et consignes

ANNEXE 8 : ANALYSE DES DYNAMIQUES DE LA RECONNAISSANCE SUR LA PERIODE DE LA COVID SUR LA BASE DU MODELE DE LA RECONNAISSANCE DE BRUN A PARTIR DES ENTRETIENS

1/ AUX HUS

		Niveau vertical	Niveau horizontal	Niveau interne	Niveau externe
PERSONNE	Reconnaissance existentielle	LA PERSONNE			
		 	 	 	 
PROCESSUS DE TRAVAIL	Reconnaissance de la pratique	LA QUALITE			
	Reconnaissance de l'investissement	L'EFFORT			
RESULTAT	Reconnaissance des résultats	LES RESULTATS			
		 	 	 	 

 Niveau faible	 Niveau moyen	 Niveau fort	 Niveau de reconnaissance perçue en temps normal	 Niveau de reconnaissance perçue sur la période COVID (mars à mai 2020)
---------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2/ A l'IURC

		Niveau vertical	Niveau horizontal	Niveau interne	Niveau externe
PERSONNE	Reconnaissance existentielle	LA PERSONNE			
		 	 	 	 
PROCESSUS DE TRAVAIL	Reconnaissance de la pratique	LA QUALITE			
	Reconnaissance de l'investissement	L'EFFORT			
RESULTAT	Reconnaissance des résultats	LES RESULTATS			
		 	 	 	 

- Niveau faible
- Niveau moyen
- Niveau fort



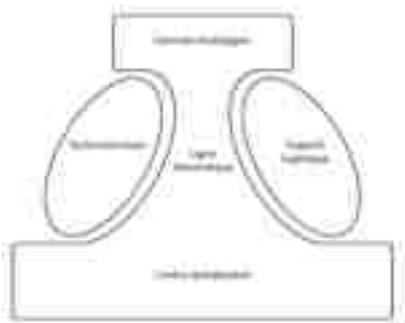
Niveau de reconnaissance perçue en temps normal



Niveau de reconnaissance perçue sur la période COVID (mars à mai 2020)

ANNEXE 9 : ANALYSE DES DYNAMIQUES DE LA RECONNAISSANCE SELON L'EXPERIENCE SUR LA BASE DU MODELE DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DE MINTZBERG A PARTIR DES ENTRETIENS

Présentation de la structure organisationnelle de MINTZBERG¹



Le **sommet stratégique** doit faire en sorte que l'organisation remplisse sa mission de façon efficace. Il s'agit de la direction d'établissement et de groupe.

Le **centre opérationnel** est composé des membres de l'organisation dont le travail est directement lié à la production des biens et des services. Les Assistants de Service Social se situent à ce niveau, au plus proche du terrain, en lien direct avec les patients et familles.

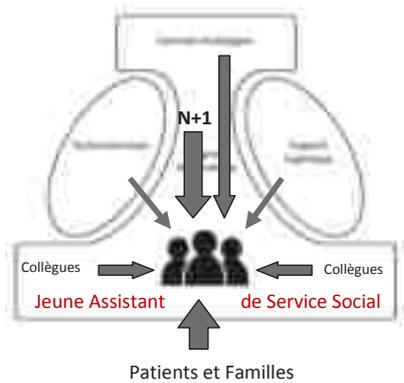
La **ligne hiérarchique** relie le sommet stratégique au centre opérationnel. Sur cette ligne, nous retrouvons le Responsable du service social (que ce soit aux HUS ou à l'IURC).

Les **fonctions de la technostructure** servent l'organisation en agissant sur le travail des autres.

Les **fonctions de support logistique** servent de support indirect aux missions de base de l'organisation.

¹ Modèle d'Henry MINTZBERG présenté dans le cours de Thierry NOBRE dans le cours *Management et conduite du changement* au Master 2 MOS

Tendance des besoins de reconnaissance du jeune Assistant de Service Social :

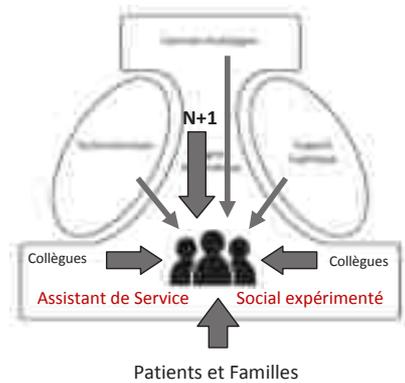


Légende :

-  Besoin très fort
-  Besoin fort
-  Besoin modéré

Le jeune professionnel aura tendance à avoir de fortes attentes de reconnaissance de sa direction et de son N+1.

Tendance des besoins de reconnaissance de l'Assistant de Service Social expérimenté :



Le professionnel expérimenté aura tendance à ne plus avoir de fortes attentes de reconnaissance de sa direction. Toutefois, il sera plus sensible aux signes de reconnaissance émanant des patients, des collègues et de son N+1.