HAL
open science

LE SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL: CONCEPTUALISATION, MESURE ET INFLUENCE SUR L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL ET L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE : L'ETUDE D'UN CAS HOSPITALIER

Caroline Ruiller

To cite this version:

Caroline Ruiller. LE SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL: CONCEPTUALISATION, MESURE ET INFLUENCE SUR L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL ET L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE : L'ETUDE D'UN CAS HOSPITALIER. Sciences de l'Homme et Société. Université Rennes 1, 2008. Français. NNT : . tel-00523398v2

HAL Id: tel-00523398

https://theses.hal.science/tel-00523398v2

Submitted on 5 Oct 2010

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

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

École Doctorale de Sciences Économiques et de Gestion
UNIVERSITE DE RENNES 1

LE SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL: CONCEPTUALISATION, MESURE ET INFLUENCE SUR L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL ET L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE :

L'ETUDE D'UN CAS HOSPITALIER

THESE

Pour l'obtention du titre de

Docteur de L'université de Rennes 1, Mention « Sciences de Gestion »

Soutenue publiquement le 1er décembre 2008 par

CAROLINE RUILLER

JURY :

DAVID ALIS, Professeur à l'Université de Rennes 1	**DIRECTEUR DE RECHERCHE**
MATHIEU DETCHESSAHAR, Professeur à L'Université de Nantes	**RAPPORTEUR**
PIERRE LOUART, Professeur à L'Université de Lille 1	**RAPPORTEUR**
ALAIN ROGER, Professeur à L'Université de Lyon 3	**RAPPORTEUR**
DOMINIQUE MARTIN, Professeur à l'Université de Rennes 1	**SUFFRAGANT**
GWENAËLLE POILPOT-ROCABOY, MCF HDR à l'Université de Rennes 1	**SUFFRAGANT**

Centre UMR CNRS 6211
Université de Rennes 1 Université de Caen

École Doctorale de Sciences Économiques et de Gestion
UNIVERSITE DE RENNES 1

LE SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL: CONCEPTUALISATION, MESURE ET INFLUENCE SUR L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL ET L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE :

L'ETUDE D'UN CAS HOSPITALIER

THESE

Pour l'obtention du titre de

Docteur de L'université de Rennes 1, Mention « Sciences de Gestion »

Soutenue publiquement le 1er décembre 2008 par

CAROLINE RUILLER

JURY :

DAVID ALIS, Professeur à l'Université de Rennes 1	**DIRECTEUR DE RECHERCHE**
MATHIEU DETCHESSAHAR, Professeur à L'Université de Nantes	**RAPPORTEUR**
PIERRE LOUART, Professeur à L'Université de Lille 1	**RAPPORTEUR**
ALAIN ROGER, Professeur à L'Université de Lyon 3	**RAPPORTEUR**
DOMINIQUE MARTIN, Professeur à l'Université de Rennes 1	**SUFFRAGANT**
GWENAËLLE POILPOT-ROCABOY, MCF HDR à l'Université de Rennes 1	**SUFFRAGANT**

Centre UMR CNRS 6211
Université de Rennes 1 Université de Caen

L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

MES REMERCIEMENTS S'ADRESSENT…

Au Professeur David Alis, mon directeur de thèse, pour son ouverture d'esprit, son immense culture et sa vision internationale de la recherche. A son contact, j'ai structuré et donné du sens aux actions entreprises sur le terrain pour mener à bien ce travail. Cette rencontre aura probablement été déterminante dans mon parcours. J'ai particulièrement apprécié son tact et son respect par rapport à mon besoin d'autonomie. Je le remercie très sincèrement d'avoir accompagné cette recherche doctorale.

Aux Professeurs Mathieu Detchessahar, Pierre Louart et Alain Roger pour l'intérêt qu'ils ont bien voulu porter à mon travail en me faisant l'honneur de l'évaluer et d'en être les rapporteurs.

A toute « l'équipe RH » de l'IGR et notamment, Gwénaëlle Poilpot-Rocaboy, Anne Joyeau, Natasha Pijoan, Matthieu Mandard, Dominique Martin et Christophe Vignon pour leur disponibilité, leur écoute et leur « énergie ». Les retours critiques et constructifs de Dominique Martin, dans le cadre de ses séminaires « *Innovations et Performance* » entre autres, ont contribué à faire évoluer le sens de cette recherche… Je les remercie tous très chaleureusement et un merci tout particulier à Gwénaëlle, Natasha et Christophe qui m'ont aidé à prendre conscience de mes ressources et entouré pour les développer.

Aux acteurs du milieu hospitalier, aux cadres infirmiers, aux infirmiers / infirmières, aux aides-soignants(es) et aux agents des services hospitaliers qui ont accepté de consacrer du temps et de l'énergie pour ce travail. Un grand merci à tous pour la qualité de leur accueil tout au long de ces trois années, pour la richesse de leurs récits et pour leur dynamisme. Je souhaite leur témoigner toute ma reconnaissance.

Aux enseignants chercheurs et au personnel administratif de l'IGR, aux équipes pédagogiques du « tutorat » et aux enseignants et aux étudiants de la « JSR » pour leurs encouragements pendant ces quatre années: Marc Dumas, Laëtitia Laud-Alis, Angélique Aubier, Laurent Bironneau, Karine Le Rudulier, Karine Gallopel, Florence André, Roselyne Sauvée, Marc Gaugain, Bruno Leroy et les autres ! Je remercie aussi

particulièrement Michèle Le Baut, Ghislaine Delamarre-Dolo, Chrystèle Alix, Jean-François Langlamet et Dominique Marraine pour leur « soutien instrumental » et leur « soutien émotionnel » !

Aux doctorants, Julien Bouillé, Norbert Lebrument, Elodie Allain, Frédéric Basso, Simon Cornée, Maxime Debon, Khalid Elbadraoui et les autres… Pour la finesse et la richesse de leurs réflexions, leur bonne humeur et la qualité de nos échanges : « It was LEGENDARY ! ».

A mes « grands amis de la thèse » : Emmanuelle Fromont-Guibal, Magali Jara, Yannick Gouzerh et Julien. Les moments passés avec vous m'ont aidé à garder le cap et à « m'accrocher » !

A mes amis, Renaud Lallican, Vincent Darras, Génaro Guibal, Paul Tran, Olivier et Karine Caudan, Maéva et Pierre Debergh, Valérie et Pierre Leroux, Nicolas Georgel, Thierry Rondet, Tanguy et Isabelle Bonneau, Bruno et Typhaine Léon, Olivier Mentec, Olivier et Florence Guivarch, Gwénnaëlle Bizien, Carole Pennaneach et les autres… Pour leur joie de vivre et les « bouffées d'oxygène » qu'ils m'ont apportées pendant toute cette période de thèse. Je les remercie aussi vivement de m'avoir fait partager leurs réseaux pour les « pré-tests ».

A mes « copines de hand » : Sophie Lohier, Manuella Césaire, Caroline Jambou, Emilie Sinic, Stéphanie Prigent et Dine pour m'avoir toujours soutenu dans les moments critiques que « *La vie, c'est la gagne !* ».

Enfin à mes proches et à ma famille, Sandrine Riou, Rémy Epinoux mes deux « supra-amis ». A mon père, mes beaux parents, ma « troisième grand-mère exemplaire », ma sœur Lisa. Pour leur encouragements, leur compréhension et leur affection.

Pour finir, je voudrais témoigner à travers ce travail, ma profonde reconnaissance à ma mère « aidante » dans le secteur hospitalier, sans laquelle ce sujet n'aurait pu voir le jour… Et à Yann mon compagnon qui m'a accompagné, entouré, voir piloté jusqu'à la dernière minute. Sa foi en mes capacités et son aide illustrent toutes les dimensions du soutien. Qu'il en soit ici très sincèrement remercié.

SOMMAIRE

PARTIE 1 – CADRE CONCEPTUEL 26

CHAPITRE 1 - TENSIONS AU TRAVAIL ET EPUISEMENT PROFESSIONNEL : UNE RELATION CONNUE 29
1.1 LES TENSIONS AU TRAVAIL : UN RISQUE PSYCHOSOCIAL 32
1.2 L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL: DEFINITIONS ET MODELISATIONS 48
1.3 LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX : UNE SOURCE D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL 57
CHAPITRE 2 - LE SOUTIEN ORGANISATIONNEL ET LE SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL 66
2.1 ENCADREMENT THEORIQUE DES CONCEPTS DE SOUTIEN 68
2.2 LE SOUTIEN ORGANISATIONNEL: L'IMPLICATION DE L'ORGANISATION ENVERS SES SALARIES 77
2.3 LE SOUTIEN SOCIAL : EVOLUTIONS CONCEPTUELLES ET DEFINITIONS 86
CHAPITRE 3 - LE SOUTIEN ORGANISATIONNEL ET SOCIAL AU TRAVAIL, L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL ET L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE 104
3.1 L'INFLUENCE DU SOUTIEN SOCIAL SUR L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL 107
3.2 L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE : L'IMPLICATION DES PERSONNES ENVERS L'ORGANISATION 115
3.3 LES FACTEURS D'IMPLICATION : LE ROLE IMPORTANT DE L'ORGANISATION ET DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL 121

PARTIE 2 – PARTIE EMPIRIQUE 131

CHAPITRE 4 - LA RECHERCHE QUALITATIVE : UNE APPROCHE DYADIQUE DU SOUTIEN SOCIAL A L'HOPITAL 138
4.1 MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE : L'INTERET DU MILIEU HOSPITALIER POUR ETUDIER LES RELATIONS INTERPERSONNELLES 140
4.2 RECONNAISSANCE DU SOUTIEN SOCIAL A L'HOPITAL : L'AIDE AU CŒUR DE L'ECHANGE INTERPERSONNEL ET DES PRATIQUES DES CADRES DE SANTE 161
4.3 LES FACTEURS CONTEXTUELS, SITUATIONNELS ET INDIVIDUELS INFLUENCANT L'EXPRESSION DES COMPORTEMENTS DE SOUTIEN AU TRAVAIL 171
4.4 LA NATURE DU SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL 180
4.5 LE SOUTIEN SOCIAL ENTRE LES PERSONNES : LE DEVELOPPEMENT D'UN CLIMAT FAVORABLE AU BIEN-ETRE ET A LA MOBILISATION DES PERSONNES 198
CHAPITRE 5 - DEVELOPPEMENT DE L'ECHELLE DE MESURE DU SST ET DES AUTRES MESURES POUR TESTER LE MODELE DE RECHERCHE 207
5.1 REMARQUES PRELIMINAIRES : MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE POUR DEVELOPPER LES OUTILS DE MESURE 209
5.2 SELECTION ET DEVELOPPEMENT DES INSTRUMENTS DE MESURE EXISTANTS 218
5.3 CONSTRUCTION ET DEVELOPPEMENT DES ECHELLES DE MESURE : METHODES STATISTIQUES RETENUES 227
5.4 CONSTRUCTION ET DEVELOPPEMENT DE LA DOUBLE MESURE DE LA PERCEPTION DU SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL 233
5.5 DEVELOPPEMENT DES ECHELLES DE MESURE EXISTANTES 248
CHAPITRE 6 - L'INFLUENCE DES DIFFERENTS TYPES DE SST SUR LA PERSONNE ET SON COMPORTEMENT AU TRAVAIL 268
6.1 MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE DE VALIDATION DU MODELE GENERAL DE RECHERCHE 271
6.2 PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE 277
6.3 LE MODELE DE L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL 282

6.4 LE MODELE DE L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE 290
6.5 DISCUSSION ET MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS QUALITATIFS ET QUANTITATIFS ... 297

CONCLUSION GENERALE 316

BIBLIOGRAPHIE 322
SOMMAIRE DETAILLE 348
TABLE DES ENCADRES 353
TABLE DES FIGURES 354
TABLE DES SCHEMAS 355
TABLE DES TABLEAUX 356

INTRODUCTION GENERALE

L'actualité de la santé au travail

Le questionnement sur la santé au travail et sur les risques psychosociaux est d'actualité en France. Les discussions, les ouvrages, les enquêtes et les articles de recherche consacrés à cette problématique se multiplient**.** Pour quelles raisons et pour quels acteurs ce sujet suscite-il un tel intérêt ? Trois points peuvent être considérés.

Premièrement, une dégradation des conditions de travail est régulièrement dénoncée en France, sur la base d'études empiriques (SUMER 2003[1], DARES 2005[2], Fondation de Dublin 2005). D'après la quatrième enquête 2005 de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, en Europe, plus d'un salarié sur cinq souffre de problèmes de santé liés au stress d'origine professionnelle. Ces résultats attestent de l'ampleur d'un nouveau problème pour le management. TMS[3], épuisement professionnel etc. Sont des contraintes dommageables pour la santé des individus et celle de l'entreprise. D'après les estimations du BIT[4], le coût du stress dans les pays industrialisés s'élève entre 3 et 4% du PIB. Pour l'entreprise, les pertes s'estiment par une élévation des arrêts de travail, de l'absentéisme, de la qualité etc.

Le stress [5]"*survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes imposées par son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face* ». Le stress est donc lié à la rencontre des caractéristiques individuelles (émotionnelles, physiques, perceptuelles) et des caractéristiques environnementales (travail, hors travail).

Deuxièmement, le risque psychosocial social constitue une menace pour le bien-être social. A ce titre, il est de plus en plus admis que l'Etat, les groupes sociaux et donc les entreprises et leurs représentants, aient une influence sur la qualité de vie au travail des

1 SUMER 2002-2003 est une enquête transversale copilotée par la Dares et la DGT (Inspection médicale du travail) qui fournit une évaluation des expositions professionnelles des salariés, de la durée des ces expositions et des protections collectives ou individuelles éventuelles mises à disposition
2 Enquêtes sur les conditions de travail de la DARES 1984, 1991, 1998, 2005.
3 Troubles Musculo-Squelettiques.
4 BIT (2003), *La sécurité en chiffres, indications pour une culture mondiale de la sécurité au travail*, Genève.
5 Définition de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail.

personnes. En France, le problème de la santé au travail est reconnu comme un problème de santé publique mais les entreprises doivent reconnaître leur rôle en tenant compte de la santé de leurs salariés.

La compréhension des causes, des mécanismes et des conséquences liées aux risques psychosociaux dépend du type de risque évalué. Le concept de risque psychosocial englobe de nombreux autres concepts : stress professionnel, harcèlement… Et la délimitation des frontières conceptuelles relatives à ces risques fait l'objet de nombreuses remises en question.

A cet égard, le rapport LEGERON-NASSE[6] (2008) ouvre sur une réflexion structurelle : « *Il est nécessaire de faire, en France, ce que d'autres pays ont fait avant nous, et dont nous pouvons nous inspirer : clarifier les concepts, mesurer le risque, évaluer plus précisément ses conséquences. En effet, chaque secteur économique a ses caractéristiques ; chaque entreprise a ses spécificités, à commencer par sa taille ; chaque collectif de travail a son organisation et ses contraintes propres ; enfin, chaque salarié a une individualité psychologique et une histoire. A l'état global, le risque psychosocial n'a qu'une existence notionnelle. A l'état concret, c'est le salarié et son entreprise qui le vivent*. ». L'explication du stress professionnel engloberait donc à la fois les facteurs liés à l'environnement travail et à la manière dont les salariés le perçoivent et réagissent à ce dernier. Il est donc nécessaire pour les chercheurs en management d'approfondir l'état des connaissances sur les pratiques de GRH influençant favorablement la santé au travail.

Troisièmement, la responsabilité des entreprises est au cœur de l'actualité sur le stress professionnel. D'une part, les différents rapports susmentionnés indiquent que France est à la traîne sur le thème de la santé au travail. Les entreprises exigent des résultats de plus en plus élevés, en exerçant des pressions (temporelles et morales) sur l'individu mais n'accompagnent pas assez les collaborateurs pour leur permettre de développer leur potentiel.

Par ailleurs, le rapport LEGERON-NASSE met l'accent sur l'impact psychologique et les effets sur la santé, des organisations du travail mais aussi des méthodes de management sur les personnes. L'absence de suivi sur la santé des salariés montre qu'une démarche

[6] Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, établi par Patrick Légeron, psychiatre et directeur du cabinet Stimulus, et Philippe Nasse, ancien vice-président du Conseil de la concurrence. Mars 2008.

d'exploration des risques psychosociaux s'impose et que les entreprises doivent se mobiliser pour stimuler le lancement de cette démarche.

Le rapport débouche sur une réflexion qui à notre sens est cruciale : **l'aspect contingent de l'évaluation des risques et l'adéquation de la réponse organisationnelle**. Il s'agit d'une question essentielle et actuelle pour la gestion des ressources humaines[7] : celle de l'universalité des outils de gestion et de leur appropriation par les personnes.

Les trois points précédents mettent en exergue l'importance de la prise en compte de la personne par l'entreprise, sous le prisme de ses compétences professionnelles mais également sous le prisme de son individualité et de la manière dont elle perçoit ses relations avec son environnement de travail. Néanmoins force est de constater que le sujet est complexe et qu'il n'existe pas de typologie de « bonnes pratiques » qui permettrait aux entreprises de proposer une réponse « idéale ».

A la recherche de solutions : la prise en compte de la personne dans les pratiques de gestion des ressources humaines

Comment reconnaître et soutenir ses collaborateurs ? Comment leur permettre de faire face à des exigences de plus en plus fortes de qualité, de productivité, de baisse des coûts, et d'innovations ? Quelle est la responsabilité de l'entreprise pour favoriser la qualité de vie de ses salariés ?

Le tableau dressé par les résultats des différentes enquêtes précitées est plutôt sombre. Pourtant, une étude récente de la TNS-Sofres[8] (2007) montre que les salariés français sont les seuls à placer les contacts humains en tête de leurs représentations du travail.

En mai 2008, une publication de la DARES évalue les risques psychosociaux au travail. Dans le cadre de l'enquête SUMER 2003[9], l'administration du questionnaire de KARASEK[10] à un échantillon représentatif[11] des salariés en France permet de faire trois

[7] Congrès de l'AGRH 2007, Fribourg sur le thème « Outils, modes et méthodes ».
[8] Etude de l'Observatoire International des Salariés (OIS) : enquête menée en février / mars 2007 (5 412 interviews) sur des salariés de grandes entreprises et de la fonction publique (France, Allemagne, Grande–Bretagne, Italie, Espagne, Etats-Unis, Chine).
[9] GUIGNON N., NIEDHAMMER I., SANDRET N. (2008), « Les facteurs psychosociaux au travail : une évaluation du questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003 », Rapport de la DARES, N°22.1.
[10] KARASEK R., (1979), « Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, Vol. 24, p. 285-306

constats sur la « tension au travail »[12], définie comme la combinaison d'une forte demande psychologique au travail[13] et d'une faible latitude décisionnelle[14]. Un premier constat montre que 23 % des salariés se perçoivent en situation de tensions au travail. Concernant les caractéristiques individuelles, les femmes, les employés dans les métiers de service et certains métiers (ouvriers, employés libre service etc.) sont plus touchés par la « tension au travail ».

Le deuxième constat se situe au niveau des conditions de travail, certains facteurs ont une influence plus significative que d'autres sur l'état de stress professionnel perçu. Ainsi par exemple, si le rythme de travail est déterminé par plusieurs contraintes opposées ou si les tensions avec le public sont fortes dans les métiers de service, alors les personnes sont plus exposées au risque d'être « tendues ».

Troisième constat, **les salariés les plus « tendus » et qui perçoivent un faible soutien social sont peu nombreux à être satisfaits[15] au travail, perçoivent le travail comme mauvais pour leur santé[16], perçoivent leur travail comme stressant[17], sont fatigués[18] et ont des problèmes de sommeil[19]**.

Les constats précités ouvrent sur trois voies de recherche qui nous paraissent être à approfondir. **Premièrement concernant les tensions au travail**, les facteurs organisationnels (*demandes du travail* : exigences du travail, rôles professionnels, charges physique et psychologiques etc. ; *contrôle dans le travail* : autonomie, positionnement de la hiérarchie etc.) doivent être étudiés. Deuxièmement, **l'état des connaissances sur les conséquences de ces tensions sur l'individu** (*conséquences négatives* : insatisfaction,

[11] 80% des salariés fraçais sont couverts par l'enquête, n = 24486.
[12] Ou «job strain ».
[13] La demande psychologique au travail est évaluée par la quantité du travail, son intensité et son caractère plus ou moins morcelé tels que ressentis par les salariés.
[14] La latitude décisionnelle est évaluée par la marge de manœuvre perçue par les salariés pour peser sur les décisions de son travail et aux possibilités d'utiliser / développer ses compétences.
[15] 24% des salariés sont satisfaits de leur travail dans l'échantillon global, seulement 9% pour les salariés « tendus » et peu soutenus socialement.
[16] 28% des salariés perçoivent le travail comme « mauvais pour leur santé » dans l'échantillon global, 51% pour les salariés « tendus » et peu soutenus socialement.
[17] 34% des salariés perçoivent leur travail comme stressant dans l'échantillon global, 54% pour les salariés « tendus » et peu soutenus socialement.
[18] 28% des salariés se disent « fatigués » dans l'échantillon global, 43% pour les salariés « tendus » et peu soutenus socialement.
[19] 7% des salariés estiment avoir des problèmes de sommeil dans l'échantillon global, 12% pour les salariés « tendus » et peu soutenus socialement.

état d'anxiété, fatigue, épuisement, mal-être ; *comportements « positifs »* : satisfaction, implication, bien-être etc.) mérite d'être approfondi. Troisièmement, **le soutien social au travail caractérise la dynamique des relations interpersonnelles et les possibilités de bénéficier d'une aide de la hiérarchie et des collègues pour les salariés. A ce titre, il nous semble essentiel de comprendre comment il se structure**.

Sur la base de ces voies de recherche, nous proposons d'approfondir deux points en particulier. En premier point, nous proposons dans le cadre de ce travail doctoral, de faire **émerger un modèle du soutien social au travail** (de la part des managers de proximité et des collègues), afin de comprendre sa nature et **d'évaluer si les représentations des personnes qui « fournissent » le soutien et les représentations des personnes qui le « reçoivent » sont en adéquation**. En second point, nous proposons **d'évaluer l'influence de tensions au travail et des différents types de soutien au travail perçu sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle**. Pour justifier ces choix, nous présentons dans les paragraphes suivants les interrogations de départs et le cheminement théorique qui a fait émerger cette problématique.

Comment développer des relations de qualité avec ses collaborateurs? Le succès récent des nombreux ouvrages[20][21] consacrés aux pratiques managériales montre que les collaborateurs et les cadres attendent d'autres types de management qu'un management autocratique et culpabilisant pour actualiser leur potentiel et développer leur talent au service de leur organisation.

D'autres ouvrages[22] tirent la sonnette d'alarme, en signalant les conséquences des nouveaux modes de management sur l'état physique, émotionnel et psychique des salariés.

Notre première démarche théorique a visé les recherches portant sur **les pratiques de soutien organisationnel**. L'importance du soutien organisationnel et ses effets sur la performance et l'implication organisationnelle ont été mis en évidence par EISENBERGER et al.[1] (1986). **Le soutien organisationnel caractérise deux types de soutien de l'entreprise : (1) les pratiques RH « tangibles »** (aménagement des horaires, services à la personne, télétravail etc.) et **(2) le soutien du supérieur hiérarchique**, un acteur clé dans le développement de la qualité des relations interpersonnelles au travail.

[20] SUTTON R. (2007), Objectif zéro-sale-con, Edition Vuibert
[21] PFEFFER J., SUTTON R. (2007), Faits et foutaises dans le management, Edition Vuibert
[22] DEJOURS C., (1998), Souffrances en France. La banalisation de l'injustice sociale, Paris, Editions Seuil
[22] Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail

Le soutien organisationnel perçu serait positivement corrélé à la satisfaction au travail et à l'implication organisationnelle (ALLEN et MEYER[23], 1990). Il serait négativement lié au turnover et à l'absentéisme (SHORE et WAYNE[24], 1993). KARASEK et THEORELL[25] (1990) ont montré que le stress et ses conséquences négatives (épuisement professionnel, dépression, détresse psychologique) sont liés à un manque d'autonomie décisionnelle et de soutien social. Dans une perspective proche, STANFELD et al.[26] (1999) caractérisent le stress professionnel par un sentiment d'absence de réciprocité lié au déficit de reconnaissance.

Le développement récent des recherches menées sur la relation d'échange social entre l'organisation et ses salariés tend à montrer que la création et l'entretien de relations de qualité, fondées sur la confiance interpersonnelle et la réciprocité renforcent les comportements de citoyenneté organisationnelle et l'attachement des personnes à l'entreprise.

Un climat social organisationnel soutenant permettrait de favoriser le bien-être des personnes au travail. Le soutien de l'entreprise ou « soutien organisationnel » est d'autant plus important que les représentations du travail des salariés évoluent. La GRH s'est longtemps basée sur le modèle de la « séparation » en considérant que les domaines du travail et du hors travail étaient indépendants. Aujourd'hui encore, nombreux sont les employeurs qui estiment le hors travail « hors de leur responsabilité » : charge aux salariés de gérer les difficultés liées aux responsabilités familiales (familles monoparentales, génération « sandwich » devant assumer la charge à la fois de parents dépendants et de jeunes enfants, couples à deux actifs etc.)

[23] ALLEN N.J., MEYER J.P., (1990), « The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization », *Journal of Occupational Psychology*, Vol. 63, p. 1-18

[24] SHORE L. M., WAYNE S.J. (1993), "Commitment and employee behaviour : Comparison of affective commitment and continuance commitment with perceived organization support", *Journal of Applied Psychology*, 78 (5), 774-780

[25] KARASEK R., THEORELL T., (1990), *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books

[26] STANFELD S.A., FUHRER R., SHIPLEY M.J., MARMOT M.G., (1999), "Work characteristics predict psychiatric disorders: prospective results from Whitehall II Study", *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 56, p. 302.

Quelles sont les frontières du rôle de l'entreprise? Quelles sont les raisons, pour les elles, de se soucier d'une telle problématique ?

Aujourd'hui, la loi fait obligation à l'employeur d'évaluer les risques, y compris psychosociaux et de préserver la santé physique et mentale des employés. Par ailleurs, les arrêts de travail, l'absentéisme, le turn over et les coûts qui leur sont associés perturbent la performance (économique et sociale) de l'entreprise. Le problème du stress au travail et du bien-être des personnes est donc devenu incontournable, que les entreprises s'en soucient ou non.

Quels sont les moyens, pour les employeurs, de lutter contre les conséquences du stress sur leurs salariés ? Les acteurs de l'organisation se disent souvent « démunis » face au phénomène du stress. Le frein principal est certainement lié à une méconnaissance des processus du stress, de ses causes, de ses conséquences, de ses modérateurs. Aussi est-il important de mentionner la complexité du sujet, quelque soit son point d'entrée. Prenons l'exemple des facteurs de stress au travail, ils se situent à différents niveaux et sont varient en fonction de l'entreprise et de son activité, ils peuvent être liés[27] à l'environnement macroéconomique (intensification ; pressions temporelles, ou exigence de productivité ; instabilité de l'emploi, précarité de l'emploi), aux évolutions sociologiques (utilisation croissante des techniques de communication à distance, utilisation croissante des ERP, exigence accrue voir agressivité des usagers ou des clients, sur-responsabilisation et surcharge psychologique etc.), à une mauvaise organisation de l'entreprise (insuffisance de communication, management peu participatif, isolement des postes de travail etc.), au métier lui-même (exposition à la souffrance d'autrui, responsabilité sur la vie d'autrui, tâches répétitives) etc.…

Les pratiques de soutien organisationnel pour développer un climat propice au bien-être et à l'implication des personnes : l'évolution des pratiques organisationnelles de soutien aux personnes

Un point semble essentiel, c'est celui de la justification des pratiques de soutien social organisationnel. **Quelle est la finalité de ces pratiques pour l'entreprise ? Améliorer la performance des salariés en développant leur fidélité et leur engagement ou**

[27] CHOUANIERE (D.), FRANCOIS (Martine), GUILLEMY (Nathalie), et al. - "Le point des connaissances sur... le stress au travail", *Travail et Sécurité*, n° 631, 07/2003, p. 1-4

favoriser la qualité de vie au travail des personnes ? Il semble y avoir un phénomène de convergence concernant l'intérêt que portent les entreprises à l'expérimentation des « bonnes pratiques RH ». Ces pratiques font l'objet de nombreuses recherches au niveau international.

Les questions sous-jacentes à la gestion des personnes dans l'organisation font échos à deux champs de réflexion : celui de l'implication au travail et celui du stress et de la santé au travail. En d'autres termes, la réflexion des praticiens est engageante en ce qui concerne la relation entre les personnes, leur entreprise et ses représentants et ses conséquences sur le bien-être de la personne.

De la même manière, les chercheurs qui s'intéressent aux pratiques de gestion étudient le rapport au travail en tenant compte de l'influence de ce rapport sur les comportements des salariés et leur bien-être en général. Les chercheurs réalisent des recherches aux niveaux individuel (étude des perceptions, des affects, des attitudes et comportements), du groupe (communication, relations interpersonnelles, relations de pouvoirs etc.) et/ou de l'organisation (structuration, culture et socialisation organisationnelle ; conduite du changement) (ROUSSEL[28], 2005).

La prise en compte de l'individu et de ses spécificités dans les pratiques de soutien semble importante pour les entreprises considérant que l'implication des leurs salariés est une ressource vitale. L'implication est la résultante des relations interpersonnelles que l'employé tisse avec l'organisation au cours du temps.

Ces évolutions et les mutations politiques et économiques transforment le rapport qu'entretient le salarié avec sont travail. Considérer la relation travail – hors travail comme ayant des effets directs sur la qualité de vie au travail, sur la performance ou encore sur l'implication des salariés représente un réel enjeu pour les employeurs depuis peu.

De nombreux chercheurs s'intéressent à la l'évolution de la relation entre l'organisation et les employés. Qu'il s'agisse du recrutement, de la fidélisation, du bien-être ou de l'engagement des personnes, la prise en compte du hors travail est devenue une préoccupation incontournable pour les praticiens.

[28] ROUSSEL P., (2005), Dans, *Comportement Organisationnel,* DELOBBE N., HERRBACH O., LACAZE D., MIGNONAC K., Vol. 1, Bruxelles, Editions Deboeck

Selon ORTHNER et PITTMAN (1986)[29] , deux modèles de relations travail/hors travail se succèdent dans le temps: **le modèle traditionnel et le modèle du soutien étendu.** En ces termes, ces auteurs soutiennent que d'une préoccupation axée essentiellement sur la satisfaction et la motivation au travail dans des modèles de la performance (HERZBERG, 1966)[30], l'entreprise est passée à une préoccupation basée sur la conciliation des domaines travail et hors travail.

Plus précisément, cette évolution d'une prise en compte de l'employé comme « professionnel » et comme « individu » s'explique par les mutations des rôles associés aux exigences des deux sphères. Selon les mêmes auteurs les changements sociaux renforceraient *« les rivalités entre l'organisation et la famille »*. L'évolution d'un modèle à l'autre constitue de nouvelles problématiques pour les chercheurs mais surtout de nouveaux leviers d'actions pour les entreprises soucieuses de mettre en place un cadre favorable à la qualité de vie de leurs salariés.

Le modèle du soutien étendu est une réponse organisationnelle pour aider les salariés à faire à des exigences croissantes en termes de ressources à mobiliser dans les domaines du travail et de la famille. L'organisation fournit des services de soutien direct à la famille en plus de ceux à l'employé ayant vocation à renforcer l'implication au travail, tout en considérant les sphères du travail et du hors travail comme rivales.
Les recherches de KIRSHMEYER[31] (1995) complètent celle d'ORTHNER et PITTMAN. Elle identifie trois types de réponses des entreprises envers le hors travail : premièrement, le **modèle « de séparation »** est proche du modèle traditionnel d'ORTHNER et PITTMAN. L'employeur considère les deux sphères comme rivales et indépendantes « *Les employeurs agissent comme si la sphère hors travail n'existait pas. Ils s'intéressent principalement à ce que les travailleurs remplissent leurs responsabilités au travail et considèrent la vie hors travail comme uniquement le problème du travailleur lui-même* ».
Deuxièmement, **la réponse qualifiée « d'intégration »** est proche du modèle de soutien étendu où l'employeur considère les deux sphères comme s'influençant mutuellement et peut acter pour faciliter l'équilibre entre les deux sphères.

[29] ORTHNER D.K., PITTMAN J.F., Family contributions to work commitment, *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 48, 1986, p 573-581
[30] HERZBERG H., (1966), *Work and the nature of man. The Mentor Executive*, New-York, Mentor Books
[31] KIRSHMEYER C, Managing the work-nonwork boundary an assessment of organizational responses, *Human Relations*, 1995, Vol. 48, N° 5, p515-536

Pour HALL et RICHTER[32] (1988), il est important de conserver une distance entre le travail et le hors travail. Dans cette perspective, ils identifient un troisième **modèle de « respect »** de l'entreprise Le respect favorise l'autonomie des salariés et la frontière entre le travail et hors travail se flexibilise. L'entreprise aide l'employé à gérer ses responsabilités en s'engageant à le soutenir, sans intervenir directement. Il développe des qualités de relations basées sur une réciprocité dans l'échange en tenant compte des attentes des collaborateurs pour mettre en place des solutions adaptées à leurs besoins.

Pour les chercheurs souscrivant à la perspective de l'échange social, l'évolution des pratiques organisationnelles pour les entreprises socialement innovantes tient compte des caractéristiques individuelles des salariés et de leurs changements. Toutefois, la taille[33], les moyens financiers et matériels peuvent constituer des contraintes importantes dans la détermination et la mobilisation des pratiques.
Ainsi, développer des relations de qualité avec les salariés en étant à l'écoute de ces derniers constitue un enjeu important et actuel pour l'ensemble des organisations. EISENBERGER et al. (1990) considèrent que *« les perceptions du soutien organisationnel sont influencées par différents aspects du traitement de l'employé par l'organisation »*.

De « l'approche minimaliste » à « l'approche transformationnelle » : universalisme ou contingence des pratiques ?

Les salariés estiment avoir besoin d'un plus grand degré de **contrôle** dans leur façon de gérer leurs multiples contraintes (RODGERS[34], 1992). Une étude de LEE et DUXBURY[35] (1998) fait ressortir que les employés désirent une plus grande variété de soutiens et surtout plus en adéquation avec leurs attentes.

De plus en plus d'entreprises mettent en place des programmes d'aide à la conciliation des responsabilités professionnelles et familiales de leurs salariés. Cependant, certains

[32] HALL D.T., RICHTER J. (1988), Balancing work life and home life : what can organization do to help ?, *The Academy of Management Executive*, Vol. 2, No 3, , p 213-223
[33] RHOADES L., EISENBERGER R., (2002), « Perceived organizational support: A review of the Literature », *Journal of Applied Psychology*, N° 87, p. 698-714
[34] RODGERS C.S. (1992), The flexible workplace : What have we learned ?, *Human Resource Management*, Vol. 31,p 183-199
[35] LEE R.T., DUXBURY L., (1998), « Employed parents' support from partners; employers and friends », *The journal of Social Psychology*, Vol. 138, p. 303-322

chercheurs notent que bien souvent, ces pratiques sont sous-utilisées, en mauvaise harmonie avec la culture organisationnelle et qu'elles ne réduisent pas les tensions ressenties dans l'exercice des différents rôles (SOLOMON[36], 1994, BLUM, FIELDS et GOODMAN[37], 1994). Cela peut s'expliquer par deux arguments au moins. D'une part, ces pratiques représentent un enjeu pour les entreprises en termes d'image externe. L'attractivité, la fidélisation, le traitement des salariés et la responsabilité sociale de l'entreprise font aujourd'hui l'objet de nombreuses publications sur les outils de gestion. Ces outils peuvent être inadaptés à certains contextes. D'autre part, l'anticipation et la mise en œuvre de pratiques adéquates par rapport aux attentes des salariés sont complexes car ces attentes évoluent et posent des questions sur l'allocation des ressources dont l'entreprise dispose.

Lorsque les pratiques sont jugées inadéquates, elles n'ont pas d'impact sur les comportements organisationnels et influencent peu les « perceptions positives » des salariés concernant leur relation à l'entreprise (DUNHAM, PIERCE et CASTENADA[38], 1987). Il est de plus en plus admis que la mise en place de politiques de soutien à la personne sans en parallèle opérer de changement au niveau de la structure, de la culture et des pratiques de gestion des ressources humaines, a un impact limité sur les comportements des salariés et sur l'organisation (LEWIS[39], 1997; 2001, RAPOPORT, BAILYN, FLETCHER et PRUITT[40], 2002).

Selon LEWIS (1997), l'approche minimaliste avec des objectifs rapidement fixés a peu d'effets positifs. Selon elle, pour que les pratiques soient efficaces, elles doivent s'inscrire dans une « *approche transformationnelle* ». LEWIS plaide pour une « *organisation apprenante* » en se basant sur deux approches: l'apprentissage organisationnel (LEE,

[36] SOLOMON C., (1994), « Work/family failing grade : Why today's initiatives aren't enough », *Personnel Journal*, Vol. 73, p. 72-87
[37] BLUM T.C, FIELDS D.L., GOODMAN J.S., (1994), « Organizational level determinants of women in management », *Academy of Management Journal*, Vol. 37, p. 241-268
[38] DUNHAM R.B., PIERCE J.L., CASTENADA M.B., (1987), « Alternative work schedules: Two field quasi-experiments », *Personnel Psychology*, Vol. 40, p. 215-240
[39] LEWIS S., (1997), « Family friendly policies. Organisational culture change or playing around at the margins? », *Gender, Work and Organisation*, Vol. 4, p. 13-23
[40] RAPOPORT R., BAILYN L., FLETCHER J., PRUITT B., (2002), *Beyond Work-Family Balance: Advancing Gender Equity and Workplace Performance*, London, Wiley

MCDERMID et BUCK[41], 2000) et la recherche action relative à l'expérience des salaries ayant bénéficié de soutien organisationnel (BAILYN et HARRINGTON[42], 2004).

Pour LEWIS (1997), l'organisation doit adopter un comportement anticipateur des évolutions internes et externes qui influencent les comportements des individus. En se basant sur l'étude de cas d'une société d'assurance, elle fait ressortir le rôle majeur des managers de proximité parce qu'ils entretiennent quotidiennement des relations avec les salariés. Les managers de proximités seraient selon elle des acteurs clés pour faire remonter les attentes de leurs collaborateurs, permettant à la Direction un comportement proactif. Ces résultats nous semblent importants dans la mesure nous pensons que l'évaluation positive du soutien de l'entreprise par le salarié est très fortement influencée par la qualité des relations qu'il entretient avec son supérieur.

Construction de la problématique de recherche et choix des construits : le soutien organisationnel et le soutien social au travail

L'objectif de ce travail de thèse est de déterminer si les ressources de soutien caractérisées dans les recherches anglo-saxonnes sont reconnues par les salariés français Adossée à la théorie l'échange social, la théorie du soutien organisationnel[43] souligne l'importance des *« perceptions chez les employés d'une implication de l'organisation envers eux, basées sur les croyances globales des employés concernant la manière par laquelle l'organisation valorise leur contribution et s'intéresse à leur bien-être ».*

EISENBERGER et RHOADES (2002) mettent en évidence que la **perception du soutien du supérieur hiérarchique est le facteur le plus signifiant dans la construction de la perception du soutien organisationnel**. Dans le prolongement de cette approche de nombreux chercheurs se sont attachés à montrer que l'engagement affectif de la personne est influencé par la manière dont elle perçoit que son entreprise l'aide à résoudre ses problèmes, l'accompagne dans son parcours professionnel et fait en sorte d'entretenir des relations de qualité avec elle (EISENBERGER et al.[44], 1990 ; SHORE et TETRICK[45], 1991;

[41] LEE M., McDERMID S., BUCK M., (2000), « Organizational paradigms of reduced load work, accommodations, elaboration and transformation », *Academy of Management Journal*, Vol. 43, p. 1211-1236

[42] BAILYN L., HARRINGTON M., (2004), « Redesigning work for work-family integration », *Community, Work and Family*, Vol. 7, p. 199-211

[43] EINSENBERGER R., HUNTINGTON R., HUTCHINSON S., SOWA D., (1986), « Perceived organizational support », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 75, No. 1, p. 51-59

[44] EISENBERGER R., FASOLO P., DAVIS-LAMASTRO V., (1990), « Perceived organizational support and employee diligence, commitment and innovation », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 75, p. 51-59

VAN BREUGEL et al.[46], 2005). Ces résultats mettent en exergue **cinq points** qui nous paraissent importants dans la problématisation de la recherche.

Premièrement, les individus tendent à personnifier leur organisation. Les chercheurs font ressortir les **aspects qualitatifs de la relation d'échange social** entre l'organisation, ses représentants et les employés.

Deuxièmement, ils mettent en évidence que **les managers de proximité sont les acteurs majeurs** de cette relation. Les développements récents de la recherche concernant les effets du soutien du supérieur hiérarchique sur l'implication affective, l'intention de quitter et l'épuisement professionnel en témoignent (REID et al.[47], 2008 ; SIMONS et JANKOWSKI [48], 2008 ; SUT et al. [49]).

Troisièmement, la mise en perspective des différents travaux précités souligne l'engagement réciproque de l'organisation et de l'individu et fait apparaître l'évolution du rôle de l'organisation par rapport à l'évolution des exigences des rôles vécues par l'individu à l'intérieur et à l'extérieur de cette dernière. **L'organisation a donc une responsabilité** concernant la qualité de vie en générale de l'individu puisque son implication influence les comportements de l'individu comme « citoyen de l'organisation » et que les exigences du travail peuvent avoir des impacts sur la santé de ce dernier (XANTHOPOULOU et al.[50], 2007).

Le quatrième point concerne **les types de comportements** que l'organisation peut mobiliser dans cet engagement envers les personnes. Si la recherche sur le soutien organisationnel se développe en France depuis les années 2000 (ALIS et DUMAS[51], 2003 ; MANVILLE[52],

[45] SHORE L.M., TETRICK L.E., (1991), « A construct validity study of the survey of perceived organizational support », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 76, p. 637-643

[46] VAN BREUGEL G., VAN OLFFEN W., OLIE R., (2005), « Temporary Liaisons: The Commitment of Temp's Toward Their Agencies », *Journal of Management Studies*, Vol. 42, N°3, p. 540-566

[47] REID M. E., ALLEN M. W., RIEMENSSCHNEIDER C. K., ARMSTRONG D.J., (2008), « The Role of Mentoring and Supervisor Support for State IT Employees' Affective Organizational Commitment », *Review of Public Personnel Administration*, Vol. 28, p 60-78

[48] SIMONS K. V., JANKOWSKI T.B., (2008), « Factors Influencing Nursing Home Social Workers' Intentions to Quit Employment », *Administration in Social Work*, Vol. 32, p. 5-21

[49] SUT I.W., HUMBORSTAD B., WHITFIELD R., (2008), « Burnout and Service Employees' Willingness to Deliver Quality Service », *Journal of Human Resources in Hospitality & Tourism*, Vol. 7, p. 45-64

[50] XANTHOPOULOU D., BAKKER A. B., DOLLARD M. F., DEMEROUTI E., SCHAUFELI W. B., TANS T. W., SCHREURS P. J. G., (2007), « When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources », *Journal of Managerial Psychology*, Vol. 22, p. 766-786

[51] ALIS D., DUMAS M., (2003), « 35 heures, soutien organisationnel perçu et harmonisation vie familiale/vie professionnelle », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, N° 50, p. 37-55

[52] MANVILLE C., (2005), *Les effets du statut d'emploi sur la construction des perceptions de justice organisationnelle*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Montpellier II, Montpellier

2005 ; GALOIS[53], 2007 ; OLLIER-MALATERRE[54], 2007), à notre connaissance il existe peu de recherches sur les comportements de soutien des supérieurs hiérarchiques.

Les chercheurs canadiens s'intéressent à ces pratiques depuis quelques années, notamment par rapport aux problématiques de conciliation vie professionnelle / vie familiale (SAINT-ONGE et al.[55], 2000). Ces chercheurs focalisent leur approche sur **quatre types de soutien au hors travail du manager de proximité** : le soutien émotionnel (attitude empathique du supérieur par rapport aux problèmes d'équilibre travail-famille, par exemple), le soutien évaluatif (jugement du supérieur sur la manière dont les salariés concilient les exigences afférentes à leurs différents rôles, par exemple) , le soutien informatif (les informations que le supérieur donne à ses collaborateurs sur les services offerts par l'entreprise, par exemple) et le soutien instrumental (l'aménagement des plannings, par exemple). **Les types de soutien mobilisés dans ces recherches font référence aux travaux séminaux sur le soutien social menés en épidémiologie psychiatrique** (CAPLAN[56], 1974; COBB[57], 1976 ; HOUSE[58], 1981 ; D'ABBS[59], 1982). Pour COBB, le soutien social doit être considéré comme de l'information « *conduisant la personne à croire qu'elle est appréciée et aimée, qu'elle est estimée et qu'elle fait partie d'un réseau. Ce soutien peut donc se situé à trois niveaux : émotionnel, estime de soi et sentiment d'appartenance* ». La conceptualisation du soutien social fait l'objet de nombreux débats en psychologie sociale. Pour DEVAUT et FRECHETTE (2006)[60], **les difficultés dans la conceptualisation sur le soutien social peuvent être synthétisées en quatre questions** : « *Le soutien social est-il le produit des caractéristiques de l'environnement social d'une personne ? Représente-t-il le résultat de perceptions individuelles au sujet de l'aide*

[53] GALOIS I., (2006), *La fidélité des intérimaires à l'Entreprise de Travail Temporaire : une approche par la théorie de l'échange social*, Thèse de Doctorat en Sicences de Gestion, Université Jean Moulin de Lyon III, Lyon

[54] OLLIER-MALATERRE A., (2007), *Gérer le hors-travail ? Pertinence et efficacité des pratiques d'harmonisation travail – hors-travail, aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en France*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, ESSEC, Paris

[55] SAINT-ONGE S., HAINES V. , SEVIN H., (2000), « L'influence de l'appui du supérieur hiérarchique des collègues et des dirigeants d'entreprise sur le succès en télétravail ? », *Revue Relations Industrielles / Industrial Relations*, Vol. 55, N° 3, p. 414-450

[56] CAPLAN G., (1974), *Support systems and community mental health*, New York, Behavioral Publications, p. 1-40

[57] COBB S., (1976), « Social support as a moderator of life stress », *Psychosomatic Medicine*, Vol. 38, p. 300-314

[58] HOUSE J.S., (1981), *Work, Stress and Social Support*, Addison-Wesley, Reading, MA

[59] D'ABBS P., (1982), *Social support networks : A critical review of models and findings*, Melbourne, Institute of Family Studies

[60] DEVAULT A., FRECHETTE L., (2006), *Le soutien social : ses composantes, ses effets et son insertion dans les pratiques sociosanitaires,* In, *Pratiques en santé communautaire*, CAROLL G., p. 141-152, Montréal, Chenelière Éducation

disponible dans l'entourage? Est-il le reflet de certains traits de personnalité ou plutôt un amalgame de caractéristiques environnementales ? Ou alors représente-t-il un processus complexe d'interaction entre une personne et les éléments de son contexte de vie ? ».

Tenant compte du caractère complexe et de la multidimensionnalité du concept, COHEN et SYME[61] (1985) suggèrent que le soutien devrait être étudié en tenant compte de trois interrogations : **est-il attendu ? Est-il accepté ? Est-il reçu ?**

La mise en perspective des conceptualisations du « soutien organisationnel » et du « soutien social » nous fait cheminer vers un autre point.

Cinquièmement, les définitions des différents chercheurs qui travaillent sur le concept de soutien dans une perspective d'échange interpersonnel (organisation⇔personne ; individu ⇔ individu) placent au cœur de cet échange **l'engagement des personnes dans un processus affectif**. Il apparaît que cette **relation fonctionne sur les principes de réciprocité, de confiance interpersonnelle et d'appropriation des pratiques** et que cette relation soit de **nature émotionnelle**. Cette relation de soutien cristalliserait l'attachement affectif réciproque de l'organisation, de ses représentants et de ses salariés. Dans cette perspective, l'organisation peut-elle être considérée comme un « lieu de marginalisation de l'émotion »[62] ? Certains chercheurs[63] plaident en la faveur d'une reconsidération des pratiques de gestion des émotions au travail pour favoriser le bien-être des salariés.

Pour résumé, dans les recherches sur l'organisation, le soutien perçu agit positivement sur l'implication affective de la personne à l'employeur tandis que dans les recherches en psychologie de la santé, le soutien prévient les risques liés aux conséquences du travail sur la santé des individus.

Deux points ressortent : (1) la nature du soutien social n'est pas universelle et la situation, les ressources et les besoins des acteurs déterminent l'adéquation des types de comportements / pratiques. **(2)** La multidimensionnalité du construit, les questionnements concernant les positionnements et les méthodes déterminent les orientations des problématiques posées.

[61] COHEN S., SYME S.L., (1985), *Issues in the study and application of social support,* In, *Social Support and Health*, COHEN S., SYME S.L., p. 3-22, Orlando, Florida, Academic Press

[62] ASHFORTH B.E., HUMPREY R.H., (1995), « Emotion in the workplace: a reappraisal », *Human Relations*, Vol. 48, N°2, p. 97-125

[63] VAN-HOOREBEKE (2003), « Le management des émotions au travail : une reconsidération des pratiques organisationnelles », *La Revue de Gestion des Ressources Humaines*, N°49, p.2-13

L'hôpital comme terrain de recherche

La modernisation de la gestion hospitalière par la nouvelle gouvernance est une « introduction du management » à l'hôpital. En effet, elle introduit une modification de l'organisation générale en créant des pôles d'activité et développe la contractualisation et donc la décentralisation de la gestion au niveau du centre opérationnel (MINTZBERG[64], 1982). La nouvelle gouvernance est de nature stratégique et nécessite la mobilisation de l'ensemble des acteurs hospitalier[65]. La mission peut paraître périlleuse dans la mesure où les professionnels de la santé sont d'avantage soumis au stress que dans d'autres professions (HODGSON et al.[66] 1993), ils souffrent de conditions de travail difficiles et de hauts niveaux d'épuisement professionnel[67]. Ils subissent les exigences croissantes[68] afférentes à leurs différents rôles, déplorent un travail de plus en plus stressant et un déficit de reconnaissance[69] (de la part de la direction, de la hiérarchie, des patients et de la société en générale).Malgré toutes ces difficultés, l'avenir de l'hôpital dépend de l'implication du personnel soignant. Par conséquent, la réflexion sur la prévention de la santé des soignants ainsi que les pratiques de mobilisation de ces derniers semble essentielle. Une enquête récente de PRESST-NEXT[70], a montré que le soutien psychologique est le deuxième motif de satisfaction et d'insatisfaction au travail, à l'hôpital. Les résultats[71] de la recherche montrent que seulement une personne sur cinq est satisfaite du travail en équipe et les auteurs préconisent plus de travail d'équipe, de concertation et de soutien psychologique et plus de soutien et de proximité des cadres. **Quelle est la nature de ces différents types de soutien ?**

---

64 MINTZBERG H., (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Les Editions d'Organisation

65 CF les travaux de LIMPENS J. M. (2003) qui définit les stakeholders comme parties prenantes du mode de gouvernance interne : la direction, les médecins pour l'investissement, la stratégie médicale, la gestion journalière, le personnel infirmier, le personnel aide-soignant, les représentants des patients, in « La gestion d'un hôpital sous l'angle de la 'corporate governance' »,Gestions Hospitalières n° 430, novembre, cahier 181, pp. 719-722.

66 HODGSON J.T, JONES J.R, ELLIOT R., OSMAN J., (1993), *Self-reported work-related illness. HSE Research Paper 33*, , HSE Books

67 CANAOUI P., MAURANGES A., (2004), *Le burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, De l'analyse aux réponses,* Eds Masson. Paris

68 SAINSEAULIEU (2003), Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital », Editions L'Harmattan.

69 ESTRYN-BEHAR M., (2004), *Santé, satisfaction et abandon du métier de soignant*, Etude PRESST-NEXT

70 Presst-Next (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) est un projet financé par la Commission européenne, qui traite des conditions de travail des personnels soignants (n= 37161) de dix pays (Allemagne, Belgique, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Royaume Uni, Suède, Norvège, Pologne, Slovaquie).

71 ESTRYN-BEHAR M.; LE NÉZET O., (2006), « Insuffisance du travail d'équipe et burnout; deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière », *Soins Cadres*, Hors série N°2, Octobre 2006

Plan de la thèse

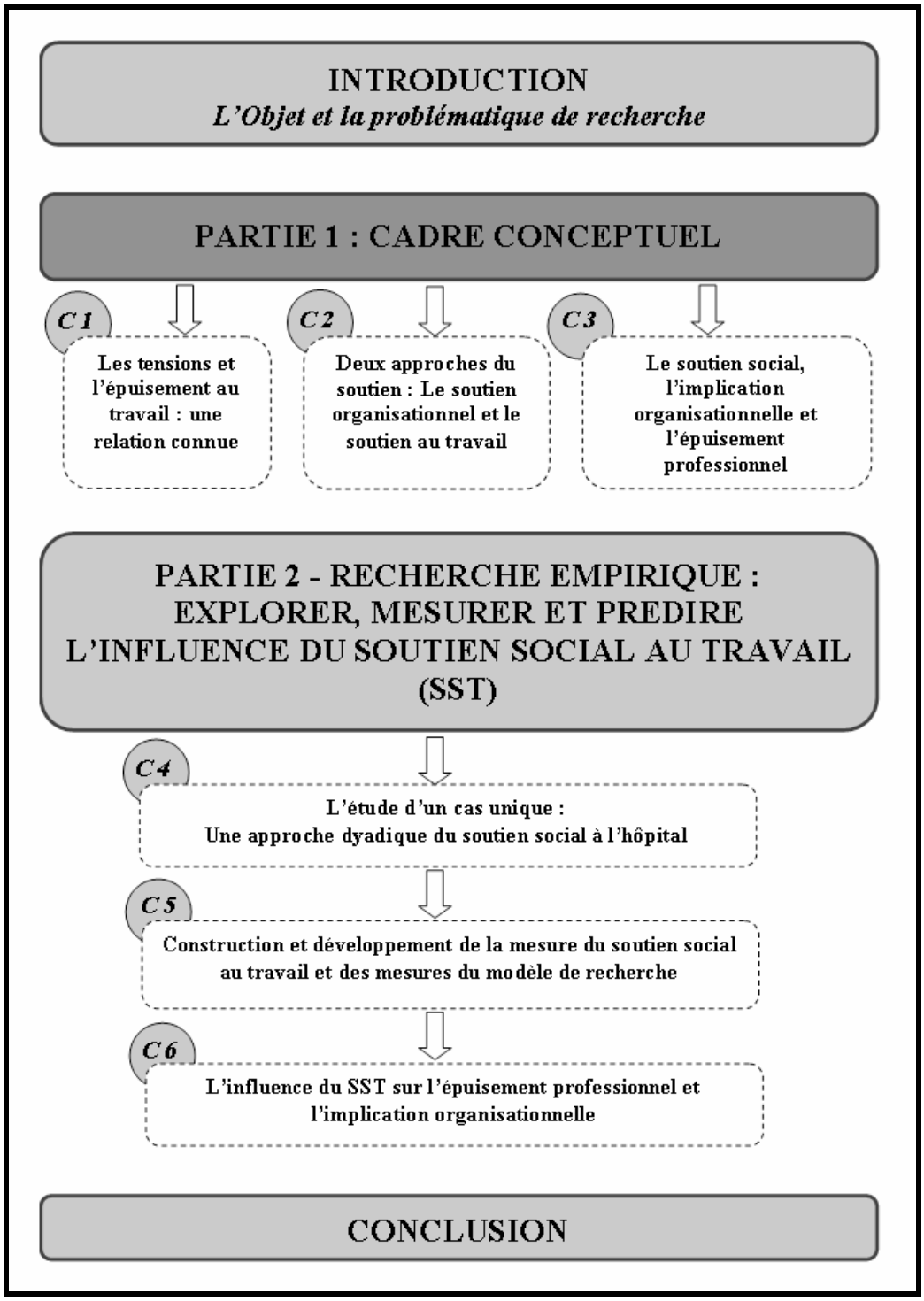
Existe-t-il vraiment un soutien des managers de proximité et des collègues dans la culture du travail en France ? Cette question nous a régulièrement été posée par les chercheurs et les praticiens au cours de la première année de thèse, au moment de la structuration de la problématique et des choix méthodologiques.
Le soutien organisationnel n'apparaît pas comme une évidence en France. La disponibilité des informations concernant l'existence des pratiques de soutien social organisationnel et les facteurs explicatifs de leur adoption ou de leur manifestation sont peu nombreuses. Les travaux menés par les chercheurs français traitent plus de la relation entre l'organisation et ses membres que des relations interpersonnelles entre les agents organisationnels.

La thèse s'articule autour de deux parties. Dans la première partie, nous traitons trois points en trois chapitres. (1) Etudier les risques psychosociaux et leurs conséquences sur l'épuisement professionnel constitue un premier constat qui nécessite ensuite (2) une réflexion sur les pratiques RH et les relations interpersonnelles de soutien au travail. Et enfin, (3) nous étudions les effets de ces pratiques dans les modèles de recherche intégrant les tensions au travail, l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle.

La stratégie d'investigation est à la fois qualitative et quantitative. La deuxième partie de la thèse s'articule autour de trois chapitres. En premier point, nous proposons une approche dyadique des relations de soutien à l'hôpital, basée sur 30 entretiens réalisés auprès de cadres de santé et sur 30 entretiens menés auprès d'IDE, d'AS, et d'ASH[72]. Par la suite, nous avons développé une échelle de mesure de la perception du soutien social à l'hôpital. Par conséquent en second point, nous présentons les différentes étapes du développement[73] de cette double échelle[74] ainsi que les étapes d'épuration des différents outils de mesure pour mettre en œuvre la démarche quantitative. Le dernier point de la thèse consiste à déterminer l'influence des tensions au travail et des différents types de soutien social sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle.

[72] IDE pour Infirmier Diplômé d'Etat, AS pour Aide-Soignant et ASH pour Agent des Services Hospitaliers.
[73] Conformément aux préconisations de CHURCHILL (1979) sur le développement des échelles de mesure, nous avons réalisé deux collectes de données sur deux échantillons N1 = 99 et N2 = 171.
[74] Nous mesurons la perception du soutien social au travail du point de vue des IDE/AS/ASH. Il s'agit d'une double évaluation du soutien perçu de la part des cadres de santé et des membres de l'équipe soignante.

PARTIE 1 – CADRE CONCEPTUEL



INTRODUCTION DE LA PARTIE 1

La thèse porte spécifiquement sur deux types de relations de soutien : la relation entre le manager de proximité et ses collaborateurs et la relation entre les membres d'une même équipe de travail. Si ces relations font l'objet de nombreux travaux des théoriciens de l'échange social, la nature des ressources échangées entre les deux parties est, à notre connaissance, encore peu explorée.

C'est pourquoi nous nous sommes intéressés aux travaux menés principalement par les psychologues et les épidémiologistes sur le concept de soutien social. Ce concept est caractérisé par l'existence de nombreux travaux et nous présentons les résultats qui nous semblent utiles dans la construction de l'objet de recherche de la thèse.

La partie conceptuelle de la thèse s'articule donc de trois chapitres particularisant deux angles d'études des relations interpersonnelles dans l'organisation. Ces deux approches caractérisent des modèles de recherche différents. Premièrement, le soutien organisationnel est considéré par les chercheurs comme un concept d'implication de l'organisation à l'égard de ses salariés. Nous étudierons donc les liens entre le soutien organisationnel et l'implication organisationnelle.

Contrairement au soutien organisationnel, le soutien social ne fait ressortir aucune définition qui fasse l'objet d'un consensus chez les chercheurs et nous aurons l'occasion de le démontrer dans la première partie de la thèse. Globalement, il se réfère aux comportements d'aide sur lequel une personne peut compter lorsqu'elle a besoin d'aide. Bien que complexe à définir et à mesurer, le soutien social est reconnu comme un facteur important de la santé et la qualité de vie des personnes. Deux approches sont envisageables. D'un point de vue sociologique, le soutien social caractérise un réseau social d'obligations mutuelles englobant la personne et qu'elle peut solliciter en cas de difficultés. D'un point de vue psychologique, le soutien social se réfère à la disponibilité et à l'évaluation subjective de la personne concernant les relations qu'elle entretient avec les membres de « son réseau de soutien social ».

Les entrées pour étudier le soutien social au travail et ses effets sont multiples. Elles particularisent une richesse conceptuelle et une richesse en terme de ramifications avec d'autres construits. L'objectif de la première partie n'est pas de mettre en opposition les deux approches du soutien à l'individu. Bien au contraire, la non convergence des résultats concernant les effets du soutien et sa complexité conceptuelle ne constituent pas

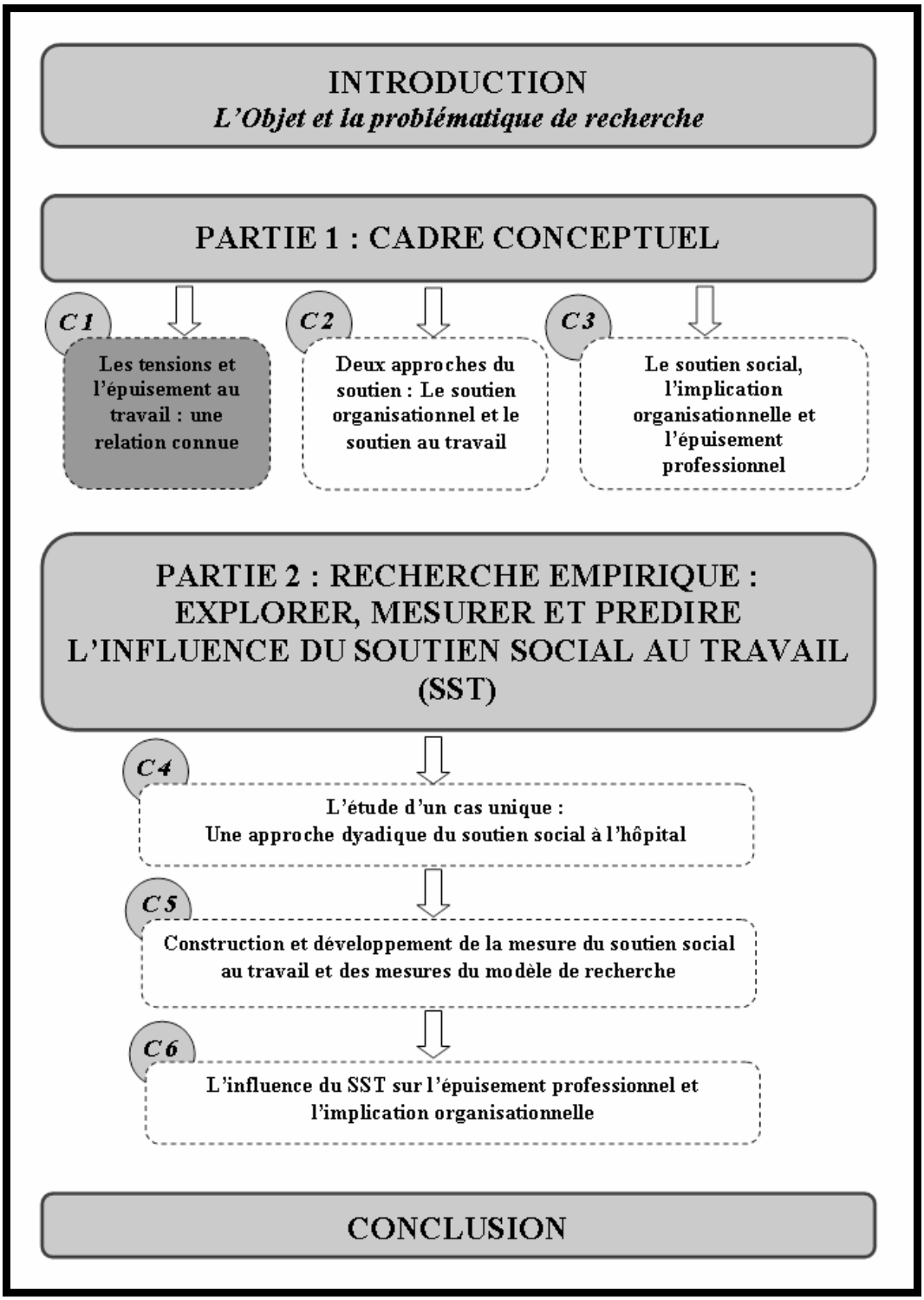
un problème en lui-même. Cette thèse a pour objectif d'enrichir l'état des connaissances sur trois points : (1) la nature du soutien social organisationnel, (2) les caractéristiques des relations de soutien entre les managers de proximité et leurs collaborateurs (3) les caractéristiques des relations de soutien « collégial ».

L'entreprise n'a pas le pouvoir d'impliquer les personnes, elle peut seulement créer des conditions environnementales favorables à l'implication (THEVENET[75], 2000). A cet égard, nous pensons que l'objectif des pratiques des organisations est double. L'entreprise doit (1) prendre en compte la santé et le bien-être des personnes pour (2) créer un climat favorable à leur implication. Par conséquent, le premier chapitre est un chapitre introductif sur la santé au travail. Dans ce chapitre, nous présentons les définitions retenues pour étudier trois types de risques sociaux (les demandes du travail, les tensions de rôle et les interférences entre la vie professionnelle et la vie familiale) et la définition que nous avons retenu pour étudier l'épuisement professionnel. La revue de littérature fait ressortir un lien négatif des tensions élevées au travail et de l'épuisement perçu par les salariés. C'est pourquoi nous nous interrogeons dans le deuxième chapitre, sur la nature des ressources organisationnelles disponibles pour accompagner les salariés et favoriser un climat favorable au bien-être et à l'implication. Cette réflexion nous amène à traiter en troisième point le lien entre pratiques organisationnelles de soutien, épuisement et implication.

La première partie ouvre sur le modèle général de la recherche et sur la question centrale de la thèse. D'après HOUSE [76](1981), les spécificités contextuelles qu'elles soient organisationnelles, situationnelles, environnementales ou individuelles constituent des freins et/ou des facilitateurs dans l'expression de certains comportements de soutien. Par conséquent, la possibilité ou l'impossibilité d'exercer tel ou tel type de soutien influence l'évaluation cognitive d'un individu concernant l'aide qu'il estime recevoir. Les articles récents sur le sujet ouvrent sur une préconisation sur laquelle tous les chercheurs s'accordent : il est important de déterminer précisément la nature du soutien étudié pour l'opérationnaliser et ensuite, prédire ses effets.

[75] THEVENET M., (2000), *Le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes*, Paris, Editions d'organisation
[76] HOUSE J.S., (1981), *Work, Stress and Social Support*, Reading, MA , Addison-Wesley

CHAPITRE 1 - TENSIONS AU TRAVAIL ET EPUISEMENT PROFESSIONNEL : UNE RELATION CONNUE



INTRODUCTION DU CHAPITRE 1

La santé physique au travail se dégrade depuis une dizaine d'années en France. Les résultats sont alarmants qu'il s'agisse du secteur public ou du secteur privé[77]. C'est ce que nous nous attachons à décrire au commencement de ce chapitre.

Dans la première section, la complexité pour caractériser la santé au travail est une première clé d'entrée dans la problématique de recherche. Du fait d'un manque de visibilité et d'homogénéité sur les données statistiques ou encore de la complexité de conceptualisation des aspects psychosociaux, il est difficile de faire « un état des lieux sur la santé psychologique des salariés» et d'évaluer le lien entre la santé psychologique et la santé physique au travail.

Au niveau académique, les demandes psychologiques du travail, leur évaluation, leur reconnaissance et leur influence sur la santé psychologique et la santé physique font l'objet de nombreuses recherches. Deux approches[78] pour comprendre le stress professionnel font autorité, nous les décrivons dans leurs grandes lignes.

Ces deux approches ont un point commun : elles étudient les interactions entre les personnes et leur environnement de travail. Elles caractérisent des modélisations complexes avec leurs tenants et leurs aboutissants respectifs. Par conséquent, il apparaît essentiel dans ce chapitre, de délimiter conceptuellement les frontières de notre recherche.

Dans cette perspective, nous précisons les risques psychosociaux considérés dans la thèse : les exigences psychologiques du travail ; les tensions de rôle, les conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale. Ces trois concepts ont en commun d'étudier les demandes psychologiques élevées, liées à l'exercice de différents rôles pour les salariés.

L'intensification des demandes psychologiques et les rôles qui leurs sont associés sont

[77] Chapitre 19 « Les accidents de travail et les maladies professionnelles » (2007), *Bilan 2007 sur les conditions de travail* du Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité Direction générale du travail.
[78] Approche interactionniste et approche transactionnelle du stress professionnel.

parfois vécus comme contradictoires et peuvent dégrader la santé au travail. Un des aspects les plus étudiés par les chercheurs est l'épuisement professionnel. Il serait lié aux effets conjoints des facteurs de stress relatifs au contenu du travail et à l'environnement psychosocial de l'individu (TRUCHOT[79], 2004). Ce concept fait l'objet de la deuxième section de ce chapitre. La modélisation de l'épuisement professionnel la plus connue est celle de MASLACH et JACKSON[80] (1981) et renvoie à trois dimensions : (1) l'épuisement émotionnel, (2) la dépersonnalisation de la relation à l'autre et (3) la diminution du sentiment d'accomplissement personnel dans le travail.

L'étude de la relation entre de fortes demandes psychologiques et l'épuisement professionnel fait l'objet de nombreuses investigations, c'est ce que nous montrons dans la troisième section de ce chapitre. Les trois types de risques psychosociaux considérés dans la recherche influencent positivement les différentes dimensions de l'épuisement professionnel tel que défini par MASLACH et JACKSON.

Ces différentes influences varient en intensité et sont contingentes à la dimension de l'épuisement prise en considération par les chercheurs et par le contexte qu'ils étudient.
En fonction des professionnels considérés, de la nature de l'emploi, du climat organisationnel, des variables personnelles etc. Les résultats peuvent être sensiblement différents. Globalement, les professionnels de l'aide, les employés dans les métiers de services et les professionnels hospitaliers sont les plus étudiés et les résultats des chercheurs tendent à montrer que ces salariés reconnaissent de fortes demandes psychologiques au travail et de hauts niveaux d'épuisement professionnel.

Le premier chapitre ouvre sur le fil conducteur de la recherche : le questionnement sur le rôle du soutien professionnel, sur sa nature et sur l'efficacité des réponses organisationnelles par rapport aux problèmes de la santé au travail.

[79] TRUCHOT D., (2004), *Epuisement professionnel et Burnout : Concepts, modèles et interventions*, Paris, Editions Dunod
[80] MASLACH C., JACKSON S.E., (1981), *The Maslach Burnout Inventory Research Edition*, Palo-Alto, CA, Consulting Psychologists Press

1.1 LES TENSIONS AU TRAVAIL : UN RISQUE PSYCHOSOCIAL

COX et GRIFFITHS[81] (1995) définissent les risques psychosociaux comme « *les aspects de la conception, de l'organisation, et du management du travail ainsi que leurs contextes sociaux et environnementaux qui ont le potentiel de causer un dommage psychologique, social ou physique* ». Ces auteurs ont proposé une classification des caractéristiques stressantes du travail. Ces dernières sont nombreuses, elles sont liées à la fois aux caractéristiques liées au contexte du travail (culture organisationnelle, rôle dans l'organisation, latitude de décision, interférence vie professionnelle / vie familiale etc.) et au contenu du travail (environnement de travail, charge de travail etc.).

Dans cette recherche, nous nous intéressons à trois types de risques dans la relation du salarié à son travail : (**1) les exigences psychologiques du travail**, **(2) les tensions de rôle** et **(3) les conflits entre le travail et le hors travail**. Nous présentons successivement ces trois concepts dans les sections suivantes.

Avant de présenter ces trois concepts, il nous paraît important au préalable, de délimiter notre approche et justifier l'étude du caractère « mental » et psychologique de la santé au travail.

1.1.1 *LA COMPLEXITE DE LA COMPREHENSION DE LA SANTE AU TRAVAIL*

Nous l'avons évoqué dans l'introduction générale de la thèse, la définition des risques psychosociaux et plus largement du stress au travail, de ses effets sur la santé des salariés et de l'entreprise fait l'objet d'investigations[82][83]. Les données concernant les accidents de travail et les maladies permettent de faire un premier état des lieux. Toutefois, ces données ne révèlent aucune information concernant la santé psychologique des salariés.

81 COX T., GRIFFITHS A., (1995), *The nature and measurement of work stress: theory and practice,* In, *The Evaluation of Human Work: A Practical Ergonomics Methodology,* WILSON J., CORLETT N., London, Taylor & Francis

82 Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, établi par P.Légeron, psychiatre et directeur du cabinet Stimulus, et P. Nasse, ancien vice-président du Conseil de la concurrence, Mars 2008

83 STIMEC A., BERTRAND., MICHEL X., DETCHESSAHAR M. (2007), « Contribution à la compréhension des facteurs organisationnels et managériaux de la santé au travail : Le cas d'une usine d'un équipementier automobile », *Actes du Congrès de l'AGRH*, Fribourg.

1.1.1.1 Un bref état des lieux de la santé au travail en France

La compréhension de la santé au travail est complexe et nécessiterait une distinction entre le caractère physique et le caractère psychologique des pathologies. Deux points méritent d'être mentionnés concernant la compréhension et l'homogénéité des données existantes : (1) actuellement cette distinction n'existe pas dans le recensement des maladies professionnelles déclarées, constatées et reconnues qui englobe exclusivement les « pathologies physiques » (TMS, affections respiratoires etc.) et (2) le système de comptabilisation des A.T. et des M.P.[84] relèvent de quatre institutions différentes[85].

Globalement, la santé au travail se dégrade depuis une dizaine d'années. Le bilan 2007 sur les conditions de travail du Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité Direction générale du travail[86] fait état d'une augmentation des A.T. et des M.P. entre 2004 et 2005, qu'il s'agisse du secteur privé ou du secteur public.

Concernant le secteur privé, la CNAMTS constate une diminution des A.T. entre 2003 et 2005 et une légère hausse (0,2%) entre 2005 et 2006. Si les A.T. tendent à se stabiliser, le rapport fait état d'une croissance « *inhabituelle* » du nombre de décès liés au travail entre 2005 et 2006 (13,3%), alors que la tendance était à la baisse depuis le début des années 2000. A cela s'ajoute toujours selon la même source, une augmentation de près de 290%[87] du nombre de M.P. déclarées, constatées et reconnues entre 1996 et 2006, alors même que l'INED (Institut National des Etudes Démographiques)[88] estime que ces dernières sont « *largement sous évaluées* ».

Concernant le secteur public, les résultats sont négatifs. Dans la fonction publique d'Etat, la DGAFP enregistre une hausse de 11% des A.T. entre 1999 et 2005, une hausse de 10% des A.T. avec arrêt de travail entre 2004 et 2005 et une augmentation importante de décès

[84] A.T. pour Accidents de Travail et M.P. pour Maladies Professionnelles.
[85] La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour le secteur privé ; La Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), la Direction générale des collectivités locales (DGCL) et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) pour le secteur public.
86 Chapitre 19 « Les accidents de travail et les maladies professionnelles » (2007), *Bilan 2007 sur les conditions de travail* du Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité Direction générale du travail.
87 13 658 M.P déclarées, constatées et reconnues en 1996 ; 52 979 en 2006.
[88]ROSENTAL P.A., (2007), « Avant l'amiante, la silicose. Mourir de maladie professionnelle dans la France du XXe siècle », *Bulletin Mensuel d'Information de l'Institut National des Etudes Démographiques*, N° 437

(travail et trajets) entre 2004 et 2005 (36,8%) contrebalançant une forte baisse enregistrée entre 2000 et 2004 (47%).

Les données concernant le secteur hospitalier sont à étudier avec précaution. Le nombre de M.P. par exemple, est évalué sur la base d'un échantillon représentant 1/5 des établissements d'au moins 300 agents (soit 381394 agents sur les 870000 de la fonction hospitalière).

Selon les données du bilan social de la DHOS : *« les accidents ayant entraîné un arrêt de travail – au nombre de 33 131 pour 2005 – enregistrent une légère reprise par rapport à 2004 soit une augmentation de 12,4 % […] Le personnel soignant et le personnel technique sont les plus exposés aux risques d'accidents. Au sein du personnel soignant, les plus exposés sont les agents des services hospitaliers (14 % de l'ETP) et les infirmiers (14 % également) avec les aides soignants (13,5 %).* ». Par ailleurs, la reconnaissance et la déclaration des M.P. a considérablement augmenté, doublant de 1998 à 2005. En 2005, la DHOS recensait 3 713 M.P. (augmentation de 12 % par rapport à 2004). Les M.P. concernent surtout des affections péri-articulaires et des lombalgies.

Les données sur les M.P. à caractère psychologique sont méconnues. Compte tenu du système de comptabilisation et des difficultés d'homogénéisation de ces données, il est difficile d'évaluer les contraintes psychologiques, la manière dont elles affectent les salariés (influence sur les pathologies physiques, par exemple) et le coût économique et social qui leur est associé.

Pourtant, les résultats de l'enquête SUMER de la DARES montrent qu'un salarié sur quatre se perçoit en situation de tensions au travail. L'état des connaissances sur les exigences psychologiques et leurs effets sur la santé mérite donc d'être approfondi.

L'évaluation du stress au travail de la DARES est basée sur le questionnaire de KARASEK[89] (1979). Ce modèle d'évaluation des tensions au travail[90] est un modèle de référence et postule que le stress naît de la combinaison de fortes exigences psychologiques et d'une faible latitude décisionnelle au travail. Cette approche interactionniste se distingue de l'approche transactionnelle du stress. Nous présentons brièvement ces deux approches dans la section suivante.

89 KARASEK R. (1979) "Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 24, p. 285-306

90 "job strain"

1.1.1.2 Perspective interactionniste ou perspective transactionnelle du stress au travail ?

L'approche interactionniste du stress professionnel postule que c'est la combinaison de facteurs environnementaux et des caractéristiques personnelles de l'individu qui génère le stress professionnel.

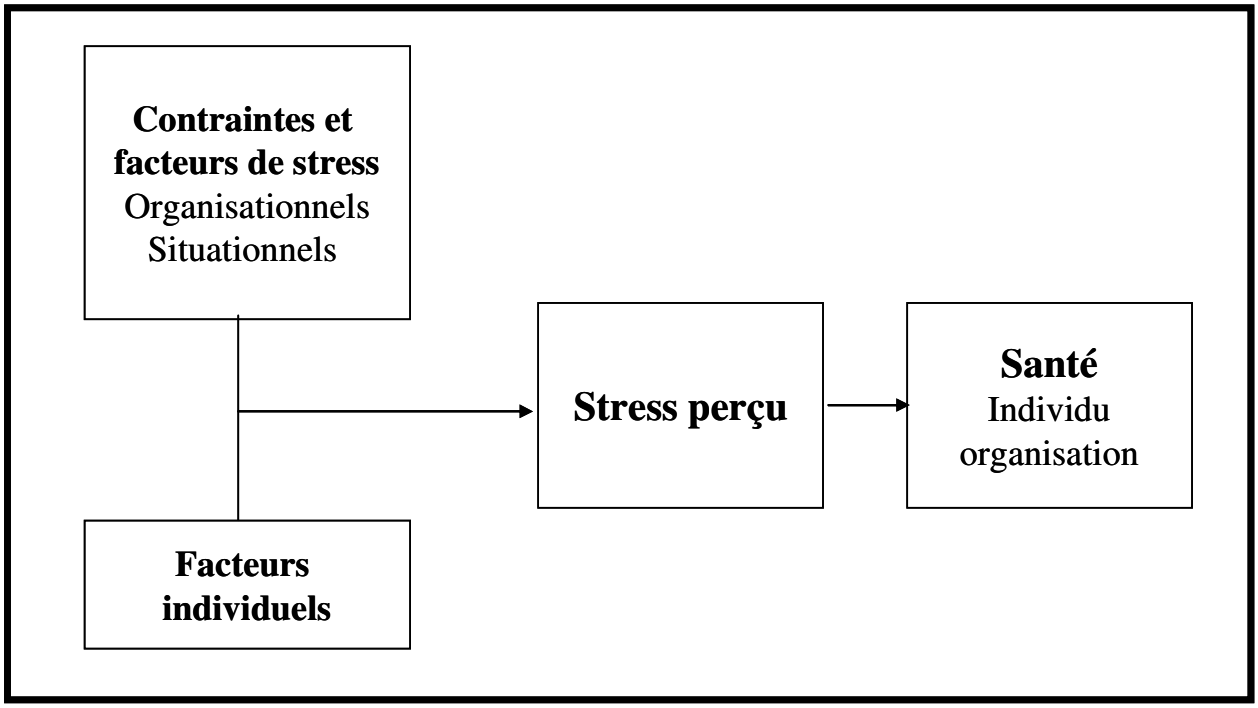


Figure 1 : "Schéma type" de l'approche interactionniste du stress professionnel, d'après BRUCHON-SCHWEITZER (2002)

A titre d'exemple, nous avons déjà mentionné le « *Demand – Control Model* » de KARASEK (1979). D'autres modèles interactionnistes existent : le « Person-Environment Fit Model » de FRENCH et al.[91] (1982), par exemple. Ces chercheurs estiment que c'est l'incompatibilité des caractéristiques du travail et des caractéristiques personnelles des individus qui génère la tension perçue. Dans cette perspective, le stress professionnel s'explique par un décalage entre les caractéristiques de la personne (ses compétences, par exemple) et l'ensemble des ressources requises par l'exercice du métier.

[91] FRENCH J.R.P., CAPLAN R.D., HARRISON R.V., (1982), *The mechanism of job stress and strain*, New York, Wiley

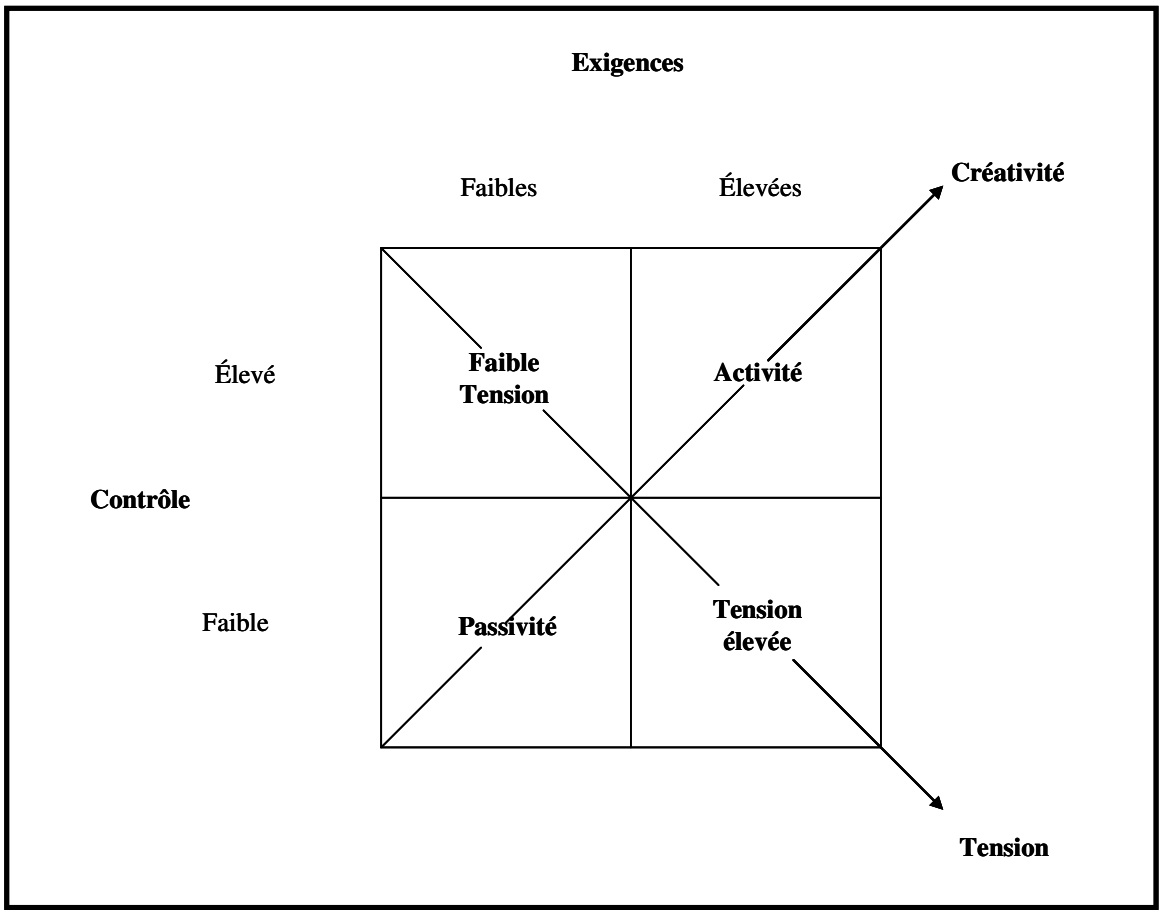


Figure 2 : Un exemple de modèle interactionniste du stress professionnel, le modèle de KARASEK (1979)

Pour les théoriciens de l'approche transactionnelle, les facteurs environnementaux et personnels des modèles interactionnistes ne suffisent pas à englober le stress professionnel. En d'autres termes pour ces chercheurs, la modélisation interactionniste du stress au travail est incomplète et ne peut pas cerner toute la complexité du phénomène.

Le stress professionnel ne naît pas de l'environnement de travail ou des caractéristiques de l'individu mais dans les transactions entre l'environnement et l'individu tel qu'il les perçoit. L'évaluation de la situation par le salarié et le sens que ce dernier donne aux stimuli (les demandes psychologiques du travail, par exemple) déterminent son niveau de stress perçu[92].

[92] LAZARUS R., FOLKMAN S., (1984), *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer Publishing Company

Dans leurs premiers travaux, LAZARUS et FOLKMAN (1984) estiment que l'évaluation cognitive et le *coping* de l'individu médiatisent la relation entre les demandes psychologiques du travail perçues par les personnes et leur niveau de stress perçu.
L'évaluation cognitive détermine la signification positive ou négative que l'individu attribue à un événement tandis que le *coping* se réfère à "*l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être*" (LAZARUS[93], 1993).

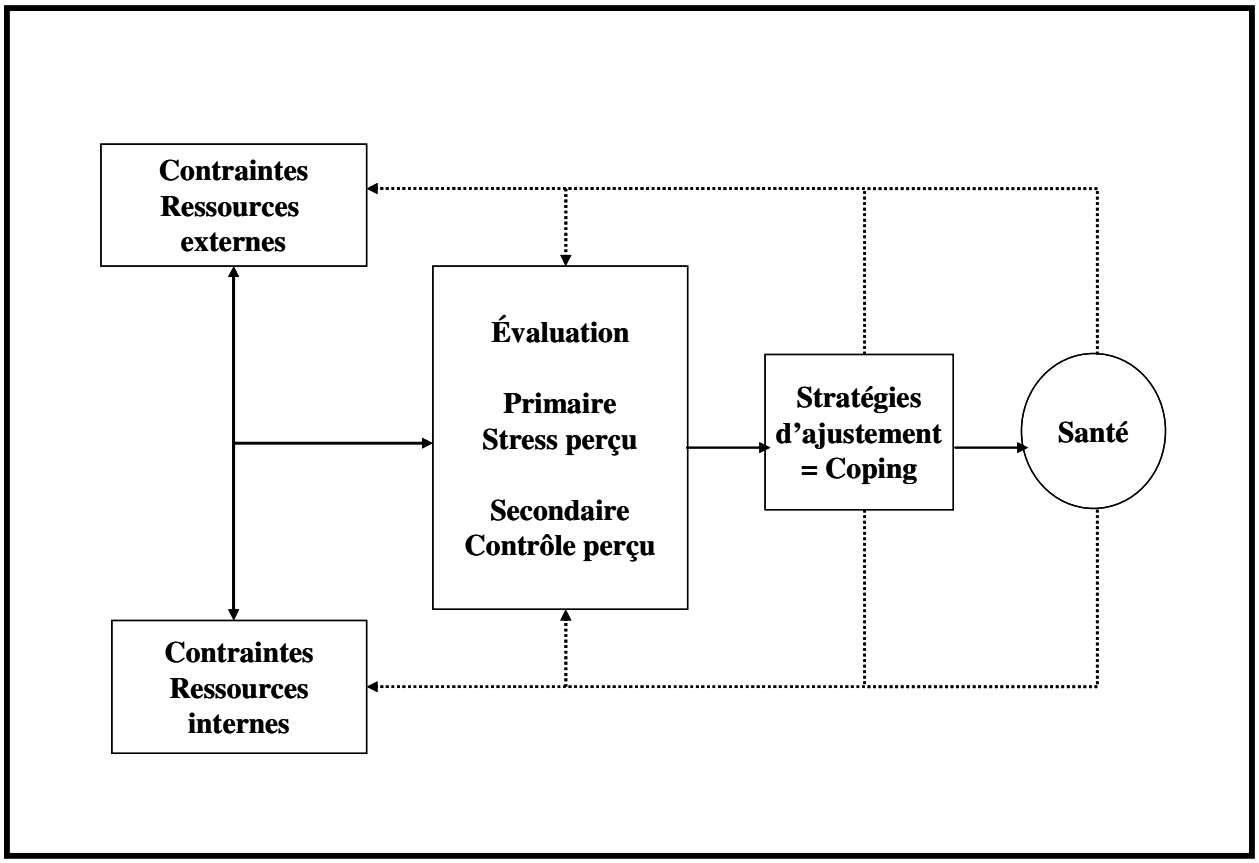


Figure 3 : "Schéma type" des modèles transactionnels du stress professionnel, d'après BRUCHON-SCHWEITZER (2002)

A titre d'exemple, le modèle « *Effort-Reward Imbalance* »[94] de SIEGRIST[95] (1996) est un modèle transactionnel d'évaluation du stress professionnel. Selon cette approche, le stress professionnel peut être défini en terme de déséquilibre entre un coût élevé (effort intense perçu par le salarié) et une faible reconnaissance perçue au travail par les individus (monétaire, socio-émotionnelle et de promotion professionnelle).

[93] LAZARUS R.S., (1993), « Coping theory and research : Past, present and future », *Psychosomatic Medicine*, Vol. 55, p. 234-247
[94] Modèle du "*déséquilibre effort - récompense*"
[95] SIEGRIST J., (1996), « Adverse Health Effects of High Effort/Low Reward Conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 1, p. 27-41

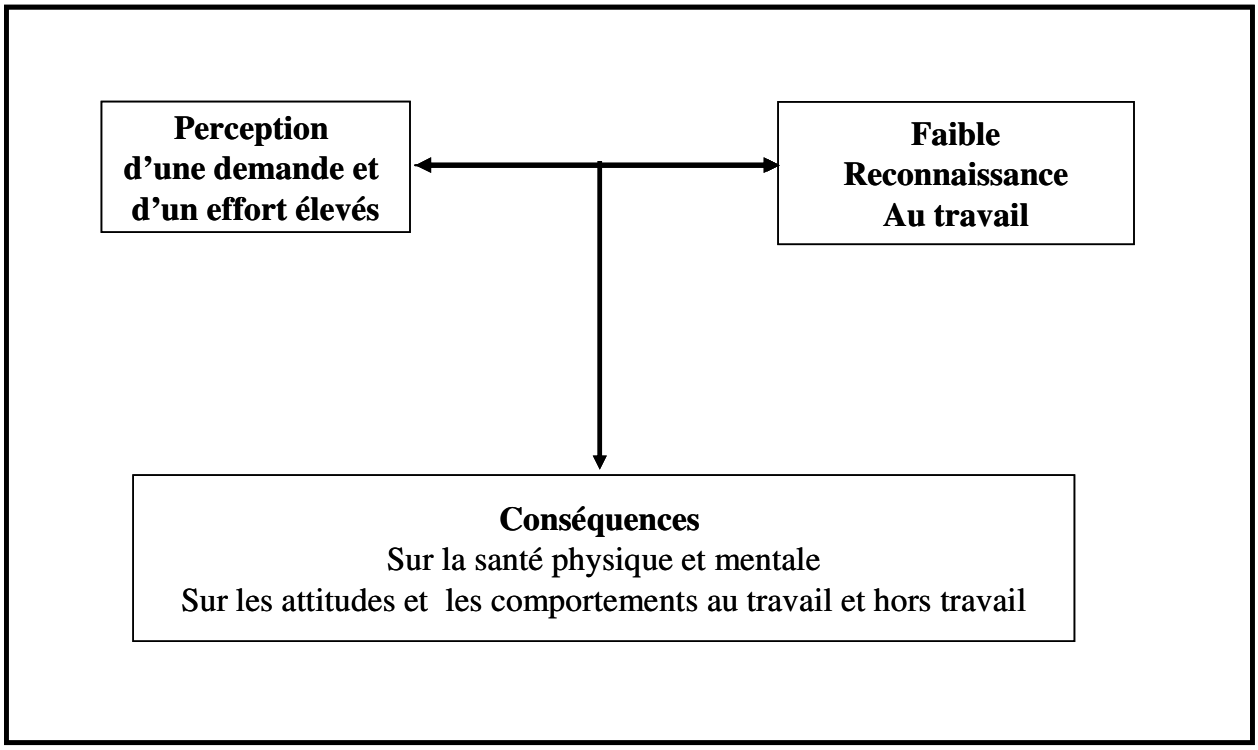


Figure 4 : Un exemple de modèle transactionnel du stress professionnel, le modèle de SIEGRIST (1996)

Les approches interactionnistes et transactionnelles du stress sont intéressantes dans la mesure où elles permettent d'étudier la nature du stress professionnel et la manière dont le stress se décline en processus multifactoriel.

Quelque soit l'approche envisagée (interactionniste ou transactionnelle), les résultats de ces recherches font ressortir que le stress professionnel ne relèvent pas seulement des caractéristiques individuelles (physiques et psychologiques), des facteurs environnementaux, psychosociaux ou encore des transactions entre l'environnement et le salarié telles que perçues par ce dernier. Par conséquent, quelque soit l'approche du chercheur, il est impossible d'englober l'ensemble des facteurs qui expliquent le phénomène de stress professionnel et ses conséquences sur les personnes.

A cet égard, BRUCHON-SCWEITZER[96] (2002) propose un modèle multifactoriel intégratif en psychologie de la santé, composé de trois blocs qui prouve qu'une approche exhaustive est impossible.

Ce modèle synthétise les approches interactionnistes et transactionnelles de la santé au travail (Cf. figure n°5, page suivante). Il décrit les liens entretenus entre (1) les antécédents environnementaux (événements d vie stressants etc.), socio-démographiques et psychosociaux (personnalité, endurance, affectivité positive etc.), (2) les transactions individus-contexte (évaluation, stratégies d'ajustement de l'individu par rapport à la situation et fonctionnement des systèmes physiologiques) et (3) les conséquences sur l'état de santé physique et le bien-être subjectif de l'individu.

Il est à noter que la majorité des ces recherches sont menées par des spécialistes en psychologie de la santé. SIEGRIST (1996) par exemple, a étudié le lien entre le déséquilibre perçu et les maladies coronariennes. Par ailleurs, pour les chercheurs s'inscrivant dans la filiation de KARASEK (1979), le modèle « exigences-contrôle et burnout » est devenu un modèle de référence (LANDSBERGIS[97], 1988 ; DE RIJK et al.[98], 1998).

Finalement, **le point commun des approches interactionnistes et transactionnelles sur la de santé au travail concerne les interactions entre les demandes élevées de l'environnement de travail et l'individu (caractéristiques objectives ou perceptuelles)** : **tous les chercheurs s'accordent sur le fait qu'elles ne soient pas neutres.**

C'est la nature des liens entre les différents facteurs qui suscite le plus de questionnements et la nature des liens étudiés dépend de la nature de l'approche (psychologie de la santé, psychologie sociale, sociologie, management etc.) et du positionnement du chercheur (observation d'une « réalité objective » ou approche basée sur les perceptions individuelles).

[96] BRUCHON-SCHWEITZER M., (2002), *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*, Paris Dunod

[97] LANDSBERGIS P., (1988), « Occupational stress among health care workers : a test of the job-control model », *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 9, p. 217-239

[98] DE RIJK A.E., LE BLANC P.M., SCHAUFELI W.B., (1998), « Active coping and need for control as moderators of the demand-control model : Effects on burnout », *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 71, p. 1-18

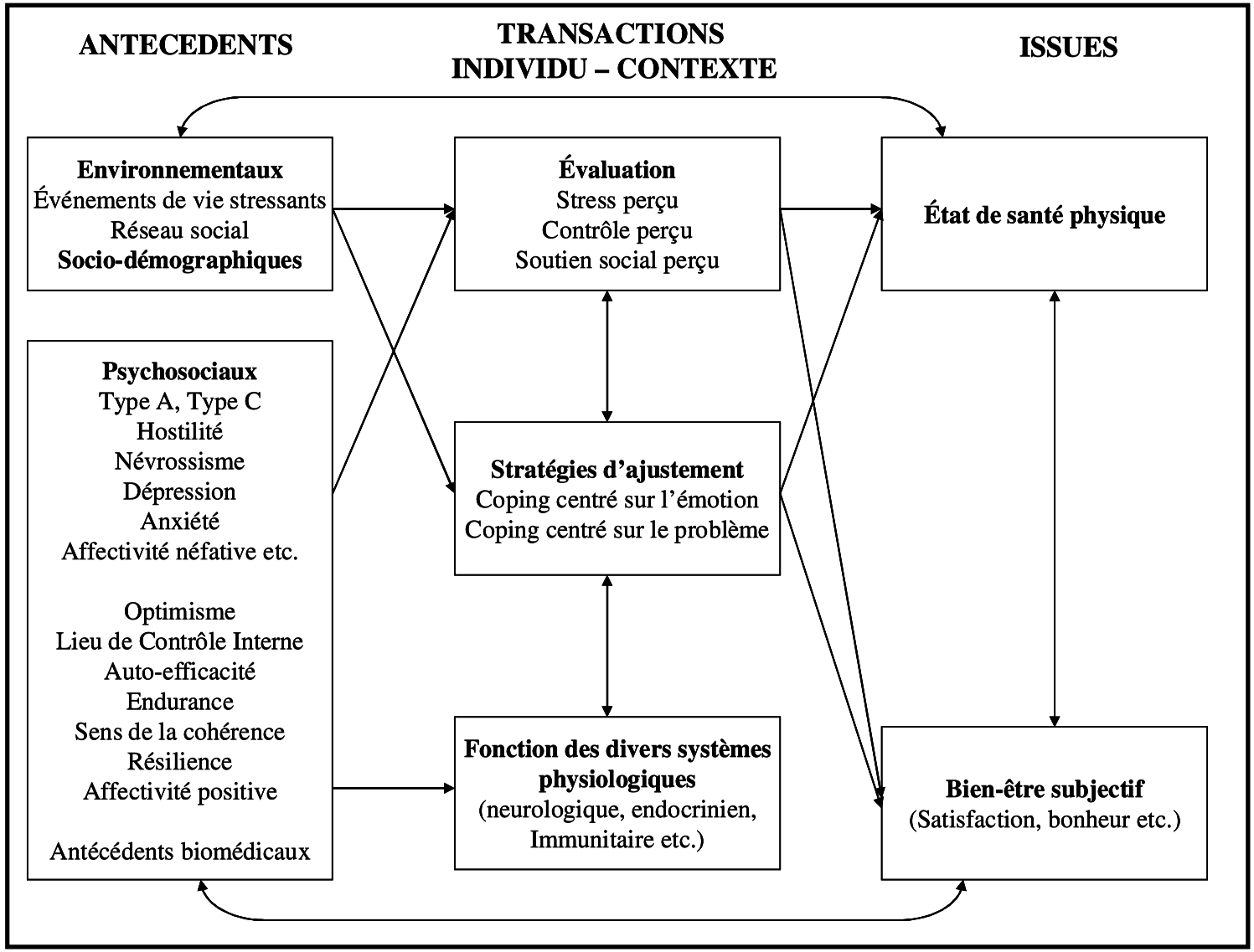


Figure 5 : Le modèle multifactoriel de la santé de BRUCHON SWHEITZER (2002)

1.1.2 *DELIMITATION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX CONSIDERES DANS LA RECHERCHE*

Notre approche consiste en la prise en compte des tensions au travail, telles que perçues par l'individu. Il s'agit d'une évaluation primaire du stress professionnel par l'appréhension de trois phénomènes : les demandes / exigences psychologiques du travail, les tensions de rôles et les conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale des salariés.

L'évaluation primaire[99] du stress (stress perçu) concerne la façon dont l'individu évalue l'intensité, la gravité ou encore l'ambiguïté d'une situation. D'après LAZARUS et FOLKMAN « *le stress est une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être* ». Dans ce premier chapitre, notre objectif est de montrer que de fortes tensions perçues par l'individu au travail accentuent l'épuisement professionnel perçu. Pour ce faire, nous détaillons au préalable les caractéristiques théoriques des risques psychosociaux de la recherche.

1.1.2.1 Les exigences psychologiques du travail

Comme le souligne BRUCHON-SCHWEITZER (2002), il existerait quatre sources principales de stress professionnel : (1) **les caractéristiques de la tâche** (charge de travail physique et psychologique, les conditions de travail etc.), (2) **les caractéristiques relationnelles** (tensions de rôle, la non-reconnnaissance du travail accompli, le harcèlement professionnel etc.), (3) **les caractéristiques de la carrière** (absence de promotion, de découchés, de mobilité etc.) et (4) **les caractéristiques de la relation entre la vie professionnelle et la vie familiale des personnes**.

Dans cette recherche, nous envisageons trois aspects « psychologiques » des sources de stress professionnel perçues par les salariés : (1) les caractéristiques de la tâche par l'évaluation des charges psychologiques du travail, (2) les tensions de rôles perçues et (3) l'évaluation des conflits entre le travail et le hors travail.

En ce qui concerne la charge psychologique, nous nous appuyons sur les exigences psychologiques du travail, telles que définies par KARASEK (1979). Elles englobent la

[99] LAZARUS R., FOLKMAN S., (1984), *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer Publishing Company

manière dont l'individu perçoit la quantité de travail qu'il effectue, son intensité et le morcellement de ses activités par les imprévus.

Une demande psychologique évaluée comme intense par l'individu renvoie aux difficultés de devoir travailler vite, faire face à des tâches difficiles et/ou morcelées. En un sens, une forte demande psychologique sous-tend un questionnement sur le rôle de la personne dans l'organisation.

Pour KATZ et KHAN[100] (1978): « *l'exercice d'un rôle dans une organisation est plus simple quand il consiste en une seule activité, se joue dans un seul sous-système de l'organisation et relie au même ensemble de rôle tous les membres de ce système* ». Pour ces théoriciens, deux dysfonctionnements sont associés à la complexité des rôles organisationnels : le conflit et l'ambiguïté.

1.1.2.2 Les tensions de rôle

KAHN, WOLFE, QUINN, SNOECK et ROSENTHAL[101] (1964) ont défini le système de rôle comme "*l'ensemble des éléments d'une organisation, reliés et dépendants les uns des autres pour réussir leur mission*". A l'intérieur de ce système, les rôles sont définis comme "*l'ensemble des tâches et des comportements attachés à un poste donné, indépendamment de la personne qui l'occupe*". Ces mêmes théoriciens distinguent deux dimensions pour évaluer les tensions de rôle au travail : le conflit de rôle et l'ambiguïté de rôle.

Le conflit de rôle apparaît lorsqu'un individu doit faire face à deux ou plusieurs demandes incompatibles tandis que l'ambiguïté de rôle apparaît lorsque l'individu estime ne pas disposer de l'information nécessaire pour mener à bien sa tâche. Nous présentons successivement les deux concepts dans les sections suivantes.

1.1.2.2.1 Le conflit de rôle

KAHN et al. (1964) proposent une définition du conflit de rôle. (1) Il naît **d'une contradiction entre des comportements et des buts contradictoires**. (2) Il peut concerner **l'inadéquation entre les valeurs de l'individu et les exigences de son travail**

[100] KATZ D., KAHN R., (1978), *The social psychology of organizations*, New York, John Wiley & Sons
[101] KAHN, R. L., WOLFE, D.M., QUINN, R.P., SNOECK, J.D., ROSENTHAL, R.A. (1964). *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*. New-York.: John Wile

ou **une incompatibilité des tâches[102] rendant impossible leur réalisation**.

Autrement dit, il y a conflit de rôle lorsqu'un individu estime qu'il doit réaliser des tâches avec lesquelles il ne se sent pas en accord ou pour lesquelles il ne sent pas compétent, ou encore s'il perçoit des demandes conflictuelles de travail.

QUICK et QUICK[103] (1984) distinguent quatre types de conflit de rôle :

- le conflit issu d'une seule source (*intrasender conflict*) : les demandes incompatibles émane d'une personne. Il peut d'agir de demandes contradictoires d'un supérieur hiérarchique par exemple (TRUCHOT, 2004).

- Le conflit issu de plusieurs sources (*intersender conflict*) : deux ou plusieurs personnes émettent des demandes incompatibles entre elles.

- Le conflit de rôle de la personne (*person-role conflict*) : l'individu perçoit un décalage entre ses valeurs et celles de l'organisation, du supérieur hiérarchique, des collègues ou encore les valeurs associées à son rôle dans l'organisation.

- Le conflit inter-rôle (*inter-role conflict*) : se réfère à la manière dont un individu gère les pressions d'un rôle incompatibles avec les pressions d'un autre rôle (KOPELMAN et al. ,1983).

1.1.2.2.1 L'ambiguïté de rôle

KAHN et al. (1964) estiment que l'ambiguïté de rôle apparaît lorsque l'individu perçoit des informations inadaptées à l'exercice de son rôle au travail.
Concrètement, lorsque l'individu évalue un manque de clarté sur ses objectifs à atteindre, sur les processus et les méthodes de travail, sur ses responsabilités ou encore sur ses priorités alors il perçoit des tensions liées à l'incertitude de ses actions au travail.

102 La tâche est définie par « l'ensemble des buts, des consignes, des procédures, des moyens définis par les precripteurs (ceux qui conçoivent la situation de travail). C'est l'aspect formel et officiel du travail, ce que l'on « doit faire ». GUILLEVIC C., (1991). *Psychologie du travail*. Paris. Nathan.
103 QUICK J., (1984), *Organizational stress and Prevention Management*, New-York, Mc Graw-Hill

L'ambiguïté de rôle est un phénomène fréquent, quelque soit le contexte professionnel.
La nature des tensions de rôle est contingente aux contextes étudiés. D'après LEE et ASHFORTH[104] (1991), la taille de l'entreprise, l'organisation hiérarchique et plus globalement la structure organisationnelle, peuvent influencer significativement la manière dont les rôles organisationnels sont vécus et perçus par les individus. Ainsi par exemple, les frontières entre la sphère organisationnelle et la sphère individuelle peuvent engendrer une autre forme de conflit de rôle pour les salariés, lorsque ces derniers perçoivent un débordement des exigences d'une sphère sur l'autre.

1.1.2.3 Le conflit travail / hors travail : une forme de conflit de rôle

La littérature porte plus sur les rapports entre travail et famille que sur les rapports entre le travail et le hors travail. Trois théories caractérisent les relations entre le travail et la famille (LAMBERT, 1990)[105] : la théorie de la segmentation, la théorie de la compensation et la théorie du débordement.

1.1.2.3.1 La nature des relations entre les sphères professionnelles et individuelles

Certains auteurs ont proposé des approches explicatives des relations entre travail et hors travail (BARNETT)[106] tandis d'autres auteurs se sont plus penchés sur l'absence de relations entre les deux sphères (DUBIN)[107]..
Trois théories permettent d'étudier la relation entre la sphère professionnelle et la sphère familiale. La théorie de la **segmentation** (1) a prévalu à une période où les attitudes en regard des rôles sexuels étaient plus traditionnelles qu'aujourd'hui. Dans cette approche, le travail et la famille sont des activités indépendantes, ne pouvant pas s'influencer mutuellement. Dans cette optique, la difficulté de préserver le travail des intrusions familiales (ou l'inverse) reflète l'incapacité de l'individu à établir ses priorités. Pour DUBIN (1956) « *les institutions du travail et les différentes institutions sociales du hors travail sont toutes séparées physiquement et psychologiquement. Chaque institution développe indépendamment des valeurs et des exigences comportementales sur les*

[104] LEE R.T., ASHFORTH B.E., (1991), « Work-unit structure and process and job-related stressors as predictors of managerial burnout », *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 21, p. 1831-1847
[105] LAMBERT S.J., (1990), « Processes linking work and family : a critical review and research agenda », *Human Relations*, Vol. 43, No. 3, p. 239-257
[106] BARNETT R.C., (1994), « Home-to-work spillover revisited : A study of full-time employed in dual earner couples », *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 56, Août 1994, p. 647-656
[107] DUBIN R., (1956), « Industrial workers' worlds : a study of the « central life interests » of industrial workers », *Social problems*, No 3, p. 131-142

individus ». En d'autres termes les comportements associés à un domaine ne sont pas nécessairement corrélés aux comportements associés à un autre domaine. La segmentation serait souhaitée par les individus lorsqu'ils perçoivent les conséquences négatives des interférences d'un rôle sur l'autre.

La théorie de la **compensation** (2) postule que les salariés insatisfaits dans un domaine cherchent des sources de satisfaction dans un autre domaine dans lequel ils s'impliqueront.
La compensation dans la sphère hors travail d'une insatisfaction dans le travail a plus été étudiée que la compensation dans le travail, comme le souligne THEVENET[108] (2001). KOFODIMOS[109] (1990) constate la compensation chez ceux qui trouvent dans le travail une reconnaissance et une qualité de vie que le hors travail ne leur procure pas

La théorie du **débordement** (3) est la plus étudiée. Plus souvent, les chercheurs se sont attachés à démontrer que les salariés importent dans leur famille les attitudes, comportements et émotions développées dans leur travail (WILENSKI[110], 1960). En règle générale, les études montrent qu'il existe une corrélation positive entre satisfaction au travail et dans le hors-travail. En définitive, plus un individu éprouve de la satisfaction au travail, plus il sera enclin à être satisfait dans le domaine du hors-travail mais le débordement est souvent perçu comme négatif (BARNETT[111], 1994).
Les recherches sur les rapports entre les deux sphères sont de plus en plus nombreuses et se complexifient, de sorte que les chercheurs s'accordent sur le fait que les trois théories précitées relèvent d'hypothèses trop simplistes pour expliquer les relations entre travail et hors travail (DUMAS[112], 2008). Les trois théories précitées traitent des deux sphères comme étant incompatibles (CHI-CHING[113], 1995 ;) et la majorité des approches mettent en concurrence les domaines du travail et du hors travail et étudient leurs relations en terme de conflit.

[108] THEVENET M., (2001), « Vie professionnelle, vie privée et développement personnel », *Revue Française de Gestion*, p. 106-119
[109] KOFODIMOS J. R., (1990), « Why Executives Lose Their Balance », *Organizational Dynamics*, Vol. 19, p. 58-68
[110] WILENSKI H.L., (1960), « Work, carers and social integration », *International Social Science Journal*, Vol. 4, p. 543-560
[111] BARNETT R.C., (1994), « Home-to-work spillover revisited : A study of full-time employed in dual earner couples », *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 56, Août 1994, p. 647-656
[112] DUMAS M., (2008), « Conflit et enrichissement travail-famille et implication », *La Revue de Gestion des Ressources Humaines*, N° 67, p. 23-37
[113] CHI-CHING Y., (1995), « The effects of career salience and life-cycle variables on perceptions of work-falily interfaces », *Human Relations*, Vol. 48, No. 3, p. 265-284

Le conflit travail → hors travail et le conflit hors travail→ travail

La plupart des chercheurs considèrent et mesurent la relation entre le travail et la famille comme étant à sens unique, principalement dans le sens du conflit du travail vers la famille (ARYEE et LUK 1996, WILLIAMS et ALLIGER 1994)[114]. Selon cette perspective, ce conflit se produit lorsqu'un individu doit assumer plusieurs rôles à la fois (ceux de salarié, de parent et de conjoint, par exemple) avec des ressources limitées (de temps, d'énergie et d'engagement). Deux types de tensions coexistent et ne doivent pas être confondus : la surcharge de rôles et le conflit inter rôles.

La surcharge de rôle renvoie à l'incapacité à gérer de multiples activités par manque de temps, d'énergie ou d'engagement, c'est-à-dire une incapacité à remplir de manière efficace plusieurs rôles. Le conflit inter rôles se réfère à la manière dont un individu gère les pressions d'un rôle incompatibles avec les pressions d'un autre rôle (KOPELMAN et al. ,1983).

Trois formes de conflit ont été identifiées par GREENHAUS et BEUTELL (1985) :

- **conflit basé sur le temps** : le temps accordé à un rôle rend difficile d'accorder du temps pour un autre rôle,
- **conflit basé sur la tension** : les tensions associées à un rôle interfèrent avec les tensions liées à l'exercice d'un autre rôle,
- **conflit basé sur le comportement** : les comportements associés à l'exercice d'un rôle s'avèrent incompatibles avec ceux liés à un autre rôle (CARLSON, KACMAR, WILLIAMS, 2000).

Certains chercheurs adoptent une perspective bidirectionnelle du conflit travail – famille (FRONE, YARDLEY et MARKEL 1997 ; GUERIN et SAINT-ONGE 1997)[115] selon laquelle la relation travail – famille s'avère réciproque, la vie au travail interférant sur la vie de famille et la vie familiale interférant sur la vie au travail. Leurs résultats confirment que ces deux types de conflits sont distincts malgré le fait qu'ils soient assez fortement corrélés. Plus précisément, leurs résultats montrent que l'interférence entre le travail et la

[114] WILLIAMS K.J., ALLINGER G.M., (1994), « Roles sressors, mood spillover and perceptions of work-family conflict in employed parents », *Academy of Management Journal*, Vol. 37, No. 4, p. 837-867

[115] GUERIN G., SAINT-ONGE S., (1997), « Le conflit emploi-famille validation du modèle causes-conséquences », *Actes du colloque de l'AGRH, Québec*

famille est plus élevée que l'interférence entre la famille et le travail, le conflit ne serait donc pas symétrique.

Les conflits entre la sphère professionnelle et la sphère familiale relèvent d'une incapacité à gérer de multiples rôles du fait de ressources limitées. Certains changements démographiques et sociaux créent des pressions sur l'équilibre travail – famille. Le terme de « conflit » s'explique, comme le soulignent par le fait que la théorie du débordement est la plus souvent utilisée par les chercheurs (KOSSEK et OSEKI, 1998)[116].

Pour résumer cette section consacrée à la détermination des risques psychosociaux de notre recherche, nous avons présenté les trois types de tensions psychologiques au travail. Les demandes psychologiques sont liées à l'expérience vécue et l'évaluation cognitive des personnes.

KHAN et al. (1964)[117] ont été les premiers à définir la notion de conflit de rôles mais en restant à l'intérieur des rôles du travail. Le concept de conflit travail – famille (Work – Family Conflict) se définit comme une forme de conflit de rôle chez les individus, apparaissant lorsque les exigences du travail et les exigences de la famille sont mutuellement incompatibles (HIGGINS, DUXBURY, 1992)[118]. **Les tensions et les conflits apparaissent lorsque les demandes de participation dans un domaine de la vie sont incompatibles avec les demandes de participation dans un autre domaine**, ils peuvent avoir un effet important à la fois sur la qualité de vie de famille et sur la qualité de vie sur le lieu de travail (GREENHAUS, BEUTELL[119], 1985 ; NETMEYER et al. [120] 1996).

[116] KOSSEK E.E., OSEKI C., (1998), « Work-family conflict, policies, and the job-life satisfaction relationship : A review and directions for organizational behavior-human ressources research », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 83, No 2, p. 139-149

[117] KHAN M., WOLFE D., QUINN M., SNOEK J., ROSENTHAL R., (1964), *Organizational stress : Studies in role conflict and ambiguity*, New York, John Wiley & Sons

[118] DUXBURY L.E., HIGGINS C.A., (1991), « Gender differences in work-family conflict », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 76, No. 1, p. 60-74

[119] GREENHAUS J.H, BEUTELL N.J., (1985), « Sources of conflict between work and family roles », *Academy of Management Review*, Vol. 10 , p. 76-88

[120] NETMEYER, BOLES, McMURRIAN, (1996), « Developpment and validation of Work-family conflict end family-work conflict scales », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 81, p. 400-410

1.2 L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL: DEFINITIONS ET MODELISATIONS

De nombreuses recherches traitent de l'épuisement professionnel depuis une trentaine d'années. Dans le cadre de la recherche, notre approche envisage les antécédents de l'épuisement professionnel sous l'angle des tensions (nous les abordons dans la troisième section de ce chapitre) et des pratiques de GRH (nous les abordons dans le deuxième chapitre). Ce positionnement nous amène à présenter les principales définitions et les travaux de référence menés sur ce construit.

1.2.1 *L'EVOLUTION CONCEPTUELLE DE L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL*

La plupart des chercheurs sur l'épuisement professionnel envisagent ce concept sous le prisme de l'expérience vécue et de l'appréciation subjective d'un assèchement émotionnel, d'un cynisme relationnel et d'un sentiment de manque d'accomplissement personnel.

La définition du concept semble claire. Néanmoins, il existe des finesses d'appréhension rendant le phénomène complexe. Nous les traitons brièvement mais nous retiendrons la définition la plus communément acceptée.

D'emblée, il est intéressant d'observer les différences sémantiques concernant l'épuisement professionnel ou « *burn out* ». CANOUÏ et MAURANGES[121] (2004) distinguent le syndrome d'épuisement professionnel (SEP) et l'usure professionnelle et soulignent qu'en France, la notion de syndrome suggère l'idée d'une évolution progressive alors que « *to burn out* » signifie « *s'échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de force, de ressources* ». Par ailleurs, au Japon le terme « Karoshi » caractérise « *la mort par excès de travail* » (Karo=mort, shi=fatigue au travail).

[121] CANAOUI P., MAURANGES A., (2004), *Le burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, De l'analyse aux réponses,* Eds Masson. Paris

En France, les chercheurs semblent s'orienter vers une approche processuelle et dynamique de l'épuisement professionnel (NEVEU[122], 2006), soulignant le rôle des parties prenantes extérieures à l'organisation (les usagers) et la nécessité de réfléchir conjointement les approches conceptuelles et interventionnistes et de mener des analyses longitudinales (TRUCHOT[123], 2004).

Ces différences sémantiques mettent en avant le poids de la culture sur la conceptualisation de l'épuisement au travail. Historiquement, c'est VEIL[124] (repris par CANOUI et MAURANGES, 2004) psychiatre du travail, qui le premier décrit mais sans définir ses attributs ce concept comme étant « *un bon outil intellectuel* » pour comprendre et traiter « *des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la nosographie classique* […] *L'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives.*».

Les **causes**[125] de l'épuisement font l'objet de nombreuses recherches anglo-saxonnes. Elles se situent à un **(1) niveau organisationnel** (surcharge de travail, les tensions de rôle, par exemple), à **(2) un niveau interindividuel** (manque de soutien social au travail et conflits, par exemple) et à **(3) un niveau intra-individuel** (approches perceptuelles et attitudinales basées sur les attentes des individus).

Ses **manifestations** se révèlent sur **l'individu** (irritabilité, consommation excessive « d'excitants » ou de tranquillisants[126], diminution de l'estime de soi, états de tristesse, d'anxiété etc.[127]) et au **niveau du travail** (insatisfaction[128], détérioration des relations interpersonnelles[129] etc.).

---

[122] NEVEU J.P., (2006), *« Quand le cœur n'y est plus : de l'épuisement professionnelle à l'agressivité envers le clilent »*, Acte du Congrès de l'AGRH, Reims

[123] TRUCHOT D., (2004), *Epuisement professionnel et Burnout : Concepts, modèles et interventions*, Paris, Editions Dunod

[124] VEIL C., (1959), *Les états d'épuisement*, Concours médical, p. 2675-2681

[125] Pour plus d'informations, se référer aux travaux de CORDES C.L. et DOUGHERTY T.W.(1993) sur le cadre théorique des recherches sur le bunout. « A review and a integration of research on job burnout », *Academy of Management Review*, Vol. 18, p. 621-656

[126] BURKE R.J., SHEARER J., DESZCA G. (1984), « Correlates of burnout phases among police officers », *Group and Organization Studies*, Vol.9, p. 451-466

[127] BRENNINKMEYER V., VAN YPEREN N.W. BUUNK B.P., (2001), « Burnout and depression are not identical twins : is decline of superiority a distinguishing feature ? », *Personality and Individual Differences*, Vol. 30, p. 873-880

[128] WOLPIN J., BURK R.J., GREENGLASS E.R., (1991), « Is job satisfaction an antecedent or a consequence of psychological burnout ? » , *Human Relations*, Vol. 44, p. 193-209

[129] JACKSON S.E., SCHWAB R.L., SCHULER R.S., (1986), « Toward an understanding to burnout phenomenon », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 71, p. 630-640

S'il est reconnu que le stress au travail augmente en France[130], alors, il y a de fortes probabilités pour que le niveau d'épuisement personnel perçu par les salariés soit en hausse. L'épuisement professionnel dépasse les frontières de l'entreprise puisque d'après la définition la plus communément acceptée par les chercheurs[131], un état de stress précède l'assèchement du « stock des ressources émotionnelles » et la dépersonnalisation de l'individu. Les recherches menées sur le burnout semblent s'inscrire dans une perspective du débordement des exigences liées au domaine professionnel sur le domaine hors travail et personnel.

1.2.2 *UNE REFERENCE : LA CONCEPTION DE MASLACH ET JACKSON (1981)*

FREUDENBERGER (1974)[132] propose une première définition: *« l'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué* ». Cette définition est élargie par FREUDENBERGER et RICHERLSON (1980)[133] qui définissent le *burnout* comme « *un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail* ». **L'approche de FREUDENBERGER est une approche centrée sur l'individu**.

MASLACH (1976), chercheur en psychologie sociale a largement contribué à la conceptualisation et la mesure du construit. Ses recherches sur les stratégies de l'individu pour faire face aux situations émotionnelles aversives, l'ont mené à réaliser une série d'entretiens auprès de professionnels de la santé (médecins, infirmières, psychiatres…) et émettre l'hypothèse selon laquelle la relation à l'autre (et notamment aux parties prenantes extérieures) constitue le facteur central du phénomène.

L'approche de MASLACH est une approche basée sur l'environnement de travail.

[130] GUIGNON N., NIEDHAMMER I., SANDRET N. (2008), « Les facteurs psychosociaux au travail : une évaluation du questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003 », Rapport de la DARES, N°22.1.
[131] MASLACH C., JACKSON S.E., (1981), *The Maslach Burnout Inventory Research Edition*, Palo-Alto, CA, Consulting Psychologists Press

[132] FREUDENBERGER H. J., (1974), « Staff burnout », *Journal of Social Issues*, N° 30, p. 159-165
[133] FREUDENBERGER H.J., RICHELSON G., (1980), *Burnout : How to beat the high cost of success*, New York, Bantam Books

Au début des années 1980, elle identifie deux dimensions de l'épuisement :

- l'épuisement émotionnel caractérise un assèchement des ressources et une perte de motivation pour l'individu.

- la dépersonnalisation se manifeste par des attitudes distantes, négatives envers les clients, patients etc.

Elle entreprend avec d'autres chercheurs des programmes de recherches d'ampleur pour proposer une définition opérationnelle et une mesure fiable. Comme pour tous les concepts liés à la santé au travail, la question du lien entre conceptualisation et la mesure de l'épuisement professionnel constitue une question cruciale pour les chercheurs.

La légitimation du *burnout* et des actions de prévention qui lui sont associées passe par sa quantification (modélisation des attributs et des manifestations individuels, interindividuels et organisationnels) aux niveaux académiques et professionnels. Le coût social est considérable mais impossible à évaluer. Dans cette perspective, les travaux impulsés par MASLACH (1979) n'ont cessé de se développer par la suite (CHERNISS[134], 1980 ; PINES[135], 1993 ;

MASLACH et JACKSON (1981) définissent le *burnout* en modélisant trois facettes du syndrome qui apparaissent « *chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* » :

- **l'épuisement émotionnel** : c'est le cœur du *burnout*. Il est caractérisé par un sentiment d'épuisement des ressources émotionnelles. Il peut être ressenti psychiquement et physiquement et renvoie au fait de « se sentir vidé », démotivé, au seuil de saturation émotionnel. Il peut se traduire par des refus de l'individu d'agir, d'exprimer ses affects, peut déboucher sur des crises de colère ou au contraire peut prendre l'aspect d'un hypercontrôle d'émotion. Pour ce dernier cas de figure, il est difficile de mesurer si la personne est dans un contrôle qui lui fait percevoir qu'avouer l'épuisement est reconnaître une faiblesse. L'épuisement professionnel perçu peut donc influencer l'évaluation de l'état de faiblesses perçue par les personnes. Cet état est associé à la déshumanisation de la relation à l'autre.

[134] CHERNISS C., (1980), *Professional Burnout in the Human Service Organizations*, New York, Praeger
[135] PINES A., (1993)., *Burnout : an existential persepective*, In, *Professional Burnout : recent development sin theory and research*, SCHAUFELI W.B., MASLACH C., MAREK T., Washington, Taylor & Francis

- **La dépersonnalisation** : c'est la dimension interpersonnelle du *burnout*, noyau dur du syndrome dans la mesure où elle renvoie à un détachement, à des attitudes négatives voir cyniques envers les personnes dont elle s'occupe. Cette distanciation peut conduire l'individu à user d'humour grinçant, voir dans les cas extrêmes de maltraitance. Cette attitude peut être la résultante d'un manque de motivation et du sentiment de sentir « vidé d'énergie ».

- **Le manque d'accomplissement personnel** : c'est la dimension auto-évaluative du burnout et renvoie à la dévalorisation par l'individu des ses aptitudes et de son travail, un sentiment de diminution de l'auto-efficacité et d'estime de soi.

SCHAUFELI et VAN DIRENDONCK (1993)[136] ont montré que l'épuisement émotionnel est la dimension affective du burnout et que la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel sont les dimensions cognitives.

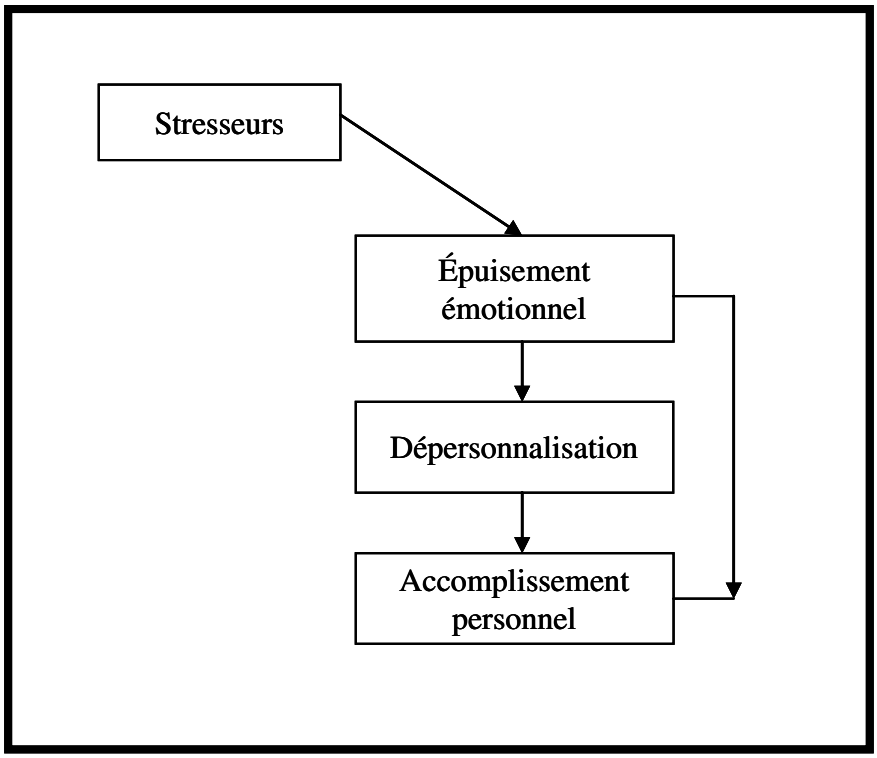


Figure 6 : Les trois dimensions du processus du burnout (MASLACH et JACKSON, 1981)

Parallèlement aux travaux de MASLACH, CHERNISS (1980) propose une approche transactionnelle du *burnout* où l'individu et son environnement s'influencent réciproquement. Elle définit le *burnout* comme « *un processus dans lequel un professionnel précédemment engagé se désengage de son travail en réponse au stress et à la tension ressentis* ».

Sur la base de 27 entretiens approfondis menés auprès de professionnels dans leur première année d'exercice (avocats, enseignants, infirmières, professionnels de santé mentale), CHERNISS montre que le *burnout* s'explique par un déséquilibre perçu entre l'estime de soi, l'auto-efficacité, le soutien social et organisationnel et les exigences du travail.

[136] SCHAUFELI W.B., VANDIRENDONCK D., (1993), « The construct validity of two burnout measures », *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 14, p. 631-647

Dans cette approche transactionnelle du stress professionnel et de ses conséquences perçues en terme de bien être, trois d'analyse sont mis en évidence par l'auteur : (1) le stress perçu, la (2) tension perçue (*strain*) en réponse au stimulus et. (3) les changements attitudinaux et comportementaux que CHERNISS qualifie de « *coping* » défensif. LAZARUS et FOLKMAN (1984) définissent le « *coping* » comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, permettant de gérer les exigences externes ou internes, spécifiques à une situation, qui entament ou excèdent les ressources d'une personne* ». Dans cette perspective, le soutien social est considéré à la fois comme une ressources organisationnelle et comme une ressource personnelle, en ce sens qu'il recouvre divers acceptions. Nous y reviendrons dans les deux chapitres qui suivront.

Le modèle de CHERNISS a fait l'objet d'une validation empirique menée par BURKE et GREENGLASS (1995) auprès de 392 enseignants et personnels administratif.

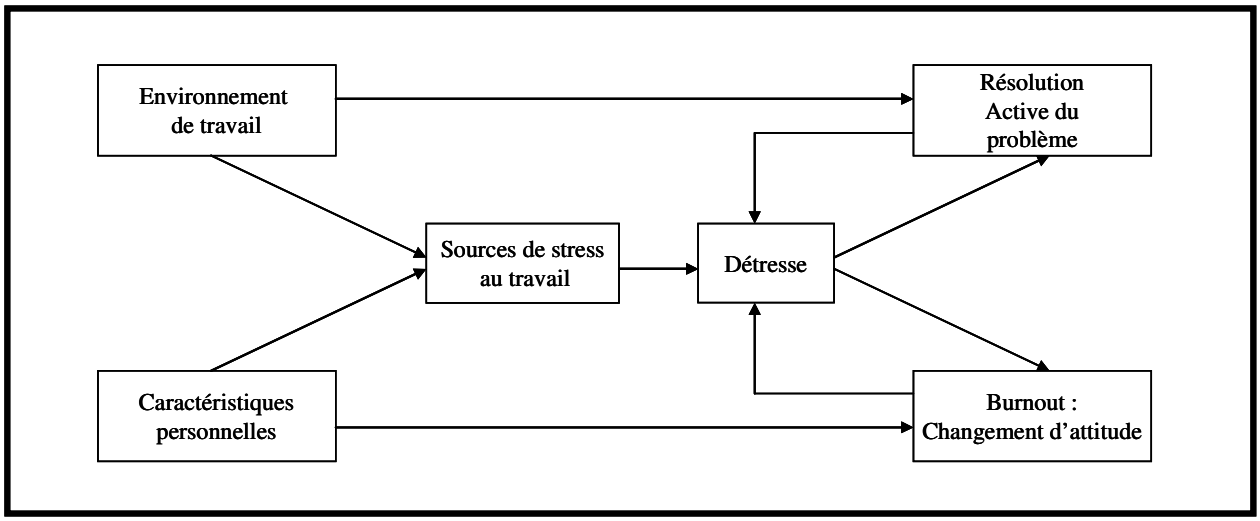


Figure 7 : Le modèle du burnout de CHERNISS (1980)

Dans une autre perspective, PINES (1993) propose une approche motivationnelle dans laquelle le burnout apparaît si l'individu perçoit une impossibilité d'utiliser ses compétences.

Dans son approche, le burnout n'est plus seulement la résultante d'un processus de désillusion perçu par les salariés. Selon l'auteur pour certains individus, le stress et la tension ne créent pas à eux seuls le burnout et l'absence d'une signification existentielle dans travail pourrait constituer une piste d'approfondissement dans la compréhension du phénomène. Le modèle proposé par PINES s'inscrit dans la lignée des modèles du stress basés sur l'explication des tensions par un déséquilibre entre attentes et réalité. Il s'agit d'un modèle interactionniste du stress professionnel, puisqu'il permet d'évaluer une forme de décalage entre les besoins, les attentes et les motivations des individus par rapport à la réalité qu'ils perçoivent.

TRUCHOT (2004) rappelle les fondements des travaux de PINES (1993) selon laquelle les professionnels de l'aide répondent tous à une aspiration commune : « *faire pour et faire avec les autres* ». Que leurs motivations soient influencées par les facteurs environnementaux ou personnels, dans cette approche les individus construisent leur identité au travail à travers les relations qu'ils entretiennent avec l'organisation. Par conséquent les rôles qu'ils occupent et l'aide qu'ils reçoivent au travail semblent essentiels dans cette « boucle positive » :

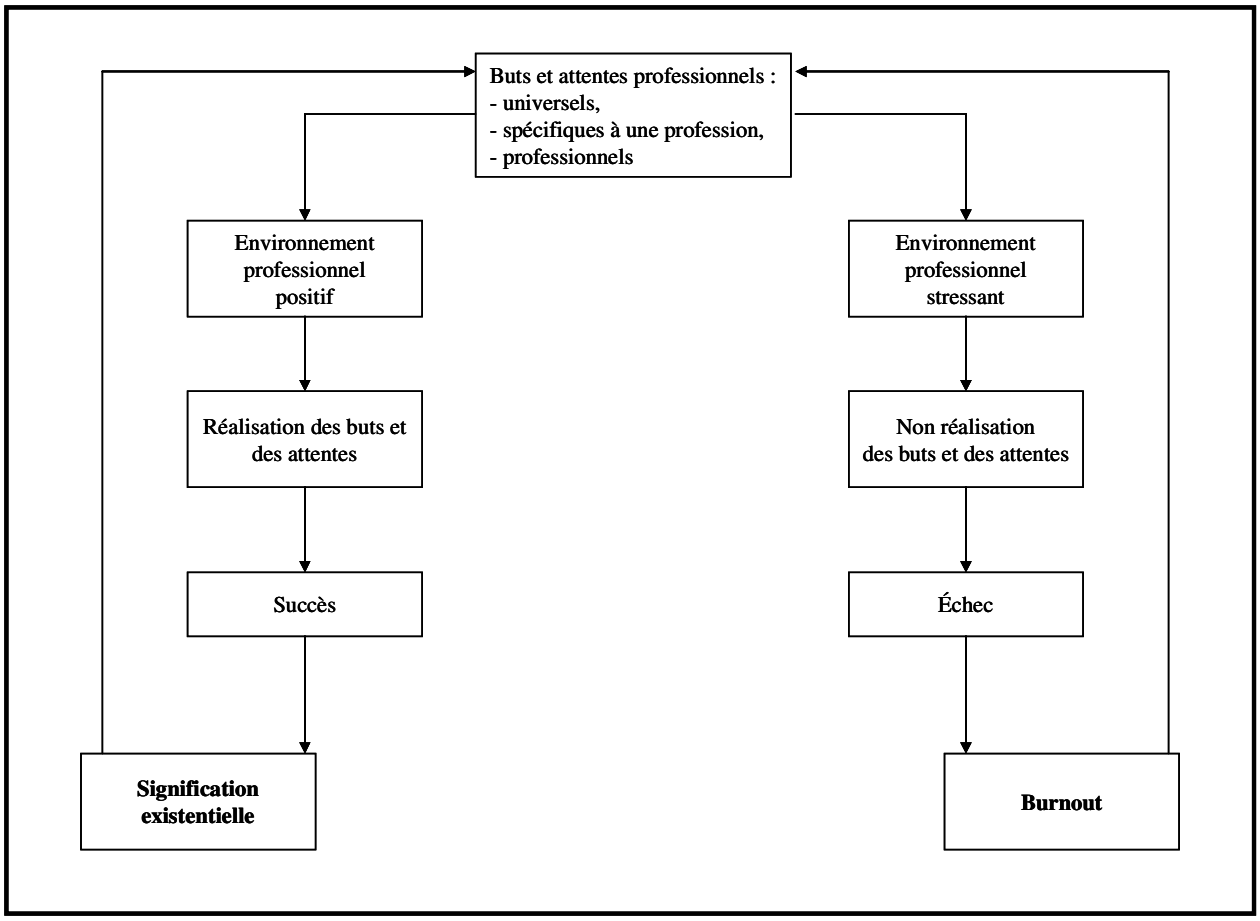


Figure 8 : Le modèle motivationnel du Burnout de Pines (1993)

La conceptualisation de MASLACH et JACKSON semble faire autorité dans le domaine de la recherche, malgré l'intérêt que présentent les autres approches. L'intérêt de l'approche de MASLACH réside dans son caractère inductif et tridimensionnel. Cette définition de l'épuisement n'est donc pas une construction théorique et s'est développée dans une perspective transformatrice. L'efficacité des méthodes d'intervention et les réponses organisationnelles nécessitent une définition précise du phénomène. Nous retiendrons donc cette définition qui caractérise l'épuisement en terme « d'état perçu » dans la troisième section de ce chapitre.

Le syndrome d'épuisement professionnel naît avec l'épuisement émotionnel, qui peut entraîner la dépersonnalisation. L'épuisement émotionnel réduit l'accomplissement personnel, soit directement, soit par la dépersonnalisation.

1.3 LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX : UNE SOURCE D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL

Les premières recherches sur les risques psychosociaux sont anciennes (FRIEDMAN, ROSENMAN et CARROLL[137], 1958 ; FRENCH et CAPLAN[138], 1973 ; BEERH et NEWMAN[139], 1978). Ces auteurs ont montré les effets négatifs de la surcharge de travail pour l'organisation : insatisfaction, épuisement professionnel, diminution de l'engagement, de la motivation, absentéisme etc. Les risques sociaux augmentent de façon constante du fait des exigences de flexibilité croissantes des entreprises, des modifications du marché de l'emploi et des évolutions sociodémographiques.

De nombreux chercheurs se sont attachés à démontrer l'influence négative des exigences psychologiques au travail élevées, des tensions de rôle et des conflits travail / hors travail sur l'épuisement professionnel. Ces trois liens sont présentés successivement dans les sections suivantes.

1.3.1 *DE FORTES EXIGENCES PSYCHOLOGIQUES INDUISENT L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL*

De nombreux chercheurs se sont attachés déterminer les conséquences des exigences psychologiques élevées sur le *burnout*, en se basant sur les conceptualisations de KARASEK (1979) et de MASLACH et JACKSON (1981).

VAN DER DOEF et MAES[140] (1999) estiment que globalement le lien entre les exigences psychologiques et le *burnout* est établi alors que certains chercheurs n'observent pas toujours l'influence négative d'un faible degré de liberté décisionnelle sur l'épuisement perçu par les salariés. Dans certaines professions, le degré de liberté est très limité *a priori,* la caractérisation du « lieu de contrôle » est donc complexe.

Précisément, dans cette recherche nous nous intéressons à une seule facette du modèle de

[137] FRIEDMAN M., ROSENMAN R. H., CARROLLl V., (1958), « Changes in serum cholesterol and blood clotting time in men subjected to cyclic variation of occupational stress », *Circulation*, Vol. 17, p. 852- 861

[138] FRENCH J.R.P., CAPLAN R.D., (1973), *Organizational stress and individual strain,* In, *The Failure of Success*, MARROW A.J., New York, AMACOM

[139] BEERH T. A., NEWMAN J. E., (1978), « Job stress, employee health and organizational effectiveness : A facet analysis, model and literature review », *Personnel Psychology*, N°31, p. 665-699

[140]VAN DER DOEF M., MAES S., (1999), « The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research », *Work & Stress*, Vol. 13, p. 87-114

KARASEK : les exigences psychologiques du travail. Au regard des populations étudiées par les chercheurs, les exigences « fortes » semblent engendrer l'épuisement professionnel chez les *personnes qui travaillent avec et pour les autres*. Ainsi les professionnels de l'aide et de la santé paraissent être les plus étudiés (DE JONGE et al.[141], 1996 ; RAFFERTY et al.[142], 2001 ; LOUREL et al.[143], 2004).

La dimension de l'épuisement la plus influencée par les demandes psychologiques au travail est émotionnelle. Devoir travailler vite, faire face à des tâches complexes et/ou morcelées, cela a une influence plus ou moins forte sur les trois dimensions de l'épuisement. Ainsi, le lien entre les demandes élevées du travail et l'épuisement émotionnel (le fait de se « sentir vidé ») est connu (RIJK et al.[144], 1998, LOUREL et al., 2004)

La dépersonnalisation et le sentiment de diminution d'accomplissement personnel semblent moins sensibles aux exigences du travail. Les résultats varient dans les recherches. Par exemple, LOUREL et al. (2004) montrent qu'une charge de travail importante induit la dépersonnalisation sur un échantillon d'agents de maison d'arrêt. Ce n'est pas le cas dans toutes les recherches. Comme le souligne TRUCHOT (2004), la majorité des chercheurs envisagent l'influence directe et conjointe des exigences sur les trois dimensions du *burnout*. Cela sous-tend une approche de l'épuisement en terme « d'état » alors que l'épuisement est un processus. Cela pourrait expliquer la plus faible sensibilité des dimensions de « dépersonnalisation » et «d'accomplissement ».

Par ailleurs, les trois dimensions du burnout telles que définies par MASLACH renvoient à trois **formes** d'épuisement : (1) un état émotionnel, (2) un épuisement par rapport à l'environnement interpersonnel et (3) une perception de soi dévalorisé par rapport au travail effectué. En d'autres termes, le travail, la nature et la qualité des relations entretenues entre les salariés et leur environnement peuvent donc avoir un effet sur la

[141] DE JONGE J., JANSSEN P.P.M., VAN BREUKELEN G.J.P., (1996), « Testing the demand-control-support model among health-care professionals : a structural equation model », *Work and Stress*, Vol. 10, p. 209-224

[142] RAFFERTY Y., FRIEND R., LANDSBERGIS P.A. (2001), « The association between job skill discretion, decision authority and burnout », *Work and Stress*, Vol. 15, p. 73-85

[143] LOUREL M., GANA K., PRUD'HOMME V., CERCLE A., (2004), « Le burnout chez le personnel de maison d'arrêt : test du modèle « demande-contrôle » de Karasek, *L'Encéphale*, Vol. 30, p. 557

[144] DE RIJK A.E., LE BLANC P.M., SCHAUFELI W.B., (1998), « Active coping and need for control as moderators of the demand-control model : Effects on burnout », *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 71, p. 1-18

déshumanisation de la relation à l'autre et une baisse du sentiment d'accomplissement personnel, mais cette relation n'est peut être pas seulement « directe », soulignant la complexité des interactions entre l'individu, son environnement et la manière dont l'individu perçoit ce système.

1.3.2 *LES TENSIONS DE ROLE ET L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL*

Globalement, les tensions de rôle influencent négativement la santé au travail des professionnels de l'aide et des enseignants (SCHWAB et IWANICKI[145], 1982 ; LEITER et MASLACH[146], 1988). Plus spécifiquement, plus les tensions de rôle sont fortes, plus l'individu a des chances de se sentir dépassé par les événements et s'épuiser.

En réalité, une étude plus fine de la littérature fait apparaître des disparités aux niveaux des résultats qui ressortent des recherches qui traitent ce sujet. Pour BOLES et al.[147] (1997), seul le conflit de rôle a un effet significatif sur la dimension émotionnelle de l'épuisement.

Le conflit de rôle influencerait plus significativement l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation alors que l'ambiguïté de rôle serait plus fortement associée à la diminution du sentiment d'accomplissement personnel (SCHAUFELI et ENZMANN, 1998, cités par TRUCHOT[148], 2004).

Les chercheurs s'intéressent plus à la relation entre le stress perçu par rapport aux rôles organisationnels et la **dimension émotionnelle du *burnout***. La relation envisagée est linéaire, c'est-à-dire que plus les tensions ressenties sont fortes et plus le malaise est perceptible pour les individus. Le conflit semble avoir une influence plus forte sur « l'assèchement des ressources émotionnelles » que l'ambiguïté. Néanmoins les auteurs

[145] SCHWAB R.L., IWANICKI, (1982), « Perceived role conflict, role ambiguity and teacher burnout », *Educational Administration Quarterly*, Vol. 18, p. 60-74
[146] LEITER M.P., MASLACH C., (1988), « The impact of interpersonal environment on burnout », *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 9, p. 297-308
[147] BOLES J.S., MARK W.J., HAIR J.F., (1997), « Role stress, work-family conflict and emotional exhaustion : inter-relationships and effects on some related consequences », *Journal of Personal Selling and Sales Management*, p. 17-28
[148] TRUCHOT D., (2004), *Epuisement professionnel et Burnout : Concepts, modèles et interventions*, Paris, Editions Dunod

de référence[149] préconisent une approche **bi-dimensionnelle[150] des tensions de rôle** sur l'épuisement professionnel.

La revue de littérature sur les rôles organisationnels est vaste. Elle fait ressortir des questionnements sur la place des rôles dans les modèles explicatifs du *burnout.* Ce construit est –il un antécédent de l'épuisement ? Médiatise-t-il la relation entre les autres « stresseurs » (manque de contrôle, par exemple) et l'épuisement ? L'absence de tensions joue-t-elle un rôle modérateur sur la relation entre les stress perçu par les personnes et l'état d'épuisement qu'elles ressentent ? C'est ce que SINGH[151] (1998) remet en question. Quelque soit l'approche, il semble exister un lien direct entre les tensions de rôle et l'épuisement professionnel.

Schématiquement, l'inadéquation entre les valeurs de l'individu et les exigences qu'il perçoit au travail[152], de même que l'absence de clarté sur les informations perçues peuvent devenir un facteur d'usure. A cela s'ajoute les exigences croissantes des différents rôles de la vie des personnes. L'investissement dans les différents rôles professionnels, les contraintes liées à l'exercice des ces différents rôles et les difficultés de trouver un équilibre entre les rôles professionnels et hors professionnels de l'individu engendrent un assèchement des ressources émotionnelles. Dans la section suivante, nous étudions les effets des conflits entre le travail et le hors travail sur le *burnout*.

1.3.3 *LE CONFLIT TRAVAIL / HORS TRAVAIL ET L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL*

D'après MASLACH et al.[153] (2001), l'épuisement professionnel résulte d'une interaction complexe entre les tensions vécues par l'individu dans les différents domaines de la vie.

[149] LEITER M.P., MASLACH C., (1988), « The impact of interpersonal environment on burnout », *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 9, p. 297-308
[150] SINGH J., RHODES G., (1994), « Boundary role ambiguity in marketing oriented positions : a multidimensional multifaceted operationalization », *Journal of Marketing Research*, Vol. 31, p. 328-338
[151] SINGH J., (1998), « Striking a balance in boundary spanning positions: An investigation of some unconventional influences of role stressors and job characteristics on job outcomes of salespeople », *Journal f Marketing Research*, Vol. 62, p. 69-86
[152] C-a-d le conflit de rôle.
[153] MASLACH C., SCHAUFELI W.B., LEITER M.P., (2001), « Job burnout », *Annual Review of Psychology*, Vol. 52, p. 397-422

Les modèles explicatifs de ces rôles et la place qu'ils occupent dans le processus du *burnout* se complexifient (GMELCH et GATES[154], 1998).

Les influences entre le travail et le « hors travail » sont réciproques, c'est ce que nous avons montré dans la deuxième section de ce chapitre. A notre connaissance, l'influence du conflit « famille => travail » sur l'épuisement perçu est peu étudiée, tandis que l'influence du conflit « travail => famille » fait ressortir de nombreux résultats. Ce conflit influencerait positivement l'épuisement émotionnel perçu pour de nombreux auteurs (par exemple, LINGARD et FRANCIS[155], 2006)

Les recherches récentes tendent à montrer que le conflit travail / famille médiatise la relation entre les tensions de rôle au travail et l'épuisement professionnel (GUERTS et KOMPIER[156], 2003 ; JUDGE et COLQUITT[157], 2004). BARNETT[158] (1999) suggère que les chercheurs ne devraient pas étudier les conflits entre les sphères professionnelles et familiales seulement comme un antécédent du *burnout.* Certains chercheurs anglo-saxons utilisent le terme de « *loss spiral* » pour caractériser la complexité des interactions entre les concepts de tensions de rôles professionnels et hors professionnels et l'épuisement. Selon ces chercheurs, le conflit « travail-hors travail » engendrerait l'épuisement professionnel perçu. L'assèchement des ressources rendrait la personne fébrile quant à sa capacité à faire face aux exigences de ses différents rôles de vie… Et par conséquent les tensions perçues entre les différentes sphères élèverait l'épuisement perçu (DEMEROUTI et al.[159], 2004).

[154] GMELCH W.H., GATES G. (1998), "The impact of personal and organizational characteristics on administrator burnout, *Journal of Educational Administration*, Vol. 36, p. 146-159.
[155] LINGARD H., FRANCIS V., (2006), « Does a supportive work environement moderate the relationship between work-family conflict and burnout », *Construction and Management*, Vol. 24, p. 185-196
[156] GUERTS S.A.E., KOMPIER M.A.J., ROXBURGH S., HOUTMAN I.L.D., (2003), «Does work–home interference mediate the relationship between workload and wellbeing ?» *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 63, p. 532–559
[157] JUDGE T.A., COLQUITT J.A., (2004), « Organizational justice and stress: the mediating role of work–family conflict », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 89, p. 395–404
[158] BARNETT R., GARIES K.C., BRENNAN R.T., (1999), « Fit as a mediator of the relationship between work hours and burnout », *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 4, p. 307–317
[159] DEMEROUTI E., BAKKER,A.B., BULTERS A.J. (2004), "The loss spiral of work pressure, work-home interference and exhaustion: reciprocal relations in a three-wave study", *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 64, 131–49

En résumé, le conflit « travail-hors travail » et l'épuisement professionnel entretiennent un rapport complexe mais le lien direct du conflit sur l'état d'épuisement perçu semble reconnu et assez fort[160].

Tous les phénomènes que nous avons étudiés au cours de ce chapitre (exigences psychologiques, tensions de rôle, conflits « vie professionnelle » ⇔ « vie hors travail », burnout) sont complexes. De nombreux travaux sont menés pour caractériser les antécédents et les causes de chaque concept, rendant la revue de littérature très vaste.

Le point commun de l'ensemble des risques psychosociaux que nous avons étudiés dans ce chapitre concerne la place qu'ils occupent dans le processus général du stress professionnel et de ses conséquences sur la santé. En somme, pour les partisans de l'approche interactionniste, c'est plutôt l'effet direct des caractéristiques stressantes et objectives qui génère la tension et le burnout ressentis. Pour les partisans de l'approche transactionnelle, c'est plutôt la manière dont l'individu perçoit et évalue positivement ou négativement la situation et les ressources dont il dispose pour y faire face. Quelque soit l'approche, l'évaluation de tensions fortes par l'individu influence positivement l'épuisement perçu.

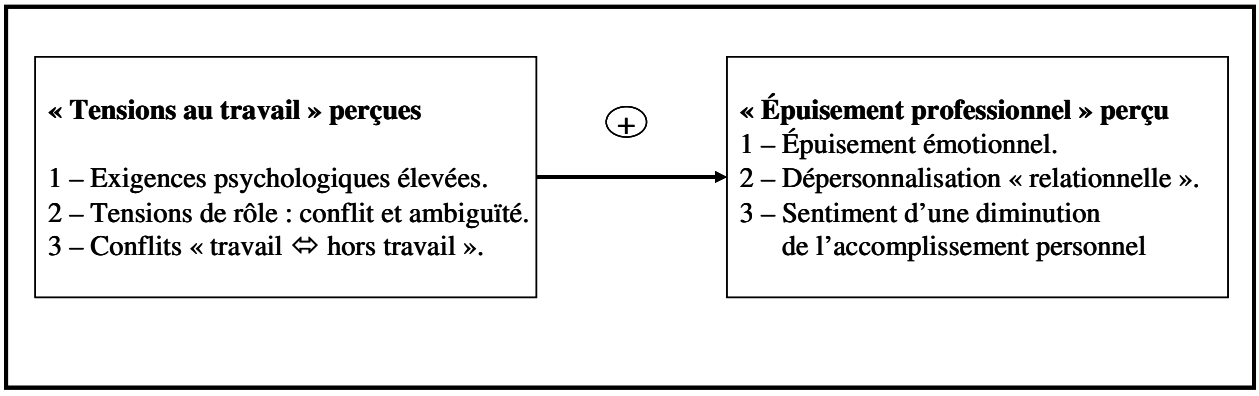


Figure 9 : L'influence positive des risques psychosociaux considérés dans la recherche sur l'épuisement professionnel. En résumé… les tensions au travail perçues influencent positivement l'épuisement professionnel perçu

[160] Pour plus d'informations, se referer à la méta-analyse de ALLEN T.D., HERST D.E., BRUCK C.S., SUTTON M. (2000), « Consequences associated work-family conflict : A review and agenda for future research », *Journal of occupational Health Psychology*, Vol. 5, p. 278-308

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

Dans ce chapitre, nous avons mis en évidence la complexité conceptuelle de la santé au travail et décrit les modèles de référence. D'un point de vue organisationnel, une limite est soulignée par certains chercheurs qu'il s'agisse de la perspective interactionniste ou de la perspective transactionnelle du stress professionnel : l'évaluation du rôle de l'organisation dans ces modèles.

Ces deux approches permettent de comprendre les interactions et/ou les transactions entre l'individu et son environnement, elles font l'unanimité au sein de la communauté scientifique. Toutefois, BRIEF et GEORGE[161] (1995) estiment que la variable organisationnelle manque dans le modèle transactionnel du stress au travail. Ces auteurs proposent une approche ergonomique du stress au travail en postulant une influence significative des facteurs contextuels sur la manière dont les salariés évaluent les situations stressantes et leurs ressources pour y faire face. D'autres chercheurs (BOURGEOIS et VERELLEN162, 1996) ont montré que la qualité de la formation a un pouvoir plus significatif que la personnalité (type A ou B) pour s'adapter à une situation de travail dégradée par de fortes exigences au travail. Dans une autre perspective, certains chercheurs se sont attachés à évaluer l'influence positive des relations interpersonnelles au travail sur l'association entre de fortes exigences au travail et la santé des salariés (BLIESE et BRITT[163], 2001).

Dans ce chapitre, nous avons aussi montré que les exigences psychologiques du travail, les tensions de rôle et les conflits entre le travail et la famille ont une influence négative sur l'épuisement professionnel. Si ces relations sont connues, les résultats concernant la conceptualisation, la mesure et l'influence des « pratiques organisationnelles » sur la santé des salariés sont peu stabilisés. L'objectif de la recherche n'est pas de remettre en question les modèles explicatifs du stress professionnel mais d'apporter une contribution à la compréhension des ressources organisationnelles qui peuvent aider les personnes à faire face aux exigences croissantes des demandes psychologique du travail et à leurs

[161] BRIEF A.P., GEORGE J.M., (1995), *Psychological stress and the workplace : A brief comment on Lazarus outlook*, In, *Occupational Stress : A handbook*, RANDALL R.C., PERREWE P.J., p. 15-19, Philadelphia, Taylor and Francis

[162] BOURGEOIS E., VERELLEN C., (1996), « Le stress chez les cambistes : de l'identification des facteurs d'influence à l'ébauche d'un modèle prédictif et préventif du stress au travail », *Psychologie du Travail et des Organisations*, Vol. 2, p. 149-162

[163] BLIESE P.D., BRITT T.W., (2001), « Social support, group consensus and stressor-strain relationships, social context matters », *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 22, p. 425-436

conséquences sur la santé au travail.

Depuis une vingtaine d'année, JOHNSON[164] (1989) est à l'initiative de l'intégration d'une ressource au travail dans le modèle interactionniste de KARASEK[165]: le soutien social. Il englobe les interactions sociales qui aident les salariés au travail et influencent négativement les effets négatifs des demandes psychologiques excessives Les chercheurs qui souscrivent à cette approche estiment que les demandes psychologiques élevées du travail et un faible soutien social prédisposent les salariés à différents problèmes de santé (pathologies physiques : TMS, lombalgies etc. ; pathologies psychologiques : épuisement, dépression etc.).

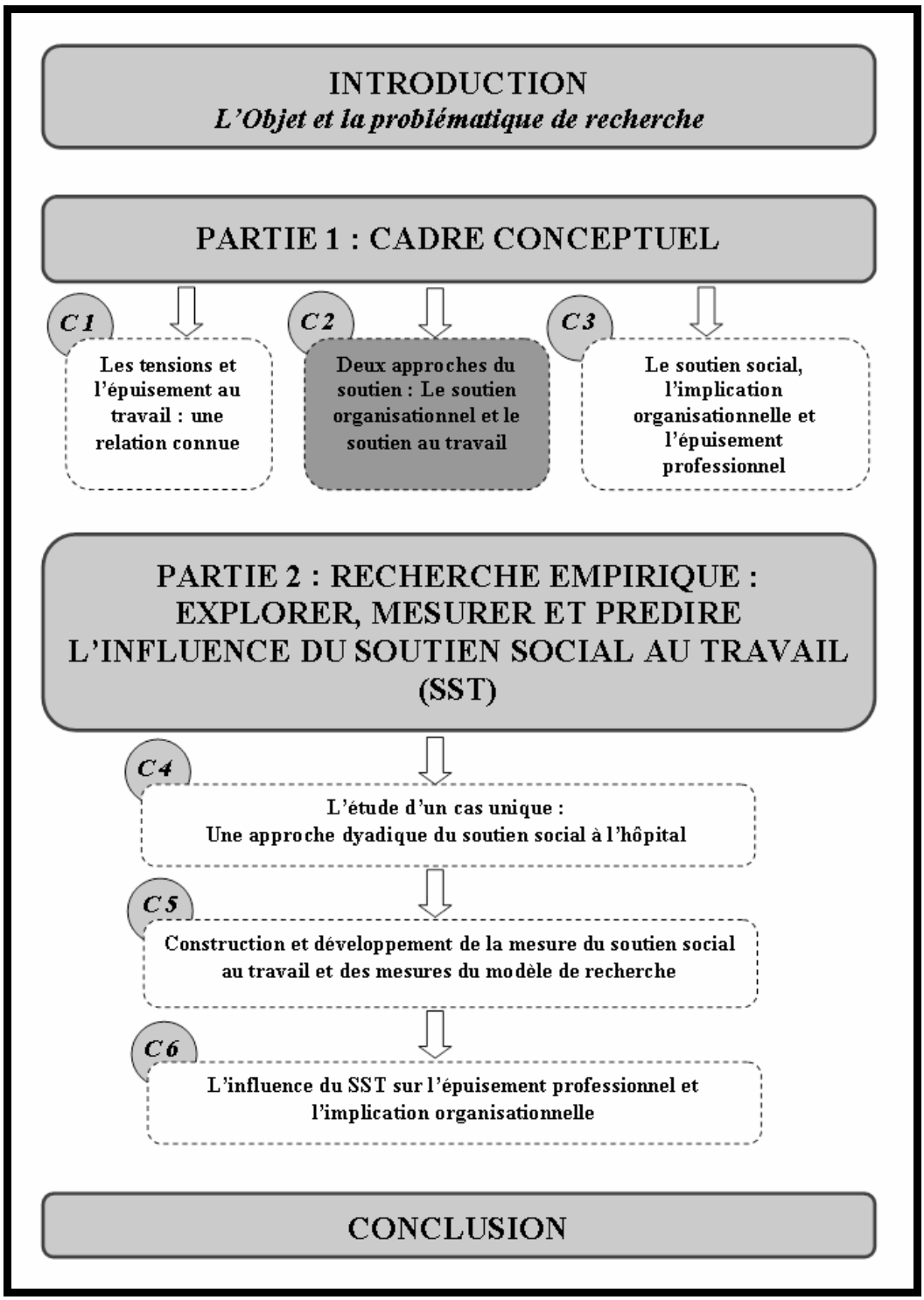
Quelque soit l'angle d'appréhension du stress au travail, la question du rôle de l'organisation apparaît comme un facteur essentiel : le soutien social est mis en évidence dans les modèles interactionnistes et la reconnaissance (monétaire, socio-émotionnelle et professionnelle) ressort dans les modèles transactionnels.
Nous n'étudions pas objectivement les caractéristiques stressantes puisque nous nous basons sur des résultats de recherches étudiant les perceptions subjectives des personnes. Toutefois, il ne s'agit pas d'une conception transactionnelle au sens strict. En effet, nous nous intéressons à « une situation aversive perçue » mais nous n'évaluons pas une perception insuffisante des ressources disponibles (individuelles et environnementales). En d'autres termes, notre approche se situe au carrefour des approches interactionnistes et transactionnelles du stress au travail. En effet, la revue de littérature sur le concept de « soutien au travail perçu » fait ressortir deux approches. Elles ont en commun d'étudier la relation d'emploi sous le prisme interactionniste[166]. La première approche caractérise la relation d'emploi sous l'angle des implications réciproques de l'entreprise et des ses représentants : le soutien organisationnel. La seconde approche englobe les relations sociales entre les personnes, leur nature, la manière dont elles se structurent et dont elles sont perçues : le soutien social au travail.

Dans le deuxième chapitre, nous proposons d'étudier les deux approches du soutien au travail, afin de mettre en évidence leurs apports respectifs. Les courants de recherche résultant de ces théories visent à répondre à deux problématiques organisationnelles : (1) dans quelle mesure le soutien organisationnel influence l'implication des personnes ? (2)

[164] JOHNSON J. V., (1989), *Control, collectivity and the psychosocial work environment,* Dans, *Job Control and Worker Health*, SAUTER S.L, HURREL Jr. J.J., COOPER C. L., Wiley Chichester, p. 56-74
[165] Reconceptualisation en 1990 du « job demand – control » en « job demand - control - support »
[166] Si l'on considère que les modèles transactionnels intégrent en partie une perspective interactionniste.

Dans quelle mesure le soutien social au travail influence l'épuisement professionnel perçu ? Avant d'étudier les enjeux organisationnels en terme de pratiques (chapitre 3), il nous semble important de faire un point sur les caractéristiques de ces deux approches et sur les positionnements des chercheurs qui y souscrivent.

CHAPITRE 2 - LE SOUTIEN ORGANISATIONNEL ET LE SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL



INTRODUCTION DU CHAPITRE 2

Dans ce chapitre nous traitons les deux approches qui permettent d'étudier le soutien au travail : (1) le soutien organisationnel et (2) le soutien social au travail. Ce soutien est de nature tangible (instrumental et informatif) et de nature intangible (émotionnel et d'estime).

L'objectif de la première section vise à comprendre dans ses grandes lignes le soutien organisationnel, sous l'angle de la théorie de l'échange social. Pour ce faire, nous présentons d'abord les quatre concepts qui permettent d'étudier la relation d'emploi selon les théoriciens souscrivant à cette approche. Ensuite, nous détaillons le soutien organisationnel (EISENBERGER et al. [167], 1986) et ses développements récents sur le soutien du supérieur hiérarchique et le concept d' « échange leader-membre » (GRAEN ET SCANDURA[168], 1987). Enfin, nous synthétisons les racines communes de ces concepts.

La seconde section du chapitre aborde les définitions et la conceptualisation du soutien social. Dans le premier point, nous présentons les approches sociologique, cognitive et par les processus interpersonnels du concept.

Par la suite, nous étudions la tri-dimensionnalité du soutien social. Le soutien social peut être étudié (1) « structurellement »[169], (2) « objectivement »[170] ou « perceptuellement »[171]. THOITS (1982) a mis en évidence que les aspects « quantitatifs » du soutien social (taille du réseau social) s'articulent autour de construits psychologiques subjectifs (évaluation de la disponibilité des personnes du réseau social ; satisfaction par rapport au soutien reçu) conceptualisés par l'estime de soi, la reconnaissance, et le sentiment d'attachement à un groupe social. La multi-dimensionnalité du soutien détermine sa complexité. Il nous semble important de comprendre précisément comment il se structure pour ensuite évaluer ses effets sur les comportements de l'individu dans l'organisation.

En résumé ce chapitre nous amène à caractériser la nature et les attributs du soutien social au travail.

---

[167] EINSENBERGER R., HUNTINGTON R., HUTCHINSON S., SOWA D., Perceived organizational support, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 71, No. 1, 1986, p 500-507

[168] GRAEN G., SCANDURA T.A., (1987), « Toward a psychology of dyadic organizing », *Research in Organizational Behavior*, Vol. 9, p. 175-208

[169] Le réseau social : taille, structure, degré d'intégration / d'isolement de l'individu

[170] Cette approche renvoie à la caractérisation des types de comportements mobilisés par les « fournisseurs » de soutien.

[171] La perception du soutien social concerne l'évaluation de la disponibilité et satisfaction par rapport au soutien reçu du point de vue du « receveur de soutien ».

2.1 ENCADREMENT THEORIQUE DES CONCEPTS DE SOUTIEN

L'objectif de ce chapitre de la thèse est épistémique. **Nous étudions deux concepts. Le premier trouve son origine dans la théorie de l'échange social**. Le concept de soutien organisationnel et particulièrement le concept de soutien organisationnel perçu (SOP) développé par EISENBERGER et al. (1986), permet d'étudier la perception qu'a le salarié de la mesure dans laquelle l'organisation valorise sa contribution et se préoccupe de son bien-être. Deuxièmement, le concept de soutien social, développé par COBB (1976) examine la perception qu'a l'individu de la mesure dont il est aimé, a de la valeur et appartient à un réseau de communication.

Ces deux concepts trouvent leurs origines dans les travaux en sociologie des organisations et en psychologie sociale. Ils ont en commun de traiter de la nature des relations interpersonnelles qu'il s'agisse des relations entretenues entre l'employeur et ses employés ou des relations entre les personnes.

Le soutien organisationnel s'attache à la compréhension des processus de construction des comportements humains dans un contexte organisationnel tandis que le soutien social permet d'appréhender l'influence des ressources interpersonnelles sur le processus général du stress et la qualité de vie des individus.

Le premier objectif de la thèse est de mettre en évidence les apports des deux approches sur le soutien social en montrant d'une part, l'importance du soutien organisationnel perçu dans la construction de l'implication organisationnelle des salariés et d'autre part, l'influence du soutien social sur le stress et la santé des individus (CF chapitre 3).

2.1.4 *L'ECHANGE SOCIAL COMME OBJET DE RECHERCHE*

La théorie de l'échange social considère la relation d'emploi comme un échange entre l'employeur et l'employé.

HOMANS[172] (1958) ou MARCH et SIMON[173] (1958) dans leur modèle de « récompenses-contributions » sont les premiers à avoir défini l'échange social comme l'échange de ressources matérielles et non matérielles tels que les signes d'approbation et le prestige.
Ces auteurs postulent que dans la relation d'emploi, l'employeur et l'employé cherchent à maximiser leurs intérêts respectifs.

2.1.4.1 La relation d'emploi sous l'angle de la réciprocité : cadrage conceptuel

GOULDNER[174] (1960) critique le premier les approches d'HOMANS, de MARCH et SIMON. Selon lui, seule la norme de réciprocité permet de développer des relations durables, basées sur le respect des obligations et le sentiment de redevabilité.
Dans ses travaux fondateurs sur la réciprocité, GOULDNER (1960) insiste sur le fait que « *les gens doivent aider ceux qui les ont aidé et les gens ne doivent pas faire de tort à ceux qui les ont aidé* ».

BLAU[175] (1964) affine la définition sur la relation d'emploi en distinguant deux types d'échange : l'échange économique et l'échange social. Il caractérise l'échange social comme « *des faveurs qui créent des obligations futures diffuses, non précisément spécifiées, et dont la nature de la contrepartie ne peut être négociée mais doit être laissée à la discrétion de son auteur* ».
Cette spécification pose également un regard critique sur les travaux d'HOMANS (1958) et de MARCH et SIMON (1958) qui considèrent que l'individu cherche à maximiser son utilité dans la relation d'échange avec son employeur.

Au cœur de la définition de BLAU (1964), trois conditions de base de l'échange social se dessinent : **la réciprocité**, **la temporalité** et **la confiance dans l'échange**.

[172] HOMANS G., (1958), « Social behavior as exchange », *Americam Journal of Sociology*, Vol. 63, p. 597-606
[173] MARCH J., SIMONS H., (1958), *Organizations*, New York, Mc Graw Hill
[174] GOULDNER A., (1960), « The norm of reciprocity », *American Sociological Review*, Vol. 25, p. 161-178
[175] BLAU P., (1964), *Exchange and power in social life*, New York, Wiley

BLAU (1964) précise le lien entre réciprocité et temporalité « *Faire preuve hâtivement de réciprocité, ce qui suppose un refus de rester temporairement redevable et dès lors une insistance mise sur une relation à caractère plus commercial, est considéré comme indécent* ». En d'autres termes, lorsqu'un individu s'investit dans une relation d'échange, il prend le risque de ne pas recevoir de contrepartie. Dans cette perspective, la confiance apparaît comme le noyau du processus d'échange social. Ces trois conditions permettent de discriminer « l'échange social » de « l'échange économique ».

Plusieurs types d'échange social coexistent au sein de l'organisation. L'échange peut d'abord être abordé sous l'angle de la relation entre deux groupes d'individus (les représentants du personnel et les dirigeants, par exemple). Il peut aussi faire l'objet d'une appréhension de la relation entre deux individus (l'employé et son manager, par exemple). Enfin, l'échange peut être étudié entre un individu et un groupe (l'employé et l'organisation, par exemple).

Pour les théoriciens de l'échange social, un individu ne peut vivre au sein d'un environnement social sans être en interaction avec lui. Plus précisément, la réciprocité ne relève pas seulement des conditions et des avantages que l'entreprise consent à offrir à ses salariés mais de ce que les personnes estiment recevoir par leur entreprise et de leur environnement au travail.

2.1.4.2 Les concepts basés sur la théorie de l'échange social

Quatre concepts majeurs s'appuient sur la théorie de l'échange social et permettent d'étudier la relation d'emploi : le *contrat psychologique* (CP), la *justice organisationnelle*, *le soutien organisationnel perçu* (SOP), « *l'échange leader-membre* » (ELM).

Les recherches qui se sont développées à partir de ces concepts s'attachent à mettre en évidence la conditionnalité de la relation d'emploi. En d'autres termes, le degré d'investissement de l'individu dans l'entreprise est contingent à la manière dont il perçoit que son employeur se soucie de sa qualité de vie et lui manifeste de la reconnaissance.

Ces quatre concepts sont proches mais ils permettent d'étudier la relation d'emploi sous plusieurs angles.

Le contrat psychologique considère l'échange entre l'employé et l'employeur à un niveau dyadique, indépendamment des relations entretenues avec les autres représentants de l'organisation. Plusieurs définitions caractérisent le contrat psychologique et se sont succédées dans le temps (ARGYRIS[176], 1960 ; LEVINSON[177], 1962).

La définition de SCHEIN[178] (1965) a retenu notre attention : « *la notion de contrat psychologique suppose que l'individu a une série d'attentes envers l'organisation et que l'organisation a une série d'attentes envers lui. Ces attentes ne sont pas seulement relatives à la quantité de travail qui doit être fournie par rapport au salaire octroyé, mais incluent également un ensemble de droits, de privilèges et d'obligations entre le travailleur et l'organisation… De telles attentes ne sont écrites dans aucun contrat formel entre l'employé*

et l'organisation, mais elles agissent pourtant comme de puissants déterminants du comportement ».

SCHEIN souligne l'existence d'un point de rencontre entre les attentes de l'entreprise et celles de ses salariés, mettant en évidence que ces attentes ne sont pas de même nature. Les chercheurs souscrivant à la perspective de l'échange social considèrent que l'adéquation ou l'inadéquation des attentes des deux parties influencent la satisfaction professionnelle, l'implication organisationnelle et la performance (COYLE-SHAPIRO et KESSLER[179], 2000).

La relation d'emploi serait donc conditionnelle et est influencée par des sentiments d'obligations réciproques. Le positionnement de SCHEIN marque une approche du contrat psychologique sous le prisme relationnel.

Les travaux sur le contrat psychologique ont radicalement évolué sous l'impulsion des travaux de ROUSSEAU[180] (1989) qui propose une approche sous l'angle de l'appréciation individuelle de ce contrat.

---

[176] ARGYRIS C., (1960), *Understanding Organizational Behaviour*, Homewood, IL., Dorsey Press
[177] LEVINSON H., (1962), *Men, management and mental health*, Cambridge, Harvard University Press
[178] SCHEIN E., (1965), *Organizational psychology*, Englewood Cliffs, N.J : Prentice-Hall
[179] COYLE-SHAPIRO J.A-M., KESSLER I., (2000), « Consequences of the psychological contact for the employment relationship: A large scale survey », *Journal of Management Studies*, Vol. 37, p. 903-930
[180] ROUSSEAU D.M., (1989), « Psychological and implied contracts in organizations », *EmployeeResponsabilities and Rights Journal*, Vol. 2, p. 121-139

Alors que SCHEIN préconisait plutôt une approche systémique tenant compte des attentes de l'employeur et des employés, ROUSSEAU propose une définition centrée sur la réalisation des engagements de l'entreprise perçue par les salariés.

La majorité des recherches issues de la revue de littérature sur l'échange social fait ressortir des approches perceptuelles du point de vue de l'employé. A ce titre, la justice organisationnelle est reconnue comme centrale dans la relation d'échange entre l'entreprise et ses salariés (CLAWSON[181], 1999).

Elle concerne l'évaluation de la justesse du traitement par l'organisation et est évaluée à trois niveaux (BIES et MOAG[182], 1986 ; BIES, 2001[183]): (1) la justice distributive (évaluation de l'équilibre rétribution-contribution par les salariés), (2) la justice procédurale et (3) la justice interactionnelle perçue pendant la mise en œuvre des procédures.

ARYEE et al.[184] (2002) ont montré que l'application de principes jugés justes par les salariés renforce la confiance de ces derniers en leurs supérieurs hiérarchique et en l'organisation. CROPANZANO et al.[185] (2001) soulignent que « *dans une perspective de justice, un traitement juste (parmi d'autres causes possibles) est de nature à promouvoir des relations d'échange social plus proches et ouvertes. Ce type de relation engendre l'obligation pour l'employé de s'acquitter de sa dette envers le supérieur et l'organisation. Dès lors, une meilleure performance au travail, des comportements de citoyenneté organisationnelle, et ainsi de suite sont susceptibles d'en découler* ». Les développements récents sur la justice organisationnelle mettent l'accent sur la qualité du traitement et de la communication interpersonnels vécus durant la mise en œuvre de procédure dans l'entreprise.

[181] CLAWSON J.G., (1999), *Level three leadership: Getting below the surface*, Upper Saddle River, Prentice Hall

[182] BIES, R.J., MOAG, J.F. (1986), « Interactional justice: Communication criteria of fairness », In *Research on negotiations in Organizations*, R.J. LEWICKI, B.H., SHEPPARD, et M.H. BAZERMAN, (eds.), vol. 1, Greenwich, CT: JAI Press, p. 43-55.

[183] BIES, R.J. (2001), « Interactional (in) justice: The sacred and the profane », In *Advances in organizational Justice*, J. GREENBERG et R. CROPANZANO (dir.), California, Stanford University Press, p. 89-118.

[184] ARYEE S., BUDHWAR P.S., CHEN Z.X., (2002), « Trust as a mediator of the relationship between organizational justice and work outcomes: test of a social exchange model », *Journal of Organizational Behaviour*, Vol. 23, p. 267-285

[185] CROPANZANO R., RUPP D.E., BYRNE Z.S., (2003), « The Relationship of Emotional Exhaustion to Work Attitudes, Job Performance and Organizational Citizenship Behaviors », Journal of Applied Psychology, Vol. 88, p. 160-169

Ainsi, les employés qui estiment bénéficier par leur organisation de ressources qu'ils valorisent (information, écoute, formation, reconnaissance, évolution de carrière…) adopteraient des comportements organisationnels performants (ASELAGE et EISENBERGER[186], 2003). Ces aspects du traitement sont évalués par les employés, qu'il s'agisse du respect des engagements de l'entreprise (contrat psychologique), de la justesse de son traitement (justice organisationnel) ou encore de son implication à l'égard de la qualité de vie au travail (soutien organisationnel).

C'est précisément au soutien organisationnel (SO) que nous nous intéressons dans cette recherche. Le SO se distingue du contrat psychologique et de la justice organisationnelle. La perception du soutien organisationnel englobe l'évaluation par le salarié, du degré d'implication de l'organisation par rapport à ses contributions et son bien être (EISENBERGER, 1986).

Pour THOMAS et GANSTER (1995)[187], il existe deux types de soutien organisationnel :

- Les politiques de soutien à la famille constituent un cadre favorable à l'harmonisation du travail et du hors travail des salariés : aménagement du temps de travail, garde d'enfants, le télétravail et les congés familiaux.
- Le soutien du supérieur hiérarchique : par sa position dans le processus de travail, le supérieur est en mesure de prodiguer une aide privilégiée au salarié car il est en interaction constante avec ce dernier. Le supérieur peut envisager de conclure avec le salarié certains aménagements.

Les concepts de contrat psychologique, de justice organisationnelle et de soutien organisationnel sont voisins en ce sens qu'ils expliquent les comportements organisationnels par la norme de réciprocité. Le soutien organisationnel se distingue des deux autres concepts car il étudie la mesure dans laquelle la personne perçoit que son entreprise s'engage envers elle. Sur le principe de réciprocité, plus la personne perçoit une implication élevée de l'organisation en la faveur de son bien-être, plus elle ressentira le besoin de s'investir en retour, indépendamment des promesses faites par l'entreprise et de la justice perçue.

[186] ASELAGE J., EISENBERGER R., (2003), « Perceived organizational support and psychological contracts: A theoretical integration », *Journal of Organizational Behaviour*, Vol. 24, p. 491-509
[187] THOMAS T.T., GANSTER D.C., (1995), « Impact of family-supportive work variables on work-family conflict and strain: a control perspective », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 80, N° 1, p. 6-15

Le soutien organisationnel est matérialisé par des pratiques de gestion des ressources humaines qui renvoient à des politiques d'implication et de fidélisation des salariés (ALIS et DUMAS[188], 2003 ; MELLOR et al.[189], 2001). Notons que peu de recherches abordent la nature des pratiques et des comportements de soutien social organisationnel. D'une part, parce que ces pratiques consistent en l'échange de ressources tangibles (aménagement de planning, par exemple) et de ressources non tangibles (manifestation d'estime, par exemple). Compte tenu de la multiplicité et de la nature immatérielle, sociale et émotionnelle de certaines ressources, il semble périlleux de proposer une définition unique de ce concept. Par ailleurs, il apparaît que l'expression de certains types de comportements puisse être influencée par le contexte, la situation ou encore la personnalité des agents de l'échange. D'autre part, si ces pratiques sont difficiles à spécifier, la détermination des représentants de l'organisation dans la relation constitue aussi une difficulté pour les chercheurs qui étudient l'échange social.

Le supérieur hiérarchique est la personne la plus impliquée dans ce soutien du fait qu'elle entretienne des relations quotidiennes avec les salariés. La relation entre le manager et l'employé est caractérisée par les chercheurs « d'échange leader-membre » (ELM). GRAEN et SCANDURA[190] (1987) soulignent que « *chaque partie doit offrir quelque chose que l'autre partie considère comme étant de valeur et chaque partie doit considérer l'échange comme équitable ou juste* ».
Ces auteurs mettent en évidence que la nature des ressources échangées entre le représentant clé de l'organisation (LIDEN et al., 2004) et les salariés détermine le niveau de réciprocité que ces derniers sont prêts à consentir envers l'organisation (WAYNE et al., 2000).

Alors que le contrat psychologique, la justice organisationnelle et le soutien organisationnel s'intéressent à la relation entre l'organisation et ses salariés, le soutien du

[188] ALIS D., DUMAS M., (2003), « 35 heures, soutien organisationnel perçu et harmonisation vie familiale/vie professionnelle », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, N° 50, p. 37-55
[189] MELLOR S., MATHIEU J.A., BARNES-FARRELL J.L., ROGELBERG S.G., (2001), « Employees' nonwork obligations and organizational commitments : a new way to look at the relationships », *Human Ressource Management*, Vol. 40, p. 171-184
[190] GRAEN G., SCANDURA T.A., (1987), « Toward a psychology of dyadic organizing », *Research in Organizational Behavior*, Vol. 9, p. 175-208

supérieur hiérarchique et le l'échange « leader-membre » étudient la nature et la qualité des relations interpersonnelles.
Dans la théorie de l'ELM, les chercheurs cherchent à spécifier les rôles des représentants de l'organisation et leur influence sur la construction de la relation entre le salarié et son entreprise. WAYNE et al.[191] (1997) ont montré que la perception d'un ELM élevé influence positivement le soutien organisationnel perçu par les salariés. Dans cette perspective, la nature des ressources échangées dans les relations interpersonnelles nous paraissent être à approfondir.

Les quatre concepts issus de la théorie sur l'échange social traitent des obligations réciproques de l'entreprise et de ses membres sous différents prismes. La revue de littérature sur les quatre concepts semble faire émerger un point central dans les perspectives de recherche proposées par les différents chercheurs.
Il semble important de spécifier la nature des relations existantes entre les différents acteurs de l'organisation. A titre d'exemple, les chercheurs sur l'ELM postulent que les supérieurs hiérarchiques établissent des relations qualitativement différentes avec les membres de leurs équipes (SPARROWE et LIDEN[192], 1997). Si l'on fait l'hypothèse d'une proximité entre les différents concepts précités, alors cela signifie que la nature des ressources que le manager échange avec les différents collaborateurs peut varier et conditionner des attentes multiples de soutien. Dans une autre optique, COYLE SHAPIRO et PARZFALL (2005) soulignent qu'un ELM de qualité élevée constitue un contrat psychologique relationnel. Le fait que le supérieur hiérarchique s'attache à développer des relations solides et basées sur la confiance interpersonnelle permettrait de favoriser l'implication des personnes dans l'organisation (COYLE-SHAPIRO et KESSLER, 2000).

Grâce aux interactions avec les différents représentants de l'organisation et particulièrement les managers de proximité, les salariés reçoivent un soutien de l'entreprise et développent un sentiment de redevabilité qui se matérialise par leur implication.

[191] WAYNE S. J., SHORE L.M., LIDEN R.C., (1997), « Perceived organizationnal support and leader-member exchange: a social exchange perspective », *Academy of Management Journal*, Vol. 40, p. 82-111
[192] SPARROWE R. T., LIDEN R. C., (1997), « Process and structure in leader-member Exchange », *Academy of Management Review*, N° 22, p. 522-552

Les développements récents sur le soutien organisationnel font ressortir un raffinement de l'évaluation des relations de soutien intégrant une évaluation du soutien à plusieurs niveaux. Récemment, THOMAS et al. (2005) ont évalué l'influence du soutien du supérieur hiérarchique N+1 et du supérieur hiérarchique N+2 sur l'implication organisationnelle. Ils montrent que le soutien des deux niveaux hiérarchiques influence positivement l'implication affective et que le soutien du supérieur N+1 favorise aussi l'implication normative.

Par conséquent, une approche multi-niveaux paraît justifiée par la distinction entre les attentes de l'entreprise et de ses représentants et les attentes des salariés.

L'intérêt d'une telle approche se situe dans la prise en compte des différentes interactions entre les agents organisationnels (collègues, supérieurs…). A ce titre, dans cette recherche, nous nous concentrons sur la relation de soutien social organisationnel à travers deux types d'échange social : le soutien social organisationnel du manager de proximité et le soutien social des membres des équipes de travail.

Le soutien social organisationnel est un champ conceptuel complexe. Nous avons mis en évidence dans cette section que les théoriciens de l'échange social appréhendent la relation d'emploi sous quatre prismes : le contrat psychologique, la justice organisationnelle perçue, le soutien organisationnel perçu et l'échange « leader-membre ». Ces quatre approches sont interdépendantes et caractérisent de nombreuses définitions et de nombreuses modélisations.

Le point commun de ces quatre approches est de considérer que la réciprocité dans l'échange crée un environnement favorable à la qualité de vie au travail. L'appropriation de l'environnement de travail par la personne au travers de la relation d'emploi et des relations interpersonnelles qu'elle tisse au sein de l'organisation lui permet de sentir attachée à un groupe social.

Comme le souligne THEVENET (2000), *« il est impossible d'impliquer les personnes, elles seules peuvent s'impliquer, pour des raisons qui sont les leur et selon des formes qui leur sont tout aussi personnelles »*. Le processus de construction des relations entre l'organisation, ses représentants et les employés est un axe fort du développement des recherches sur l'échange social. Dans cette perspective, de nombreux chercheurs s'attachent aujourd'hui à caractériser la nature des ressources échangées entre les différents agents organisationnels.

Il semble de plus en plus admis que l'engagement des entreprises en la faveur de la qualité de vie des salariés et au développement de relations de qualité soit un élément déclencheur et favorisant l'engagement des personnes. Ces pratiques nécessitent pour l'entreprise de se questionner sur ses salariés et donc de construire des schémas de compréhension complexes des attentes des salariés et de leurs évolutions. Ces évolutions concernent des mutations sociodémographiques, contextuelles et politiques mais englobent également des problématiques liées à l'individu lui-même.

La section suivante est consacrée à la justification de la prise en compte de l'individu et de son bien-être pour les entreprises soucieuses de mettre en place des programmes adéquats.
Dans cette section, notre objectif est de mettre en évidence qu'il n'existe pas de typologie de pratiques idéales parce que les pratiques de soutien social n'ont pas un caractère universel. **Les pratiques, les outils RH doivent tenir compte des attentes des salariés et la question qui se pose alors est celle de la contingence et de la convergence entre les attentes des différentes parties prenantes de l'entreprise.**

2.2 LE SOUTIEN ORGANISATIONNEL: L'IMPLICATION DE L'ORGANISATION ENVERS SES SALARIES

Nous avons mentionné dans la section précédente que le soutien organisationnel est un des quatre concepts rattachés à la théorie de l'échange social. Nous allons dans les sections suivantes définir le soutien organisationnel et plus précisément, nous focaliserons sur le soutien du supérieur hiérarchique.

2.2.1 *LE SOUTIEN ORGANISATIONNEL PERCU (SOP)*

Selon EISENBERGER et al. (1986), le développement de la perception du soutien organisationnel correspond à la tendance normale des individus à **personnifier leur organisation.**

La théorie du soutien organisationnel (EISENBERGER, CUMMINGS, ARMELI et LYNCH, 1997[193] ; EISENBERGER, HUNTINGTON, et SOWA, 1986) suggère que les employés développent une perception du degré de l'importance accordée par l'organisation à leurs contributions et leur bien-être.

Ce soutien serait également associé à l'assurance qu'une aide sera fournie par l'organisation au salarié, si nécessaire, pour gérer efficacement le travail en cas de situations stressantes (GEORGES et al., 1993[194]).

En plus de la démarche de conceptualisation de la perception du soutien organisationnel, EISENBERGER et al. (1986) se sont concentrés sur l'étude du lien entre la PSO et l'implication organisationnelle. Ces auteurs suggèrent que le soutien organisationnel est un concept d'implication : **l'implication de l'organisation envers ses salariés.**

2.2.1.1 Définition et mesure du SOP

En personnifiant leur relation à l'entreprise, les salariés construisent des perceptions relatives aux actions de cette dernière envers eux, qu'ils jugent favorables ou non.

Selon LEVINSON[195] (1965), cette personnification est encouragée par la responsabilité sociale, morale, légale et financière de l'organisation. Elle est aussi contingente aux valeurs, aux normes et aux pratiques véhiculées par l'employeur.

EISENBERGER et al. (1986) définissent la PSO comme *« la perception chez l'employé d'une implication de l'organisation envers lui, basée sur les croyances globales de l'employé concernant la manière par laquelle l'organisation valorise sa contribution et s'intéresse à son bien-être »*.

Ces auteurs mettent en évidence qu'une perception élevée du soutien de l'entreprise renforce l'implication affective, la loyauté et un sentiment d'obligation fort envers l'organisation. Ils s'inscrivent dans la filiation des théoriciens de l'échange social

[193] EISENBERGER R., CUMMINGS J., ARMELI S., LYNCH P.D., 1997, Perceived organizational support, discretionary treatment, and job satisfaction, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 82, 1997, p 812-820

[194] GEORGE J.M., REED T.F., BALLARD K.A., COLIN J., FIELDING J., (1993), « Contact with AIDS patients as source of work-relates distress : effects of organizational and social support », *Academy of Management Journal*, Vol. 36, p. 157-171

[195] LEVINSON H., (1965), « Reciprocation: The relationship between man and organization », *Administrative Science Quarterly*, Vol. 9, p. 370-390

(MARCH et SIMON, 1958 ; ETZIONI[196], 1961 ; LEVINSON, 1965 ; GOULD[197], 1979) selon lesquels la relation d'emploi est de nature conditionnelle. Cette relation caractériserait un échange de ressources tangibles et non tangibles entre l'organisation et ses salariés, impliquant des bénéfices pour les deux parties.

Nous l'avons évoqué en introduction, le soutien organisationnel englobe deux types de soutien (THOMAS et GANSTER, 1995). Celui de l'organisation d'abord, au travers des pratiques de fidélisation de ses salariés et celui du supérieur hiérarchique ensuite par les actions directes et quotidiennes qu'il peut exercer auprès ses collaborateurs. De ce point de vue, la perception du soutien du supérieur hiérarchique correspond au ressenti qu'un salarié a de la manière dont son supérieur valorise sa contribution (KOTTKE et SHARAFINSKI[198], 1988). Le soutien du supérieur hiérarchique bénéficie d'un soutien empirique important dans les recherches anglo-saxonnes (MASTERSON et al.[199], 2000)

Cette spécification est très proche de la définition du soutien organisationnel proposée par EISENBERGER et al. (1986). Toutefois**, la perception du soutien du supérieur hiérarchique se distingue de la perception du soutien organisationnel**. WAYNE, SHORE et LIDEN[200] (1997) ont d'ailleurs mis en évidence que ces deux construits se discriminent métrologiquement.

Dans cette perspective, RHOADES et EISENBERGER[201] (2002) ont montré dans leur méta-analyse, que la perception du soutien du supérieur hiérarchique construit en partie la PSO (avec les conditions de travail et la justice organisationnelle). D'autres antécédents ont été en évidence : les opportunités que l'entreprise propose pour développer les compétences de ses salariés (WAYNE, SHORE et LIDEN, 1997) et la reconnaissance

[196] ETZIONI A., (1961), A comparative analysis of complex organizations: On power, involvement and their correlates, New York, Free Press of Glencoe
[197] GOULD S., (1979), « An equity-exchange model of organizational involvement », *Academy of Management Journal*, Vol. 34, p. 53-62
[198] KOTTKE J.L., SHARAFINSKI C.E., (1988), « Measuring perceived supervisory support and organizationnal support », *Educational and Psychological Measurement*, Vol. 48, p. 1075-1079
[199] MASTERSON S. S., LEWIS K., GOLDMAN B. M., TAYLOR M. S., (2000), « Integrating justice and social exchange: The differing effects of fair procedures and treatment on work relationships », *Academy of Management Journal*, N° 43, p. 738-748
[200] WAYNE S. J., SHORE L.M., LIDEN R.C., (1997), « Perceived organizationnal support and leader-member exchange: a social exchange perspective », *Academy of Management Journal*, Vol. 40, p. 82-111
[201] RHOADES L., EISENBERGER R., (2002), « Perceived organizational support: A review of the Literature », *Journal of Applied Psychology*, N° 87, p. 698-714

organisationnelle perçue (WAYNE[202] et al., 2002). Le soutien organisationnel est un construit riche et centré sur la reconnaissance de la valeur et de la qualité de vie des salariés dans l'organisation.

GALINSKI[203] (1988) et RAY et MILLER[204] (1992) soulignent que le supérieur hiérarchique est l'acteur majeur de la construction de la perception du soutien organisationnel des salariés. D'une part parce qu'il représente « humainement » l'organisation et d'autre part, parce qu'il entretient une relation privilégiée facilitant l'expression d'un soutien émotionnel.

2.2.1.2 Les principaux déterminants et effets de la perception du soutien organisationnel

BRINBERG et CASTELL[205] (1982) suggèrent que « *la paie, le rang, l'enrichissement au travail et l'influence des politiques organisationnelles affecteront les perceptions du soutien organisationnel dans la mesure où elles signifient une évaluation positive du salarié par l'organisation* ».

Plus récemment, RHOADES et EISENBERGER (2002) ont mis en évidence trois antécédents de la perception du soutien organisationnel :

- **La justice procédurale** : concerne la perception de justice en regard des règles et des procédures d'allocation de ressources par l'organisation (GREENBERG[206], 1990).
- **Le soutien du supérieur**: les salariés construisent en partie leur perception du soutien organisationnel en fonction de l'évaluation qu'ils ont de leur supérieur.

[202] WAYNE S. J., SHORE L. M., BOMMER W. H., TETRICK L. E., (2002), « The role of fair treatment and rewards in perceptions of organizational support and leader–member exchange », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 87, p. 590–598
[203] GALINSKI E. (1988),
[204] RAY E.B., MILLER K.I., (1994), « Social Support, Home/Work Stress and Burnout: Who Can Help ? », *Journal of Applied Behavioral Science*, Vol. 30, N° 3
[205] BRINBERG D., CASTELL P., (1982), « A resource exchange approach to interpersonal attraction attractions: A test of Foa's theory », *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 43, p. 260-269
[206] GREENBERG J., (1990), « Organizational justice: Yesterday, today and tomorrow », *Journal of Management*, Vol.16, p. 399-432

- **Les conditions de travail et les avantages proposés par l'organisation** : SHORE et SHORE[207] (1995) ont montré que les pratiques de gestion des ressources humaines doivent influencer positivement la perception du soutien organisationnel. Elles englobent la politique de rémunération et la justice distributive (GREENBERG, 1990), la reconnaissance perçue, la sécurité de l'emploi (ALLEN, SHORE et GRIFFETH[208], 1999), l'autonomie (EISENBERGER, RHOADES et CAMERON[209], 1999), les exigences du travail (charge quantitative de travail et tensions de rôle), la formation (WAYNE et al., 1997) et la taille de l'organisation (DEKKER et BARLING[210], 1995).

RHOADES et EISENBERGER (2002) ont indiqué que le soutien du supérieur hiérarchique est la variable qui influence le plus significativement la construction de la perception du soutien organisationnel.

Concernant les effets de ce soutien sur les comportements de salariés, c'est parce qu'il permet de consolider l'échange social par l'exercice de la norme de réciprocité que le SOP est lié aux variables d'engagement et à l'intention de départ. De nombreux chercheurs se sont attachés à étudier ces liens (EISENBERGER et al.[211] 1990 ; SHORE et TETRICK[212], 1991; SHORE et WAYNE[213], 1993, GUZZO et al.[214], 1994 ; HUTCHINSON, 1997 ;EISENBERGER et al.[215], 2001).

[207] SHORE L.M, SHORE T.H., (1995), *Perceived organizational support and organizational justice,* In, *Organizational politics, justice and support :managing the social climate of the workplace,* CROPANZANO R.S., KACMAR K.M., Wesport, CT, Quorum

[208] ALLEN D., SHORE L., GRIFFETH R., (1999), *A model of perceived organizational support.*, Unpublished Manuscript, University of Memphis and Georgia State University, Memphis

[209] EISENBERGER R., RHOADES L., CAMERON J. (1999), "Does pay for performance increase or decrease perceived self-determination and intrinsic motivation", *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 77, p 1026-1040.

[210] DEKKER I., BARLING J., (1995), « Workfoce size and work related role stress », *Work and Stress*, Vol. 9, p. 45-54

[211] EISENBERGER R., FASOLO P., DAVIS-LAMASTRO V., (1990), « Perceived organizational support and employee diligence, commitment and innovation », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 75, p. 51-59

[212] SHORE L., TETRICK L., (1991), « A Construct Validity Study of the Survey of Perceived Organizational Support », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 76, N°5, p. 637-643

[213] SHORE L. M., WAYNE S.J. (1993), "Commitment and employee behaviour : Comparison of affective commitment and continuance commitment with perceived organization support", *Journal of Applied Psychology*, 78 (5), 774-780

[214] GUZZO R., NOONAN K., ELRON E., (1994), « Expatriate managers and the psychological Contract », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 79, p. 617-626

[215] EISENBERGER R., ARMELI S., REXWINKEL B., LYNCH P., RHOADES L. (2001), « Reciprocation of perceived organisational support", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 86, p. 42–51

La recherche longitudinale de RHOADES, EISENBERGER et ARMELI[216] (2001) soutient l'ensemble de ces travaux.

Dans leur méta analyse, RHOADES et EISENBERGER (2002) font ressortir que le SOP influence significativement et positivement l'implication affective, la satisfaction au travail, la bonne humeur au travail, le désir de rester dans l'organisation. Ces auteurs montrent aussi que le SOP influence significativement et négativement l'intention de quitter et plus modérément et positivement la performance, l'implication calculée et le turnover.

2.2.1.3 Le rôle des supérieurs hiérarchiques dans la construction de la perception du soutien organisationnel

Le soutien organisationnel peut être apporté par les supérieurs hiérarchiques ou par les collègues (LOUIS et al.[217], 1983). Toutefois, à notre connaissance, le soutien des collègues est moins investigué.

RHOADES et EISENBERGER (2002) indiquent que le soutien du supérieur hiérarchique est une variable essentielle. D'ailleurs, les développements récents des travaux sur le soutien organisationnel se concentrent sur l'étude des relations que les cadres de proximité entretiennent avec leurs collaborateurs.

Le manager de proximité occupe une place importante pour créer un cadre favorable à la mobilisation de ses collaborateurs. Il est le garant du climat organisationnel de ses équipes et à ce titre, il a rôle crucial à jouer dans le processus de socialisation organisationnelle de ses dernières. Selon les auteurs qui souscrivent à ce courant de recherche, le manager de proximité influence la **performance individuelle** de ses collaborateurs puisqu'il a le pouvoir d'induire ou de faciliter l'induction de comportements que l'organisation valorise ou attend de ses salariés.

Ces approches sont avant tout normatives. D'ailleurs un des développements récents sur le soutien organisationnel s'inscrit dans les modèles intégrateurs de l'implication et la performance (MEYER *et al*[218]*.,* 2004)

[216] RHOADES L., EISENBERGER R., ARMELI S., (2001), « Affective commitment to the organization : The contribution of perceived organizational support », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 86, p. 825–836

[217] LOUIS M.R., POSNER B.Z , POWELL. G.N., (1983), « The availability and helpfulness of socialization practices », *Personnel Psychology*, Vol. 36, p. 857-866

[218] MEYER J.P., BECKER T.H., VANDENBERGHE C., (2004), « Employee commitment and motivation : an conceptual analysis and integrative model », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 89, N° 6, p. 991-1007

Notons que pour les théoriciens du soutien organisationnel, la définition du soutien organisationnel et du soutien du supérieur hiérarchique est la même. Par conséquent, l'opérationnalisation est la même pour les deux facette du soutien. Cette approche est une entrée pour étudier la qualité des relations interpersonnelles au travail.

2.2.2 *LE « LEADER-MEMBER- EXCHANGE » ET LE « TEAM-MEMBER EXCHANGE » (LMX ET TMX)*

La relation entre les managers et les membres de l'organisation (ou employé) a été conceptualisée par les anglo-saxons sous le terme « leader-member exchange » ou « échange leader-membre » (DIENISH et LIDEN[219], 1986). La théorie de l'ELM suggère que les leaders construisent des relations et des échanges qualitativement différents avec leurs subordonnés (DANSEREAU, GRAEN et HAGA[220], 1975 ; LIDEN et GRAEN[221], 1980 ; GRAEN, NOVAK et SOMMERKAMP[222], 1982). Comme la théorie du soutien organisationnel, la théorie de l'ELM trouve son fondement dans la théorie de l'échange social. Plus spécifiquement, les relations entre les leaders et les membres de l'organisation sont basées à la fois sur des transactions contractuelles et sur des échanges de ressources non spécifiées qui dépassent le cadre formel de ces relations (LIDEN et GRAEN, 1980).

2.2.2.1 Définition de l'ELM et de EEM (« échange leader-membre » et « échange équipe-membre »)

Le LMX est caractérisé par GRAEN et SCANDURA[223] (1987) comme « *l'intensité de la relation entre un leader et un employé* ». Les recherches sur le LMX traitent de l'aspect

[219] DIENISH R.M., LIDEN R.C., (1986), « Leader-member exchange model of leadership : a critique and further development », *Academy of Management Review*, Vol. 11, p. 618-634
[220] DANSEREAU F., GRAEN G., HAGA W., (1975), « A vertical dyad approach to leadership wtihin formal organizations », *Organizational Behaviour and Human Performance*, Vol. 13, p. 46-78
[221] LIDEN R.C., GRAEN G., (1980), « Generalizability of the vertical dyad linkage model of leadership », *Academy of Management Journal*, Vol. 23, p. 451-465
[222] GRAEN G., NOVAK M.A., SOMMERKAMP P., (1982), « The effects of leader-member exchange and job design on productivity and satisfaction : testing a dual attachment model », *Organizational Behavior and Human Performance*, Vol. 30, p. 109-131
[223] GRAEN G., SCANDURA T.A., (1987), « Toward a psychology of dyadic organizing », *Research in Organizational Behavior*, Vol. 9, p. 175-208

qualitatif de la relation, basé sur un échange social dans lequel « *chaque partie doit offrir quelque chose que l'autre partie considère comme étant de valeur et chaque partie doit considérer l'échange comme équitable ou juste* » (GRAEN et SCNADURA, 1987). Dans cette perspective, la relation entre un employé et son supérieur hiérarchique est basée sur la notion de « don/contre don ». La qualité de cette relation est par essence conditionnelle et trouve son fondement dans la réciprocité et la confiance entre les deux parties (DIENISH et LIDEN, 1986).

Selon WAYNE, SHORE et LIDEN[224] (1997) « *le leader se sent l'obligation de s'engager dans des comportements qui sont favorables à l'employé* » et réciproquement, l'employé s'engage dans son travail et mobilise des comportements positifs pour le leader et l'organisation, qui vont au-delà des exigences formelles. Ainsi, l'ELM influencerait significativement et positivement la performance au travail et l'implication organisationnelle (SCANDURA et GRAEN[225], 1984 ; DIENISH et LIDEN, 1986 ; BAUER et al.[226], 2006).

Plus récemment se sont développées des approches intégrant l'échange entre employés « Team Member Exchange ». Le TMX et le LMX sont définis comme une « *relation réciproque entre un salarié et son supérieur hiérarchique et/ou un collègue de l'équipe de travail, dans laquelle chaque partie peut offrir à l'autre des ressources* » (SEERS et al.[227], 1995, COLE et al.[228], 2002).

La définition de l échange entre les membres des équipe est semblable à celle du LMX. Elle caractérise l'intensité des relations développées et entretenues entre les membres des équipes.

[224] WAYNE S.J., SHORE L.M., LIDEN R.C. (1997), "Perceived organizational support and leader-member exchange: A social exchange perspective", *Academy of Management Journal*,Vol. 40, p. 82-111

[225] SCANDURA T.A., GRAEN G.B., (1984), « Moderating effects of initial leader-member exchange status on the effects of leadership intervention », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 69, p. 428-436

[226] BAUER T.N., ERDOGAN B., LIDEN R.C., WAYNE S.J., (2006), « A Longitudinal Study of the Moderating Role of Extraversion: Leader-Member Exchange, Performance and Turnover During New Executive Development », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 91, p. 298-310

[227]SEERS A., Petty M.M., CASHMAN J.F., (1995), « Team-member exchange under Team and traditionnal management, a naturally occurring quasi-experiment », *Group and Organization Management*, Vol. 20, p. 18-38

[228] COLE M. S., SCHANINGER Jr., WILLIAM S., HARRIS S. G., (2002), « The Workplace Social Exchange Network: A Multilevel Conceptual Examination », *Group & Organization Management*, Vol. 27, p. 142-167

2.2.2.2 Mise en perspective des travaux sur la relation entre les managers de proximité et les collaborateurs dans la théorie de l'échange social

Le rapprochement de cette description de l'échange entre les leaders et les membres de l'organisation et de la définition du soutien social proposée par DEELSTRA et al.[229] (2003) nous semble intéressante: «*des actions d'autrui qui sont utiles ou qui ont vocation à l'être pour celui qui a besoin d'aide* ».

Il met en lumière trois points importants. Premièrement, les travaux sur le LMX et le TMX mettent l'accent sur la notion de réciprocité de telle sorte que chaque partie est à la fois fournisseur et receveur de ressources, alors que DEELSTRA et al. proposent une vision unidirectionnelle de la relation de soutien du point de vue de celui qui le reçoit.

Deuxièmement, DEELSTRA et al. traitent de l'utilité des ressources, soulignant que les caractéristiques de la situation et des individus étudiés sont contingentes aux comportements de soutien attendus.

Troisièmement, sur la base de l'approche du LMX/TMX, il semble que l'intensité perçue d'une relation soit basée sur la nature des ressources échangées.

La mise en perspective des travaux d'EISENBERGER et al. (1986[230], 2002[231]), de ceux de COLE et al. (2002) et de ceux de DEELSTRA et al. (2003) nous font cheminer vers trois points que nous souhaitons approfondir :

- Nous souhaitons étudier la qualité des relations qu'entretiennent l'organisation, ses représentants et les salariés, sous l'angle du soutien social en étudiant sa nature.
- Tous les salariés sont à la fois receveurs et fournisseurs potentiels de soutien. Pour mettre des comportements de soutien efficaces en pratique, l'individu doit reconnaître l'existence d'un besoin chez l'autre. Pour bénéficier d'un soutien

[229] DEELSTRA J.T., PEETERS M.C.W., SCHAUFELI W.B., STROEBE W., ZIJLSTRA F.R.H., VAN DOORNEN L.P., (2003), « Receiving instrumental support at work: when help is not welcome », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 88, p. 324-331

[230] EISENBERGER R., FASOLO P., DAVIS-LAMASTRO V., (1990), « Perceived organizational support and employee diligence, commitment and innovation », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 75, p. 51-59

[231] EISENBERGER R., STINGLHAMBER F., VANDERBERGHE C., SUCHARSKI I.L., RHOADES L., (2002), « Perceived supervisor support : Contributions to perceived organizational support and employee retention », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 87, p. 565-573

efficace, l'individu doit aussi pouvoir exprimer ses attentes. Il semble donc important de distinguer le soutien voulu et le soutien attendu. Pour enrichir ce point, nous présentons les travaux fondateurs sur le soutien social en troisième section.

- La congruence entre les comportements de soutien et les besoins exprimés est contingente aux spécificités de la situation et des individus étudiés. De ce point de vue, les travaux consacrés à la spécification et aux effets du soutien social sur le stress professionnel sont riches.

2.3 LE SOUTIEN SOCIAL : EVOLUTIONS CONCEPTUELLES ET DEFINITIONS

Depuis le début des années 1970, un intérêt croissant de la recherche en psychologie sociale et en psychologie de la santé est attribué à l'étude du concept de soutien social.

La rédaction de cette section sur le soutien social nous amène à prêter attention l'étude des relations sociales et des bénéfices qui leur sont associées pour les individus (VAUX[232], 1988). Le soutien social est un facteur significatif en santé physique et mentale (BOZZINI et TESSIER[233], 1985).

D'emblée, il faut remarquer les difficultés constatées par les différents chercheurs concernant d'une part, la définition conceptuelle du soutien social (DUCHARME, STEVENS, ROWAT, 1994[234], BARRERA, 1983[235], HEITZMANN, KAPLAN, 1988[236], O'REILLY P., 1988[237]) et d'autre part, concernant les limites relatives aux instruments pour le mesurer (HEITZMANN ET KAPLAN, 1988; WINEMILLER ET AL.[238], 1993).

[232] VAUX A., (1988), *Social Support: Theory, Research and Intervention*, New York, Praeger
[233] BOZZINI L., TESSIER R., (1985), *Support social et santé*, In, *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie,* DUFRESNE J., DUMONT F., MARTIN Y., Québec : Presses de l'Université du Québec, Lyon : Presses universitaires de Lyon
[234] DUCHARME F., STEVENS B., ROWAT K., (1994), « Social support : conceptual and methodological issues for research in mental health nursing », *Issues in Mental Health Nursing*, N° 15, p. 373-392
[235] BARRERA M., (1986), « Distinctions between social support concepts, measures and models », *American Journal of Community Psychology*, N° 4, p. 413-445
[236] HEITZMANN C.A., KAPLAN R., (1988), « Assessment of Methods for measuring Social Support », *Health Psychology*, Vol. 7, N°1, p. 75-109
[237] O'REILLY C., (1988), « Methodological issues in social support and social network research », *Social Science and Medecine*, Vol. 26, N° 8, p. 863-873
[238] WINEMILLER D.R., MITCHELL M.E., SUTLIFF J., CLINE D.J., (1993), « Measurement Strategies in Social Support: A Descriptive Review of the Literature », *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 49, N° 5, p. 638-648

La difficulté pour conceptualiser le soutien social entraîne des problèmes dans l'opérationnalisation du construit. Il en résulte l'existence de nombreux outils de mesure. Ces outils sont souvent construits par les chercheurs dans le but de répondre aux besoins spécifiques de leur objet de recherche. La multidimensionnalité du concept et l'influence des facteurs contextuels et situationnels caractériseraient trois angles d'étude du soutien :

- (1) une approche structurale basée sur l'étude du « réseau social » de l'individu et/ou son degré d'intégration social.

- (2) une approche fonctionnelle basée sur l'étude des comportements de soutien fournis et/ou reçus,

- (3) une approche perceptuelle basée sur l'évaluation de la disponibilité et de la satisfaction par rapport au soutien reçu.

En 1985, COHEN et SYME[239] évoquaient la difficulté à étudier la littérature sur le soutien social «*sachant qu'il existe presque autant de mesures du soutien social que d'études*». HUPCEY[240] (1998) suggère que les définitions sur le soutien social se sont complexifiées depuis le début des années 1980 : étude de la quantité de relations entretenues entre l'individu et son environnement, degré d'intégration des personnes dans un réseau social, qualité perçue du soutien reçu, caractéristiques individuelles et/ou comportementales des individus « fournisseurs » et des individus « receveurs de soutien », caractéristiques de la relation d'échange social.

Ces auteurs ont mis en évidence l'importance pour les chercheurs, d'adopter une mesure qui soit en adéquation avec la définition retenue par ces derniers. L'objectif de ce chapitre est de présenter les définitions qui nous permettront dans la deuxième partie de la thèse de préciser la définition que nous retiendrons.

Récemment, COHEN et al.[241] (2000) ont mis en évidence une typologie intégrant trois paradigmes fondateurs des définitions du soutien social : l'approche sociologique,

[239] COHEN S., SYME S.L., (1985), *Social Support & Health*, London, Academic Press
[240] HUPCEY J.E., (1998), « Clarifying the social support theory-research linkage », *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 27, p. 1231-1241
[241] COHEN S., GOTTLIEB B., UNDERWOOD L., (2000), *Social relationships and health*, In, *Measuring and intervening in social support*, COHEN S., UNDERWOOD L., GOTTLIEB B., New York, Oxford University Press

l'approche cognitive, l'approche des processus interpersonnels. C'est sur la base de cette typographie que nous étudions les évolutions de la conceptualisation du soutien social.

Nous présentons une synthèse des auteurs marquants dans l'évolution de la conceptualisation du soutien social sur la base de trois des quatre paradigmes recensés par COHEN et al. (2000) et les dimensions du soutien distinguées dans la revue de littérature proposée par HUPCEY (1998) :

PARADIGMES	CARACTERISTIQUES	AUTEURS
APPROCHE SOCIOLOGIQUE	Etude du degré d'intégration sociale Etude de la structure du réseau social	WEISS, 1974; LIN et al. (1979); THOITS (1982)
APPROCHE COGNITIVE	Intégration sociale Le soutien aide l'individu à se protéger contre les effets négatifs des événements générateurs de stress.	CAPLAN (1974); CASSEL (1974, 1976); COBB (1976)
APPROCHE PAR LES PROCESSUS INTERPERSONNELS	Types de comportements d'aide "fournis" Intentions de comportements d'aide des "fournisseurs"	COBB (1976); COHEN et al. (1985); THOITS (1985); SHUMAKER et BROWNELL (1984)
	Perception du soutien par les "receveurs"	PROCIDANO et HELLER (1983); TILDEN et al. (1990)

Tableau 1 : Les trois paradigmes dans la conceptualisation du soutien social (d'après COHEN et al., 2000 ; HUPCEY, 1995)

2.3.1 *TROIS APPROCHES DU SOUTIEN SOCIAL*

2.3.1.1 L'approche sociologique du soutien social

La revue de littérature fait ressortir deux concepts dans cette approche : le réseau social *(social networks)* (VAUX et al., 1986 ; PIERCE et al., 1997) et l'intégration sociale *(social integration ou social embeddedness)* (BARRERA, 1981).

D'après BRISSETTE et al.[242] (2000 ; repris par HARTMANN[243], 2007), l'étude du réseau social englobe la mesure de l'intégration sociale. La notion de réseau est déterminée par le nombre de liens établis entre l'individu et son entourage. De fait, l'étude du réseau social est dépendante de l'étude de l'intégration sociale caractérisée

[242] BRISSETTE I., COHEN S., SEEMAN T.E., (2000), *Measuring social integration and social networks,* In, *Measuring and intervening in social support*, COHEN S., UNDERWOOD L., GOTTLIEB B., New York, Oxford University Press

[243] HARTMANN A., (2007), *Etude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur« accompagnant-référent*, Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Rennes 2, Rennes

comme « *la base objective en termes de nombre de personnes ou de soutien potentiel offert à un individu, compte tenu dans son environnement* ».

L'intégration sociale est un construit bi-dimensionnel. La première dimension est comportementale et se réfère à l'engagement d'un individu dans des relations sociales. La deuxième dimension est cognitive et concerne « *le sens de la communauté et l'identification à un rôle social* » Cette deuxième dimension de l'intégration social construirait la « *perception subjective d'intégration relative au sentiment d'appartenance, d'obligation mutuelle, et d'intimité* » (SCHWARTZER, KNOLL et RIECKMANN[244], 2003).

Le sens de la communauté de travail et l'identification au rôle professionnel influencent-ils le sentiment d'appartenance à un groupe professionnel, d'obligation mutuelle et d'intimité? C'est en partie ce que les théoriciens du soutien organisationnel (EISENBERGER et al., 1986) ont montré en étudiant le lien entre la perception du soutien organisationnel et l'implication organisationnelle.

THOITS[245] (1982) suggère que l'identité dépend des positions sociales ou des rôles occupés par les individus dans un contexte social. Dans cette approche interactionniste, l'identité construite par les rôles sociaux et le sentiment d'être intégré socialement influenceraient directement la santé et le bien-être. Ces premières conceptualisations du soutien social traitent des caractéristiques de structure du réseau social.

En parallèle, BARRERA[246] (1981) souligne l'importance de distinguer la notion de « réseau social » et de la notion de « réseau de soutien », en considérant que toutes les relations sociales d'un individu ne sont pas utiles et/ou n'ont pas vocation à l'être lorsque ce dernier éprouve des difficultés. Dans le prolongement des recherches menées par BARRERA, VAUX[247] (1988) définit le « réseau de soutien » comme un sous-ensemble du « réseau social ». Le réseau de soutien d'un individu englobe les personnes

[244] SCHWARTZER R., KNOL N., REICKMAN N., (2003), *Social support,* In, *Introduction to health psychology*, KAPTEIN A., WEINMAN J.,Oxford, England: Blackwell
[245] THOITS P.A., (1982), « Life stress, social support and psychological vulnerability: epidemiological considerations », *Journal of Community Psychology*, Vol. 10, p. 341-362
[246] BARRERA M.J., (1981), *Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues*, In, *Social networks and social support*, GOTTLIEB B., p. 69-96, Beverly Hills, Sage Editions
[247] VAUX A., (1988), *Social Support: Theory, Research and Intervention*, New York, Praeger

susceptibles d'aider la personne en dans les moments difficiles. Les caractéristiques du réseau sont déterminées par les sources du soutien social (au travail, hors travail), la nature des ressources échangées (émotionnel vs. instrumental) et la disponibilité des sources et des ressources.

2.3.1.2 L'approche cognitive du soutien social

L'approche cognitive est marquée par les travaux fondateurs des effets du soutien social sur le processus général de la santé. Les travaux fondateurs de CAPLAN[248] (1974), CASSEL (1974[249] ; 1976[250]) et COBB[251] (1976) sont à l'origine du succès du concept.

Pour CASSEL (1974, 1976), épidémiologiste, les processus psychosociaux influencent la santé. Cette hypothèse caractérise le soutien social comme une variable importante dans la régulation des désordres dus au stress. CASSEL (1976) précise que le soutien implique des rapports intimes entre l'individu et les personnes de son entourage, qu'il va prioritairement solliciter.

Le « système de soutien » *(support system)* est caractérisé par CAPLAN (1974) qui place la réciprocité et la temporalité des relations sociales au cœur de sa définition. Dans cette perspective, le système de soutien n'est plus limité aux personnes « en relation intime » avec l'individu (famille et amis) et il s'étend aux différents groupes sociaux (voisinage…) auquel s'identifie ce dernier. CAPLAN décrit l'importance de système de support informel pour le bien-être des individus et pour faire face aux périodes de crise.

En parallèle des deux recherches précitées, COBB (1976) propose une des premières définition du soutien social : « *une information signifiant à l'individu qu'il est aimé, a de la valeur, est estimé et appartient à un réseau de communication et d'obligations mutuelles* ». Au sens de COBB, le soutien social symbolise la perception de se sentir estimé par les membres des différents réseaux sociaux auxquels l'individu appartient. Ce

[248] CAPLAN G., (1974), *Support systems and community mental health*, New York, Behavioral Publications, p. 1-40
[249] CASSEL J., (1974), « Psychosocial processes and "stress": Theoretical formulations », *International Journal of Health Services*, Vol. 4, p. 471-482
[250] CASSEL J.C., (1976), « The contribution of the social environment to host resistances », *American Journal of Epidemiology*, Vol. 104, p. 107-123
[251] COBB S., (1976), « Social support as a moderator of life stress », *Psychosomatic Medicine*, Vol. 38, p. 300-314

soutien permettrait l'accomplissement des besoins sociaux et la protection de l'individu contre les événements générateurs de stress. L'hypothèse sous-jacente de COBB concerne l'effet modérateur du soutien social *(« stress-buffer »).*

Les travaux de CAPLAN, CASSEL et COBB ont en commun de considérer le soutien social comme un élément déterminant dans les stratégies de coping et d'adaptation de l'individu à son environnement. D'après ces auteurs, le soutien social influencerait significativement la qualité de vie et la santé des individus. Toutefois, si ces travaux traitent des ressources échangées dans la relation d'échange social, ils intègrent peu la nature de ces ressources dans la définition du soutien.

Des approches polarisées sur l'intégration / l'isolement des individus, les chercheurs se sont peu à peu orientés vers l'étude des processus interpersonnels. Depuis les années 1980, les chercheurs s'intéressent à la nature des comportements de soutien (COHEN et al.[252], 1985), aux intentions de comportements des « fournisseurs » de soutien (THOITS[253], 1985) et à la perception du soutien reçu du point de vue des « receveurs » (PROCIDANO et HELLER[254], 1983).

2.3.1.3 L'approche du soutien social par les processus interpersonnels

Les chercheurs souscrivant à ce courant de recherche étudient le réseau de soutien et la nature des ressources mobilisées dans la relation d'échange social entre un « receveur » et un « fournisseur » de soutien.

Ces chercheurs conviennent de la **multidimensionnalité** du soutien social (BARRERA, 1981 VAUX ET AL.[255], 1986 ; PIERCE ET AL.[256], 1996).

---

[252] COHEN S., MERMELSTEIN R., KARMARCK T., HOBERMAN H.M., (1985), *Measuring the functional components of social support,* In, *Social Support: Theory, Research and Application,* SARASON I.G., SARASON B.R., p. 73–94, Boston, Nijhoff

[253] THOITS P.A., (1985), Social *support and psychological well-being: theoretical possibilities,* In, *Social Support: Theory, Research and Application*, SARASON I.G., SARASON B.R., p. 51–72, Boston, Nijhoff

[254] PROCIDANO M.E., HELLER K., (1983), « Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies », *American Journal of Community Psychology*, Vol. 11, p. 1–24

[255]VAUX A., PHILLIPS J., HOLLY L., THOMSON B., WILLIAMS D., STEWART D., (1986), « The Social Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of Reliability and Validity », *American Journal of Community Psychology*, Vol. 14, p. 195-219

[256] PIERCE G.R., SARASON I.G., SARASON B.R., (1996), *Coping and Social Support,* Dans, *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications,* ZEIDER M., ENDLER N.S., p. 434-451, New York, John Wiley & Sons

Dans cette perspective, le concept peut être étudié en terme de (1) « **réseau social** » (avoir un réseau de personne sur lesquelles on peut compter en cas de besoin), en terme de (2) **comportements de soutien** (réconforter une personne en détresse, donner des conseils ou de l'information, partager des tâches…) et/ou (3) du point de vue **de l'évaluation de l'individu** (« fournisseur de soutien » : intentions de comportements, comportements fournis ; « receveur de soutien » : évaluation de la personne sur la qualité de ses relations de soutien, degré de satisfaction par rapport à l'aide apportée par les membres du réseau de soutien).

COHEN[257] (1992, cité par HUPCEY, 1995) plaide en la faveur d'une **conjugaison des trois dimensions** (structurelle, fonctionnelle et perceptuelle) dans les recherches intégrant le concept de soutien social.

Dans cette perspective multidimensionnelle du concept, COHEN et SYME[258] (1985, cités par HUPCEY, 1995) suggèrent que le soutien devrait être étudié en tenant compte de trois interrogations : **est-il attendu ? Est-il accepté ? Est-il reçu ?**

Ces auteurs identifient plusieurs aspects significatifs dans la conceptualisation du soutien social: l'adéquation entre **les comportement de soutien mobilisés par les « fournisseurs » et les comportements de soutien attendus par les « receveurs »**, la **temporalité** dans l'échange (moments appropriés pour mobiliser certains types de soutien), la comparaison des **perceptions des comportements** soutien mobilisés du point de vue des « receveurs » et du point de vue des « fournisseurs », **les caractéristiques individuelles et comportementales** des acteurs de l'échange social, les **aspects négatifs de la relation so**ciale et la non réciprocité dans l'échange.

Le caractère multidimensionnel du soutien social en fait un concept riche et complexe, qui exige de la part des chercheurs l'utilisation de définitions précises.

2.3.2 *LA TRIDIMENSIONNALITE DU SOUTIEN SOCIAL*

Les courants de recherche étudiés dans la section précédente sont des bases théoriques pour préciser les différentes définitions du soutien social. Dans cette perspective, il existe plusieurs définitions du soutien social qui sont contingentes au positionnement théorique

[257] COHEN S., (1992), *Stress, social support and disorder*, In, *The Meaning and Measurement of Social Support*, VEIEL H.O.F., BAUMANN U., p. 109-124, New York, Hemisphere
[258] COHEN S., SYME S.L., (1985), *Issues in the study and application of social support,* In, *Social Support and Health*, COHEN S., SYME S.L., p. 3-22, Orlando, Florida, Academic Press

du chercheur. Ce dernier se positionne en fonction de la délimitation de son objet de recherche. Qu'il s'agisse de décrire la nature des ressources échangées dans la relation d'échange social ou de comprendre leurs effets sur la qualité de vie, la conceptualisation et la mesure du soutien social dépendent de l'orientation retenue par le chercheur par rapport à son objet.

Les sociologues et les épidémiologistes abordent peu la nature du «soutien » apporté par l'entourage de l'individu dans la relation d'échange. Cela peut s'expliquer par le fait que ces chercheurs postulent que les interactions sociales sont par essence bénéfiques pour l'individu. Ces approches conceptualisent quantitativement et mesurent le soutien social par les concepts d'intégration sociale et de réseau social. THOITS (1983) a mis en évidence que ces aspects « quantitatifs » s'articulent autour de construits psychologiques subjectifs conceptualisés par l'estime de soi, la reconnaissance, et le sentiment d'attachement à un groupe social.

2.3.2.1 Le réseau de soutien social

Le réseau social défini par BARRERA (1981) concerne *« le nombre de relations sociales qu'un individu a établies avec autrui, la fréquence des contacts sociaux effectifs avec ces personnes et l'intensité de ces liens* ».

Selon BRUCHON-SCHWEITZER (2002), cette dimension structurale décrit le degré relatif d'intégration sociale ou d'isolement d'un individu. Si l'existence de lien avec autrui constitue le point de départ pour recevoir du soutien, cela ne signifie pas pour autant que la relation entre un « fournisseur » et un « receveur » de soutien soit bénéfique.

Les sources du soutien, le réseau social et l'intégration sociale sont les facteurs explicatifs du réseau de soutien social.

Deux sources de soutien social sont appréhendées par les chercheurs (STREETER et FRANKLIN, 1992). Les **sources informelles** de soutien font référence aux parents, aux conjoints, aux amis alors que les sources de **soutien «formelles »** déterminent les professionnels de l'aide, les médecins, les associations etc.

VAUX (1988) reprend les travaux de WEISS (1974) sur les cinq types de soutien étudiés par les chercheurs :

DIMENSIONS	DESCRIPTION	TYPE DE RELATION
Attachement	Sens de la sécurité et du confort	Marital et/ou affectif
Intégration sociale	Partage de l'interprétation des expériences et opportunités pour se rendre des services	Réseau de personnes ayant des intérêts communs
Réassurance sur la valeur	Assurance de sa compétence dans un rôle social	Collègues du milieu professionnel, membres de la famille
Lien d'alliance, de parenté	Assitance, même en l'absence d'affection mutuelle	La parenté, les parents
L'orientation	Pertinent en cas de situation stressante : soutien émotionnel et aide pour résoudre les problèmes	Personnes de confiance et respectées

Tableau 2 : La nature du soutien en fonction des sources (selon WEISS, 1974)

Ces auteurs mettent en évidence que la nature des comportements de soutien dépend de la source de soutien et que **les sources de soutien informelles sont les plus étudiées**.

L'analyse du réseau social *(social networks* ou *support social system)* permet de mesurer l'intégration sociale (BRISSETTE et al. ,2000). Le réseau se réfère aux liens entre les individus d'un groupe social.

De ce fait, le réseau social et l'intégration sociale sont dépendants. Ils caractérisent le nombre de personnes disponibles dans le réseau de soutien d'un individu, et qui peuvent potentiellement lui fournir de l'aide.

La taille du réseau, la quantité des relations établies avec autrui et le degré d'intégration ont été largement étudiés par les chercheurs. COHEN et WILLS[259] (1985) ont montré que le réseau social ne constitue pas un facteur significatif dans l'explication des effets du soutien social sur le stress et ses conséquences sur la santé.

Selon les mêmes auteurs, la densité du réseau explique l'intégration sociale. L'identité sociale et de la circulation des ressources entre les membres du réseau ne déterminent pas pour autant la qualité des relations établies avec autrui. COHEN et WILLS (1985) qualifient la relation « receveur/fournisseur » d'intime, c'est-à-dire que le receveur, en se confiant à un proche, se protège contre les effets négatifs d'un événement éprouvant.

[259] COHEN S., WILLS T.A. (1985), « Stress, social support and the buffering hypothesis », *Psychological Bulletin*, N° 98, p. 310-357

Cette présentation des aspects structurels du soutien social met en évidence l'importance de définir la nature des ressources échangées entre les individus.

2.3.2.2 Le soutien reçu et le soutien social au travail

La revue de littérature fait ressortir deux types d'aide : l'aide *tangible* (matérielle, informationnelle) et d'aide *intangible* (émotionnelle).

RODRIGUEZ et al. (1998) caractérisent trois types de soutien social. Ces auteurs distinguent un soutien d'information, un soutien instrumental et le soutien émotionnel englobe à la fois la manifestation d'affects positifs et la manifestation d'estime «*Le soutien* ***informationnel****, qui réfère à l'apport d'informations pertinentes destinées à aider l'individu à faire face avec les difficultés usuelles et qui prennent habituellement la forme de recommandations ou conseils pour gérer un problème ; le soutien* ***instrumental****, qui implique la possibilité d'une aide matérielle, par exemple, une assistance financière ou une aide pour les tâches de la vie quotidienne ; le* ***soutien émotionnel****, qui implique l'expression d'empathie, l'idée de « prendre soin », la réassurance et la confiance, et qui permet l'expression de l'émotion et la décharge émotionnelle* ».

Classiquement, les chercheurs se réfèrent à la définition de HOUSE (1981)° « *Une transaction interpersonnelle impliquant une ou plusieurs des dimensions suivantes (1) de l'intérêt émotionnel (amour, amitié, empathie), (2) une aide instrumentale ou matérielle (biens ou services), (3) une information (concernant l'environnement) ou (4) de l'estime (information concernant l'estime de soi)* ». HOUSE est le premier chercheur à avoir proposé une typologie du soutien social au travail.

Le soutien social reçu concerne « *l'aide apportée à un individu par son entourage* » (WINNUBST ET AL.[260], 1988). Le soutien reçu caractérise les comportements de soutien et quatre types de soutien sont identifiés par HOUSE[261] (1981 ; repris par BRUCHON-SCHWEITZER, 2002[262]) :

- **le soutien émotionnel / affectif** consiste à exprimer à une personne les affects positifs que l'on ressent à son égard (amitié, amour, réconfort, sympathie), et qui apporte à celle-ci des sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort.

- **Le soutien d'estime** consiste à rassurer une personne en ce qui concerne ses compétences et ses valeurs. Ces encouragements lui permettront de renforcer sa confiance en elle-même dans les moments de doute, lorsque cette personne craint que les exigences d'une situation n'excèdent ses ressources et ses capacités (surcharge de travail, conflit de rôle, épuisement professionnel…).

- **Le soutien informatif** implique des conseils, des suggestions, de l'apport de connaissance sur un problème, des propositions concernant la résolution d'un problème nouveau, par exemple.

- **Le soutien matériel ou instrumental** implique une assistance effective comme le prêt ou le don d'argent ou de bien matériel, ou de services rendus dans des moments difficiles. Il caractérise aussi l'aide sous forme de temps ou de travail.

A notre connaissance, la **nature** du soutien social au travail demeure peu explorée. HOUSE (1981) estime que **le soutien affectif est la forme la plus importante du soutien au travail.** Selon lui, le soutien du supérieur hiérarchique est essentiel et précède par le développement et l'entretien d'un climat de travail agréable celui des collaborateurs.

La structure de l'entreprise et son organisation peuvent influencer les possibilités

[260] WINNUBST J. A. M., BUUNK B. P., MARCELISSEN F. H. G., (1988), *Social support and stress: Perspectives and processes,* In, *Handbook of life stress, cognition and health*, FISCHER S., REASON J., p. 511–528, Chichester, Wiley

[261] HOUSE J.S., (1981), *Work, Stress and Social Support*, Reading, MA , Addison-Wesley

[262] BRUCHON-SCHWEITZER M., (2002), *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*, Paris Dunod

d'exprimer le soutien, favorablement ou non. HOUSE a d'ailleurs mis en évidence **que la spécialisation et la division des tâches renforcent l'isolement des individus dans des rôles et réduisent les possibilités d'élargir les possibilités du soutien**.

Certains chercheurs ont proposé une définition proche de celle de HOUSE (1981). Le soutien reçu ou objectif (support actually received) est un comportement d'aide qui comprend des actes spécifiques reconnus comme **des efforts intentionnels pour aider une personne, soit spontanément ou sur demande**. Le fait de spécifier des comportements de soutien objectifs ne suffit pas à évaluer ce qui est effectivement perçu. TURNER, FRANKEL et LEVIN (1983, cités par VAUX, 1988) énoncent à ce propos que « *le support social doit être considéré comme une expérience personnelle plutôt que comme un ensemble de circonstances objectives ou même comme un ensemble de processus interactionnels* ».

La **composante émotionnelle est le « cœur » du soutien** et elle est la plus fréquemment traitée (WINNUBST et al., 1988). Les travaux menés en psychologie sociale mettent en exergue la contingence entre type de soutien/situation/contexte (BRUCHON-SCHWEITZER, 2002, p.328). Il semble aussi que la satisfaction ressentie par le destinataire du soutien soit l'indicateur le plus pertinent de l'adéquation des comportements de soutien aux attentes et besoins de ce même destinataire.

KARASEK et al.[263] (1982), et par la suite KARASEK et THEORELL[264] (1990) ont intégré le soutien social dans le Job Content Questionnaire en 1990. Ils distinguent quatre types de soutien du supérieur hiérarchique :

- **le soutien instrumental** : premièrement, il englobe la latitude décisionnelle que le supérieur permet à ses collaborateurs pour organiser leurs tâches. Ensuite, ce soutien caractérise les propositions d'amélioration des conditions de travail et la facilitation de

[263] KARASEK R. A., TRIANTIS K. P., CHAUDHRY S. S., (1982), « Coworker and Supervisor Support as Moderators of Associations between Task Characteristics and MentalStrain », *Journal of Occupational Behaviour*, Vol. 3, N° 2, p. 181-200

[264] KARASEK R., THEORELL T., (1990), *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books

l'échange d'informations entre les membres des équipes. Il intègre enfin les actions pour favoriser la cohésion entre les membres de l'équipe.

- **Le soutien réceptif :** caractérise l'attention que la manager prête à ses collaborateurs ainsi que sa disponibilité d'écoute des problèmes professionnels.

- Le soutien d'initiative est lié au degré est lié à l'autonomie que le manager permet à ses salariés, le fait qu'il laisse ses collaborateurs s'organiser à moins que ces derniers n'aient besoin de son aide.

- Le soutien d'autorité : renvoie aux attentes du manager par rapport au travail de ses collaborateurs (respect des règles, efforts fournis).

Concernant le soutien des collègues, ces mêmes auteurs étudient trois aspects du soutien:
- le nombre de collègues,

- **Le soutien instrumental**: est lié aux efforts consentis par les collègues pour faire leur travail au mieux, leur degré d'autonomie dans l'exercice de leurs missions. Il caractérise aussi l'aide fournie par les collègues pour résoudre des problèmes professionnels.

- Le soutien socio-émotionnel : caractérise le nombre de collègues de travail considérés comme des amis, le nombre de collègues de travail ayant les mêmes centres d'intérêt.

Les travaux de KARASEK et al. montrent que le soutien est d'abord professionnel. Il englobe des comportements destinés à perfectionner l'organisation du travail. Le soutien du supérieur renvoie à ses capacités à favoriser l'autonomisation, la latitude décisionnelle et la cohésion d'équipe. Les comportements de soutien de l'équipe sont destinés à faciliter l'accomplissement des tâches.
Le soutien de l'équipe combine aussi le degré d'intégration du collaborateur dans son équipe et le fait que certains collègues soient des « amis ». Si l'existence de lien avec autrui constitue le point de départ pour recevoir du soutien, cela ne signifie pas pour

autant que la relation de soutien soit bénéfique. THOITS[265] (1995) a d'ailleurs montré que le degré d'intégration sociale n'a pas d'effet modérateur sur la relation entre stresseurs et santé (physique et mentale).

Plus récemment, HILL ET AL. [266] (1989) ont montré que le soutien du manager de proximité est plutôt « instrumental» (arrangements des horaires, répartition des missions etc.) et informatif (transmission de conseils, renseignements sur l'entreprise et les possibilités qu'elle offre en terme de développement de compétences etc.).
Les travaux de HILL ET AL. (1989) viennent renforcer cette configuration d'un soutien à la sphère professionnelle de l'individu. Les recherches menées sur la nature du soutien au travail tendent à montrer que le soutien au travail est de nature professionnelle et peu centré sur l'expression d'émotions en situation de travail.
La mise en perspective des typologies du soutien au travail (KARASEK ET AL.[267], 1982 ; HILL ET AL., 1989) et de la typologie de HOUSE (1981) nous semble intéressante. Nous remarquons que les recherches sur la nature du soutien au travail ne font pas ou peu ressortir de dimension émotionnelle (manifestation d'affects positifs, protection, réconfort…) ou de dimension d'estime (réassurance de la valeur de l'individu, manifestation de reconnaissance…) telles que définies par HOUSE (1981).

2.3.2.3 Le soutien social perçu

Il s'agit de *« l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits »* (PROCIDANO *et al.* 1983). L'appréciation subjective du soutien ou soutien perçu est associée à "*l'évaluation cognitive d'une personne à propos du soutien qu'elle estime recevoir d'autrui*" (BARRERA, 1981). Elle ne désigne pas une caractéristique objective des relations sociales de l'individu, mais une transaction entre individu et environnement, telle que perçue par l'intéressé (BRUCHON-SCHWEITZER, 2002).

[265] THOITS P.A., (1995), « Stress, Coping and Social Support Processes: Where are We? What Next? », *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 36, Numéro spécial, p. 53-79
[266] HILL E.S., BAHNIUK M.H., DOBOS J., ROUNER D., (1989), « Mentoring and other communication support in the academic setting », *Group and Organization Studies*, Vol. 14, p. 355-368
[267] KARASEK R. A., TRIANTIS K. P., CHAUDHRY S. S., (1982), « Coworker and Supervisor Support as Moderators of Associations between Task Characteristics and MentalStrain », *Journal of Occupational Behaviour*, Vol. 3, N° 2, p. 181-200

Pour COHEN (1991), le soutien perçu est le reflet du soutien disponible : « l*e support perçu n'est pas une estimation grossière et biaisée du soutien disponible mais plutôt une ébauche de représentation du soutien disponible dans l'environnement* »
Une autre définition est proposée par SCHWARZER et al. (2003). **Ces auteurs considèrent que le soutien perçu dépend de l'aide qui peut être espérée en cas de besoin, il est donc souvent prospectif** ; alors que le soutien reçu se rapporte à l'aide fournie dans une période donnée, il est donc toujours rétrospectif.
La perception du soutien social est une notion complexe qui se subdivise en deux composantes : (1) la disponibilité et (2) la satisfaction.

La disponibilité concerne le fait de percevoir certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin. La satisfaction est considérée comme l'aspect qualitatif du soutien social. GENTRY et KOBASA (1984), définissent la satisfaction vis-à-vis du soutien comme « *une ressource psychologique, qui correspond à la perception qu'un individu a de la qualité de ses relations interpersonnelles* ». **Ce n'est pas le nombre de connexions sociales qui est protecteur, mais la qualité de ces relations.**

Les travaux menés sur le soutien reçu et le soutien perçu mettent en évidence l'influence des dimensions émotionnelle, instrumentale, d'estime et d'information dans la construction du soutien social. L'évolution conceptuelle du soutien social fait ressortir un raffinement. En effet, d'une définition quantitative du soutien en terme de réseau, les chercheurs s'orientent vers des définitions et des opérationnalisations de la qualité des relations perçues en intégrant différents types de comportements.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

Dans ce chapitre, **nous avons étudié deux types de soutien au travail**. D'une part, le soutien organisationnel, un courant de recherche en « management » et d'autre part le soutien social, un courant de recherche centré sur le processus et la nature des ressources échangées dans les relations interpersonnelles. L'objectif du chapitre suivant consistera à mettre en évidence les effets favorables du soutien au travail. La conception du soutien retenue par le chercheur caractérise des implications différentes en terme de modélisation.

Concernant le soutien organisationnel qui englobe surtout les politiques RH (crèches d'entreprises, télétravail etc.), les résultats des études empiriques concluent à son influence positive sur les diverses facettes de l'implication et de la performance (COYLE-SHAPIRO et KESSLER[268], 2000 ; COYLE-SHAPIRO ET AL.[269], 2002 ; RHOADES et EISENBERGER, 2002). **Le cœur de la théorie de l'échange social concerne les implications réciproques de l'organisation et de ses représentants**. A ce titre, **l'implication organisationnelle** est appréhendée comme une réponse émotionnelle influençant potentiellement des attitudes négatives (insatisfaction, intention de quitter, absentéisme etc.) qui peuvent altérer la performance au travail. Par conséquent, le soutien organisationnel constitue un précieux levier pour les entreprises.
L'échange social caractérise à la fois le **contenu** (effort, motivation, comportement de citoyenneté versus rémunération, carrière, formation, statut …) et la manière dont ce contenu se matérialise (perceptions de justice, de soutien organisationnel, qualité des échanges entre les managers et leurs collaborateurs via l'ELM[270]). D'après les théoriciens de l'échange social, la confiance est un mécanisme de régulation de la relation d'emploi. Elle influence l'absentéisme, l'intention de quitter l'entreprise, la satisfaction et la performance au travail (CUNNINGHAM et MACGREGOR[271], 2000).

Le soutien organisationnel appréhende la relation d'emploi sous l'angle des ressources allouées par l'entreprise. Il influencerait particulièrement la dimension affective de

[268] COYLE-SHAPIRO J.A-M., KESSLER I., (2000), « Consequences of the psychological contact for the employment relationship: A large scale survey », *Journal of Management Studies*, Vol. 37, p. 903-930
[269] COYLE-SHAPIRO J.A.-M., KESSLER I., PURCELL J., (2004), « Exploring organizationally directed citizenship behaviour : reciprocity or It's my job ? », *Journal of Management Studies*, Vol. 41, p. 85-106
[270] L'échange « leader-membre »
[271] CUNNINGHAM J.B., McGREGOR J., (2000), « Trust and the design of work :complementary constructs in satisfaction and performance », *Human Relations*, Vol. 52, p. 1575-1591

l'implication (EISENBERGER et al.[272], 2001). Le soutien du supérieur hiérarchique est étudié par l'ELM. A ce propos, WAYNE et al.[273] (2002) révèlent qu'un ELM de qualité élevée favorise la performance et l'implication des collaborateurs. **Concernant le soutien social, son épicentre est émotionnel** (HOUSE, 1981). Pourtant, La revue de littérature sur le soutien social au travail fait état d'un soutien plutôt instrumental (KARASEK et al., 1982 ; HILL et al., 1989).

Certains chercheurs considèrent que le soutien social du supérieur hiérarchique et des membres de l'équipe de travail a un effet modérateur sur la relation entre le stress au travail et l'épuisement professionnel (RUSSEL et al. 1987; BURKE et GREENGLASS, 1995; GREENGLASS et al., 1997; PINES et al., 2002).
Toutefois les pratiques décrites sont « tangibles » même si les composantes émotionnelles sont appréhendées par l'écoute des problèmes personnels par certains chercheurs (PINNEAU, 1976 ; LAMBERT, 1990).
Si ASHFORTH et HUMPREY (1995) décrivent l'organisation comme un lieu de contrôle des expressions d'émotions, il n'en demeure pas moins de plus en plus admis que ce contrôle peut entraîner une surcharge de tensions pour les individus qui se trouvent confrontés à un équilibrage permanent entre l'émotion ressentie et l'émotion exprimée (HOCHSCHILD, 1983). D'après HUPCEY (1995), il peut exister un décalage potentiel entre les comportements de soutien effectifs et le soutien attendu et/ou perçu. Cela pourrait expliquer l'absence d'homogénéité des résultats concernant les effets du soutien social sur l'épuisement professionnel (Effets direct ? Médiateur ? Modérateur ?). Cela pourrait également s'expliquer par le fait qu'entre la modélisation conceptuelle et la modélisation empirique intervient l'étape de l'opérationnalisation du construit.
Les modèles que nous étudions dans le chapitre 3 sont des modèles testés « quantitativement ». La complexité conceptuelle du soutien social détermine des modèles empiriques sophistiqués.

[272] EISENBERGER R., ARMELI S., REXWINKEL B., LYNCH P.D. RHOADES L. (2001). « Reciprocation of perceived organizational support », *Journal of Applied Psychology*, vol. 86, n°1, p. 42-51
[273] WAYNE S. J., SHORE L. M., BOMMER W. H., TETRICK L. E., (2002), « The role of fair treatment and rewards in perceptions of organizational support and leader–member exchange », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 87, p. 590–598

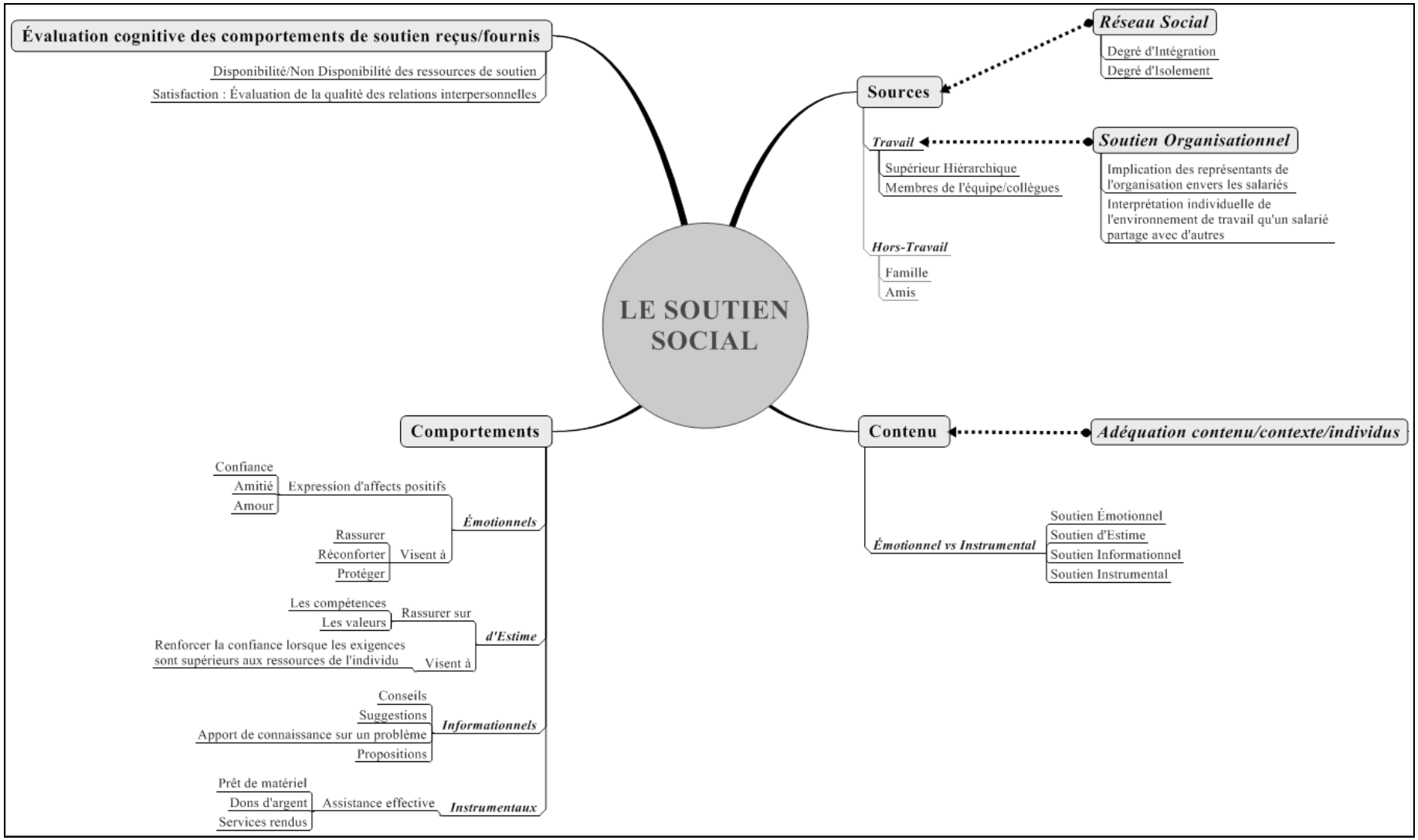
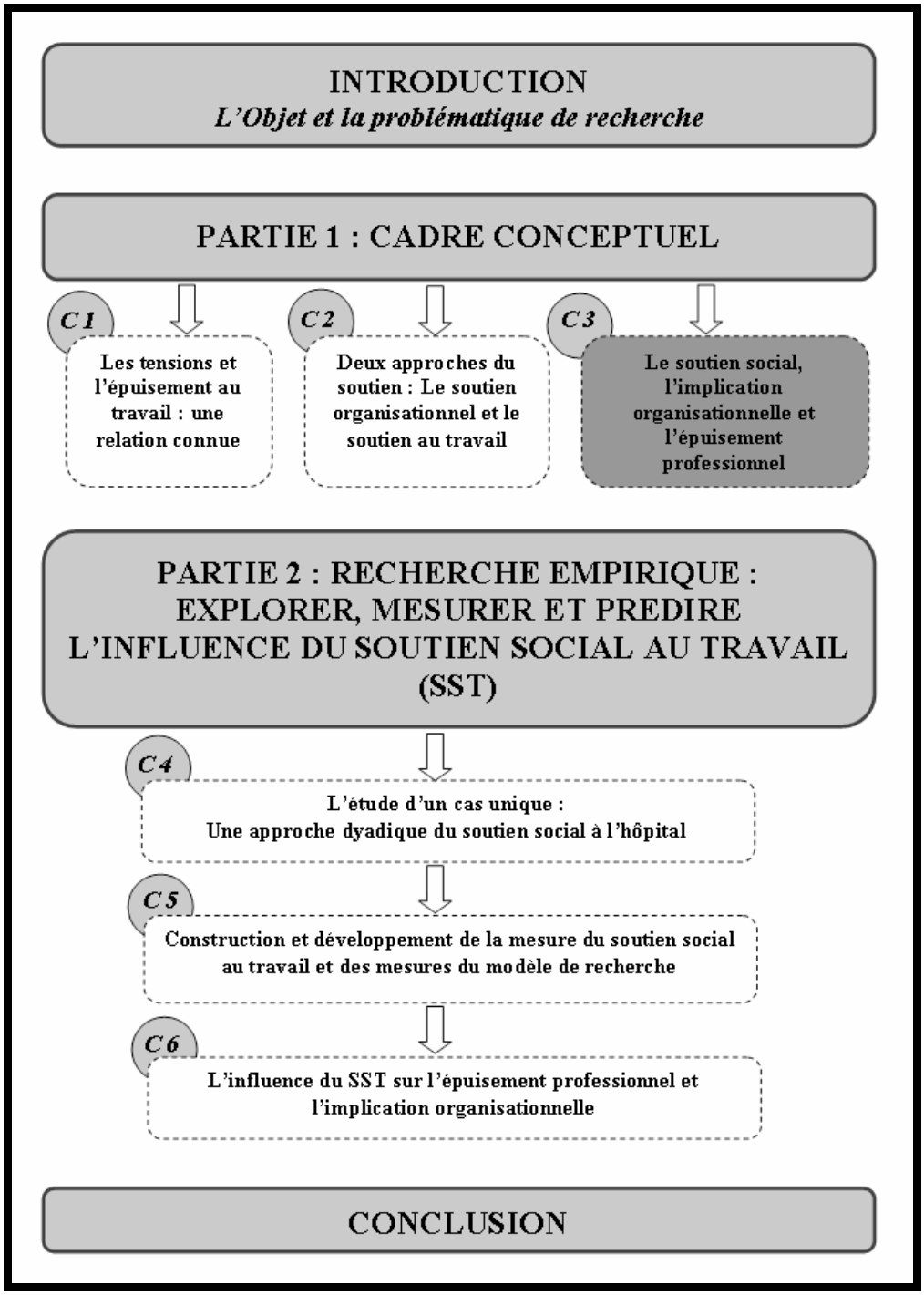


Schéma 1 : Représentation systématique du soutien social (d'après HOUSE, 1981 ; TARDY 1985 ; EISENBERGER et al., 1986 ; PAYNE et JONES, 1988

CHAPITRE 3 - LE SOUTIEN ORGANISATIONNEL ET SOCIAL AU TRAVAIL, L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL ET L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE



INTRODUCTION DU CHAPITRE 3

Pour les chercheurs en psychologie sociale et en psychologie de la santé, le soutien social est une ressource de l'individu ou un moyen pour lui d'augmenter son niveau de ressources pour se protéger de l'épuisement professionnel. Pour les théoriciens de l'échange social, l'effet attendu du soutien organisationnel concerne l'attachement des salariés à leur organisation.

Deux conceptions du soutien organisationnel / au travail se dessinent dans la revue de littérature. **Dans ce chapitre, nous traitons des effets du soutien social au travail[274] sur l'épuisement professionnel et sur l'implication organisationnelle**.

Nous allons (1) mettre en évidence que l'effet[275] du soutien social sur l'épuisement professionnel est difficile à cerner. Si généralement, les chercheurs concluent à un effet positif des comportements d'aide sur la santé, nous verrons que la complexification des approches du soutien[276] entraîne une complexification sur les résultats issus des recherches empiriques. En d'autres termes, la définition retenue, la mesure qui lui est associée et les méthodes statistiques employées permettent de tester empiriquement les conceptions « interactionnistes » ou « transactionnelles ». Toutefois elles font ressortir que finalement, on ne sait pas très bien si le soutien doit être une « base » dans les relations ou s'il est efficace seulement lorsqu'il est mobilisé dans les situations « de tension », ou encore si son absence[277] peut influencer très négativement l'état de tension ressenti par les personnes.

Les théoriciens du soutien organisationnel placent la réciprocité comme mécanisme de départ des relations interpersonnelles. L'ensemble des travaux relatifs à ce courant de recherche souligne l'importance de la prise en compte des attentes et aspirations des salariés. Il met aussi au premier plan la norme de don-contre[278] don entre les deux parties de l'échange. Par conséquent dans ce chapitre, nous traitons (2) les implications

[274] Soutien des supérieurs hiérarchiques et soutien des collègues.
[275] Direct, médiateur ou modérateur.
[276] Le soutien peut être étudié quantitativement (nombre de relations, par exemple). « fonctionnellement » (les comportements « reçus ») et « perceptuellement » (évaluation subjective de la disponibilité et satisfaction par rapport au soutien reçu.
[277] Par ailleurs, cela amène à une réflexion sur l'efficacité des types de soutien appropriés aux situations considérées.
[278] Telle que définie par MAUSS, selon les théoriciens de l'échange social. MAUSS M. (1924) *Essai sur le don*.

respectives de l'organisation et des ses salariés : l'implication organisationnelle et les liens positifs qu'elle entretient avec le soutien organisationnel perçu (SOP).

La revue de littérature sur les effets du soutien social au travail[279] fait donc ressortir un point central : la place de cette ressource dans le processus général du stress professionnel. Nous avons abordé ce sujet dans le chapitre 1, si les autres concepts (tensions, épuisement) sont « stabilisés »[280], la place qu'ils occupent dans le processus est une réflexion actuelle pour les chercheurs qui étudient chaque concept et les liens qu'il entretient avec les autres.

A titre d'exemple, concernant le soutien du supérieur hiérarchique et le conflit travail / famille, THOMAS et GANSTER [281](1995), et plus récemment O'DRISCOLL et al.[282] (2003) ont mis en évidence une corrélation négative entre ces deux dimensions. Le supérieur aurait un rôle important car il a un contrôle sur la flexibilité des horaires des employés (WATKINS, 1995; BARHAM et al., 2001). D'autre part, en l'absence de programmes de soutien au hors travail mis en place par l'entreprise, le cadre est la personne avec laquelle les employés qui ressentent des difficultés de conciliation « travail / hors travail », peuvent prioritairement échanger (BATT et VALCOUR, 2003).

Dans cette recherche, nous nous intéressons spécifiquement aux effets du soutien sur l'épuisement perçu et l'implication perçue par les salariés envers leur organisation.

Le soutien émotionnel est-il plus « efficace » que le soutien instrumental professionnel ? Le soutien social reflète-t-il la présence d'un « environnement soutenant » ou est-il une ressource personnelle de l'individu[283] ? Quelles sont les implications de ces recherches ?

Une compréhension plus fine et prédictive du soutien social au travail peut-elle mettre en évidence des implications pratiques ? Dans cette perspective, nous verrons dans ce chapitre que les résultats des recherches récentes préconisent de raffiner la mesure du soutien en fonction du contexte étudié afin de prédire ses effets.

---

[279] Sous ce terme, nous englobons le soutien social au travail dans les différentes acceptions qui ressortent de la littérature en psychologie et le soutien du supérieur hiérarchique tel que défini par les théoriciens du soutien organisationnel.

[280] Pour chaque concept considéré, il existe une définition de référence.

[281] THOMAS T.T., GANSTER D.C., (1995), « Impact of family-supportive work variables on work-family conflict and strain: a control perspective », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 80, N° 1, p. 6-15

[282] O'DRISCOLL M.P., POELSMANS S., KALLIATH T., ALLEN T.D, COOPER C.L., SANCHEZ J.L. (2003), "Family-responsive interventions, perceived organizational and supervisor support, work-family conflict and psychological strain*", International Journal of Stress Management*, vol. 10, p. 326-344

[283] Dans cette approche, « l'efficacité » du soutien dépend de l'évaluation positive ou négative que l'individu se fait par rapport à son environnnement.

3.1 L'INFLUENCE DU SOUTIEN SOCIAL SUR L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL

Nous avons mis en évidence la multidimensionnalité du soutien social en spécifiant ses attributs (émotionnel, instrumental, informatif, évaluatif, de reconnaissance, de prise en compte du bien-être, de réciprocité, de communication). Nous avons également mis en évidence la multiplicité des avenues de recherche concernant la conceptualisation et la mesure du soutien social (réseau, comportements, perception). Quelles sont les implications des différentes conceptualisations du soutien social pour comprendre le stress professionnel et ses effets sur la santé des salariés ?

3.1.1 *LA COMPLEXITE DU CONCEPT DE SOUTIEN SOCIAL ET DE SES EFFETS SUR LA SANTE*

Le soutien social est une ressource organisationnelle. Nous avons montré que la nature des ressources de soutien mobilisées et perçues est contingente aux spécificités du contexte et de l'objet de recherche.

Il est examiné comme un processus à travers lequel les relations interpersonnelles protègent l'individu contre les événements générateurs de stress et le *burnout*. Dans cette perspective, l'individu fait plus facilement face à des exigences de travail importantes s'il bénéficie ou estime bénéficier d'un environnement professionnel serein où la qualité des relations entre les collaborateurs est valorisée. Concernant les effets du soutien social, trois liens sont généralement testés : l'effet direct, l'effet modérateur, l'effet médiateur du soutien social.

L'analyse des effets du soutien social sur la santé et sur les comportements organisationnels dépend des contextes d'utilisation des modèles en terme de soutien structurel, fonctionnel ou de perception du soutien disponible et/ou reçu. La mesure du soutien est par conséquent dépendante du positionnement théorique du chercheur.

Dans cette perspective, la mesure du soutien structurel (intégration sociale et réseau social) quantifie l'intégration sociale d'un individu et à teste les effets de ces aspects sur le stress et la santé. Cette approche a surtout été utilisée dans les recherches en sociologie et en épidémiologie. Dans une autre perspective, la mesure du soutien fonctionnel et la mesure perceptuelle du soutien sont mobilisées dans les recherches sur les processus cognitifs et interprétatives du processus général du stress professionnel. De ce fait, les effets du soutien social sont déterminés par la nature de la mesure utilisée : le degré d'intégration (aspect structurel) dans un réseau social caractériserait un effet direct du soutien social, alors que les mesures fonctionnelles (comportements de soutien) et perceptuelles déterminent un effet indirect et modérateur du soutien.

De nombreux « stresseurs » relatifs au contenu du travail sont étudiés par les chercheurs. Dans la recherche, nous avons sélectionné trois types de tension : exigences psychologiques élevées, tensions de rôle organisationnel, conflit « travail ⇔ famille ». Nous avons montré dans le premier chapitre que nous nous situons dans une approche où nous postulons un effet direct des ces tensions sur l'épuisement. L'objectif des sections qui suivent est d'étudier les différents effets du soutien social considérés par les chercheurs.

3.1.2 *L'EFFET DIRECT, L'EFFET MEDIATEUR OU L'EFFET MODERATEUR DU SOUTIEN SOCIAL SUR LA SANTE ?*

La conceptualisation et la mesure du soutien social sont étroitement liées. L'explication des effets du soutien social sur la santé dépend de la définition et de la mesure utilisée par les chercheurs. Dans cette perspective, deux hypothèses peuvent être envisagées:

- **H1** : il existe un effet direct entre soutien social et bien-être : le soutien social est facteur général du bien-être, que les personnes soient ou non exposées à des situations de vie difficiles.
- **H2** : Le soutien social permet l'individu de se protéger contre les événements générateurs de stress : le soutien social a un effet tampon sur le stress et sur les réactions physiques et psychologiques associées au stress (médiateur et/ou modérateur).

En fonction des orientations des chercheurs, les dimensions du soutien étudiées sont différentes. Par ailleurs, ces dimensions sont étudiées indépendamment ou conjointement appréhendées. Ces caractéristiques rendent complexe la mise en évidence des différents effets du soutien social, en fonction de la nature du soutien étudiée.

3.1.2.1 Les effets directs du soutien social

Les chercheurs en psychologie du travail et en gestion des ressources humaines ont d'abord testé les effets directs du soutien social organisationnel sur l'épuisement professionnel perçu (LAROCCO et al[284]., 1978).

Le soutien social peut être considéré comme antécédent, ayant une fonction protectrice sur les effets du stress. Le soutien social a dans cette approche, un effet positif sur le bien-être et la qualité de vie au travail, quelque soit les caractéristiques environnementales.

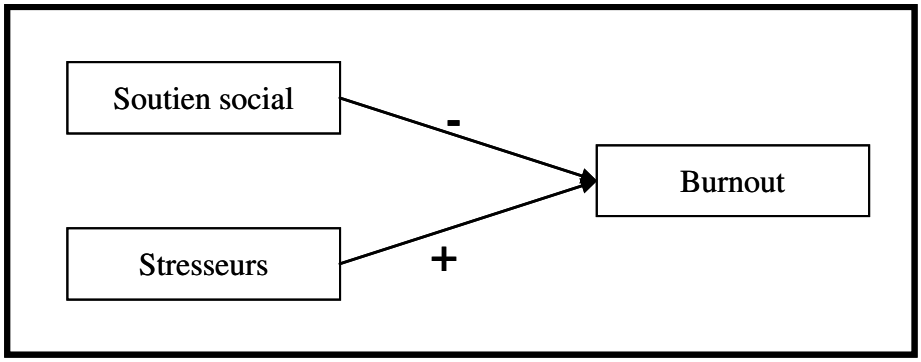


Figure 10 : Effet direct du soutien social (Truchot, 2004)

Statistiquement, l'hypothèse de l'effet direct pose comme postulat de départ l'indépendance des effets des tensions et des effets du soutien social sur le *burnout*. PINES[285] (1983) a montré que des relations professionnelles « soutenante »s réduisent le syndrome d'épuisement professionnel. Dans une perspective d'enrichissement de ces résultats, PINES et ARASON[286] (1988) proposent une classification des actions de

[284] LA ROCCO J.R., JONES A.P., (1978). « The influence of group interdependence on the effects of job stress", *Paper presented to the American Psychological Association*, Toronto
[285] PINES A., (1983), *On burnout and the buffering effects of social support,* In, *Stress and burnout in the human service professions,* FARBER B. A., p. 155-174, New York, Pergamon Press
[286] PINES A., ARONSON E., (1988), *Career burnout: Causes and cures*, New York, Free Press

soutien à l'individu. Une synthèse de quatre comportements peut être mise en évidence : l'écoute, le soutien instrumental, le soutien émotionnel et le partage de valeurs communes. Les résultats de PINES et ARASON renforcent l'idée selon laquelle la création d'un environnement favorable au feedback, à la communication entre les collaborateurs protège les individus du burnout. Toutefois, les types de soutien ne se discriminent pas entre eux et de ce fait. Ces auteurs préconisent un raffinement de la mesure. Dans cette perspective, les comportements de soutien sont liés aux actions de communication et à la réciprocité dans l'échange.

3.1.2.2 Les effets modérateurs du soutien social dans les modèles interactionnistes du stress professionnel

Plus récemment, le soutien social a été exploré comme étant **une ressource protégeant les individus placés dans des situations de travail stressantes** (LAROCCO et al., 1978; KARASEK et THEORELL[287], 1990 ; HOFBOLL ET STOKES[288], 1988).

Le soutien social a un effet modérateur lorsqu'il protège les individus confrontés à des niveaux de stress élevés. Autrement dit, il est utile pour les individus confrontés à de hauts niveaux de stress. Il n'est pas utile pour les individus qui ne sont pas exposés au stress ou qui ne le ressentent pas.

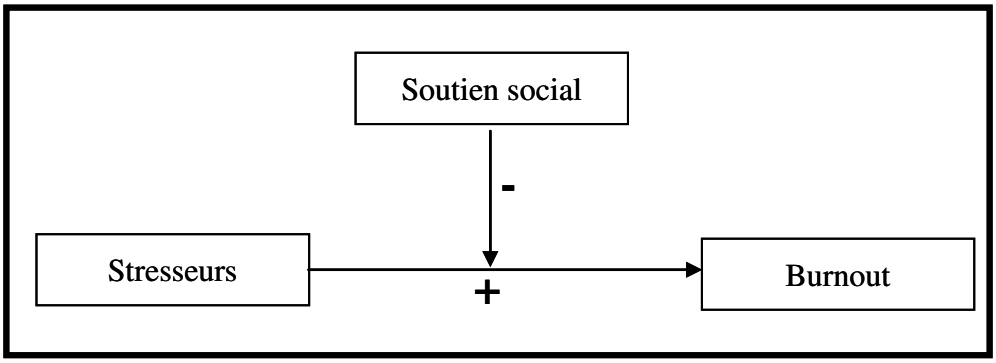


Figure 11 : Effet modérateur du soutien social (Truchot, 2004)

[287] KARASEK R., THEORELL T., (1990), *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books

[288] HOFBOLL S.E., STOKES J.P., (1988), The process and mechanics of social support, in S. Duck, D.F. Hay, S.E. Hofboll, W. Ickes, B.M. Montgomery (eds), *Handbook of Personality Relationships: Theory, Research, and Interventions*, Londres, Wiley, p 497-517

D'un point de vue statistique, l'hypothèse de l'effet modérateur correspond à une interaction entre les effets des stresseurs relatifs au contenu du travail et les effets du soutien. Dans ces recherches, qui testent les effets d'interaction entre soutien organisationnel, caractéristiques situationnelles, et caractéristiques personnelles, les chercheurs s'orientent vers des mesures plus précises du soutien social.

De nombreux chercheurs considèrent que le soutien social du supérieur hiérarchique et des membres de l'équipe de travail a un effet modérateur sur la relation entre facteurs de stress au travail et épuisement professionnel (GREENGLASS et al.[289], 1996; PINES et al.[290], 2002). Cependant, d'autres recherches tendent vers des résultats contraires et concluent sur un faible effet modérateur du soutien social, voir son absence (CHEUK et WONG, 1995; KONARIEK et DUDEK, 1996).

FENLASON et BEERH[291] (1994) utilisent des mesures du soutien social intégrant ses types (instrumental, émotionnel), ses sources (collègues, supérieurs, famille, amis) et son contenu (professionnel, non professionnel). Les résultats de cette recherche attestent des effets positifs du soutien social direct mais les résultats concernant les effets modérateurs restent à démontrer. HAGIHARA et al.[292] (1998) plaident en la faveur d'un raffinement de la conceptualisation et de la mesure du soutien social organisationnel. Pour eux, la validité théorique et la validité prédictive du soutien social devraient être de la même qualité que celles des tensions considérées par les chercheurs. Dans cette perspective, de nombreux outils se sont développés pour cerner plus finement les différents du soutien. Ainsi, ZELLARS et PERREWE (2001) ont montré que le soutien émotionnel des supérieurs hiérarchique et des collègues était lié à de hauts niveaux d'épuisement professionnel. A l'inverse LINGARD et FRANCIS (2006) concluent à une influence du soutien émotionnel perçu de la part du supérieur et des collègues sur la relation entre les conflits « travail / hors travail » et le *burnout*.

[289] GREENGLASS, E., BURKE R.J., KONARKSI R. (1997), "Coping, work demands and psychological burnout among teachers", *Work and Stress,* Vol. 11, p.267-268

[290] PINES A.M., BEN-ARI A., UTASI A., LARSON D., (2002), A cross-cultural investigation of social support and burnout*, European Psychologist*, vol. 7, p. 256-264

[291] FENLASON K.J., BEERH T.A., (1994), Social support and occupational stress: talking with others, *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 15, p 157-175

[292] HAGIHARA A., TARUMI K., MILLER A.S., (1998), "Social support as work-stress relationship : A signal detection approach", *Stress Medicine*, Vol. 14, p 75-81

3.1.2.3 L'effet médiateur du soutien social dans les modèles transactionnels du stress professionnel

Certains chercheurs ont montré que le soutien social perçu peut être assimilé à mécanisme de coping[293] et réduit les effets négatifs du stress (JOHNSON et HALL[294], 1988). Dans cette approche, les chercheurs postulent que le soutien social est une disposition individuelle. L'individu, par sa capacité à « trouver de l'aide » ou sa capacité « à évaluer subjectivement et positivement se protège de l'épuisement.

Les conceptions transactionnelles considèrent que le stress perçu est un processus médiateur modulant les relations entre les caractéristiques du contexte (prédicteurs) et l'ajustement ultérieur des individus (critères).

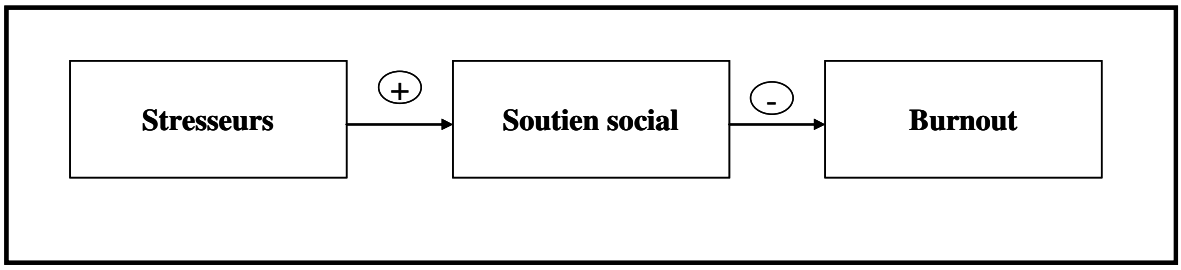


Figure 12 : L'effet médiateur du soutien social

D'un point de vue statistique[295] l'approche est complexe. Dans le cas d'une médiation partielle cela signifie que les stresseurs ont un effet direct sur (1) le burnout et (2) sur le soutien social. Le soutien social a ensuite a (3) un effet sur l'épuisement perçu[296]. Ces études posent comme principe que le niveau de soutien social perçu par un individu dans une situation donnée, a un impact sur le processus général du stress.

[293] Processus actif par lequel un individu, par l'auto-appréciation de ses propres capacités, de ses motivations, fait face à une situation stressante et réussit à la maîtriser.
[294] JOHNSON J.V., HALL E.M., (1988), « Job Strain, Work Place Social Support and Cardiovascular Disease: A Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population », *American Journal of Public Health*, Vol. 10, p. 1336-1342
[295] Pour plus d'informations, CF les travaux de BRAUER (2000)
[296] Si l'effet des stresseurs sur le burnout est "contrôlé »

Généralement quelque soit leur positionnement, les chercheurs à la fois les effets directs et indirects du soutien.

WILLS et al. (2001) suggèrent que les effets cumulés entre effet direct et indirect sont possibles et que dans tous les cas, le soutien social est lié à une meilleure santé. Mais la principale limite soulignées par les auteurs concerne la finesse des instruments de mesure du soutien social (HALBESLEBEN[297], 2006)

3.1.3 *RAFFINER LES MESURES POUR MIEUX CERNER LES EFFETS DU SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL*

La place du soutien social au travail consiste à s'interroger son effet direct ou indirect.
De nombreux théoriciens se sont attachés à tester l'effet modérateur du soutien social sur la relation entre le stress et ses conséquences sur la santé.
Le modèle « exigences-contrôle-soutien » (KARASEK et al., 1982 ; JOHNSON et HALL, 1988) intègre le degré d'isolement ou d'intégration social de l'individu, en tenant compte des spécificités du soutien du supérieur hiérarchique et des collègues de travail.

Finalement, les auteurs proposent trois approches (GORE[298], 1978 ; VAN DER DOEF et MAES, 1998)

- L'effet direct : les exigences fortes du travail ont des effets négatifs sur la santé et un soutien social positivement perçu influence positivement l'épuisement perçu. Il y a une hypothèse implicite d'indépendance des antécédents dans cette approche.

- Le soutien peut être étudié comme variable modératrice interagissant sur le stress, de telle sorte que ses effets sont réduits lorsque la perception du soutien social par les individus est élevée. Un soutien social élevé et le contrôle sur son activité modèrent les effets négatifs des exigences élevées du travail sur la santé (modèles interactionnistes).

- le soutien social est une variable médiatrice. L'approche est alors basées sur les ressources (par exemple : THOMAS et GANSTER, 1995). En d'autres termes, lorsqu'un état de tension apparaît, celui-ci nécessite que l'individu puise dans ses ressources et

[297] HALBESLEBEN J.R.B. (2006), Source of social support, a meta-analytic test of the conservation of resources model, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 91, p. 1134-1145.

[298] Gore S., (1978), The Effect of Social Support in Moderating the Health Consequences of Unemployment, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 19, no. 2, p. 157-165

sollicite du soutien, qui par conséquent réduit les symptômes du stress (modèles transactionnels).

La place du soutien social dans le processus du stress pose la question de sa nature. Ainsi les recherches récentes développent l'état des connaissance sur les facettes du soutien au travail FERNANDES et al. (2008) proposent quatre types de soutien (collègues, soutien par rapport à la réalisation du travail, coaching du supérieur et soutien au développement de carrière). Toutefois, l'opérationnalisation ne permet pas de discriminer les facettes du concept et d'évaluer l'influence de ces différents types.

Pour SUNDIN et al. (2007), le raffinement du construit passe par le raffinement de la conceptualisation. Ces chercheurs ont mis en évidence l'influence de certains facteurs organisationnels (exigences du travail, autonomie), situationnel (position hiérarchique) et individuels (estime et confiance en soi). Dans leur recherche, c'est le degré d'autonomie accordé aux salariés qui explique le plus significativement la perception du soutien au travail.

Dans notre approche, nous cherchons à caractériser les comportements d'aide pour déterminer leur influence sur l'épuisement perçu. Par conséquent, nous retiendrons une approche direct et interactionniste de l'effet du soutien.

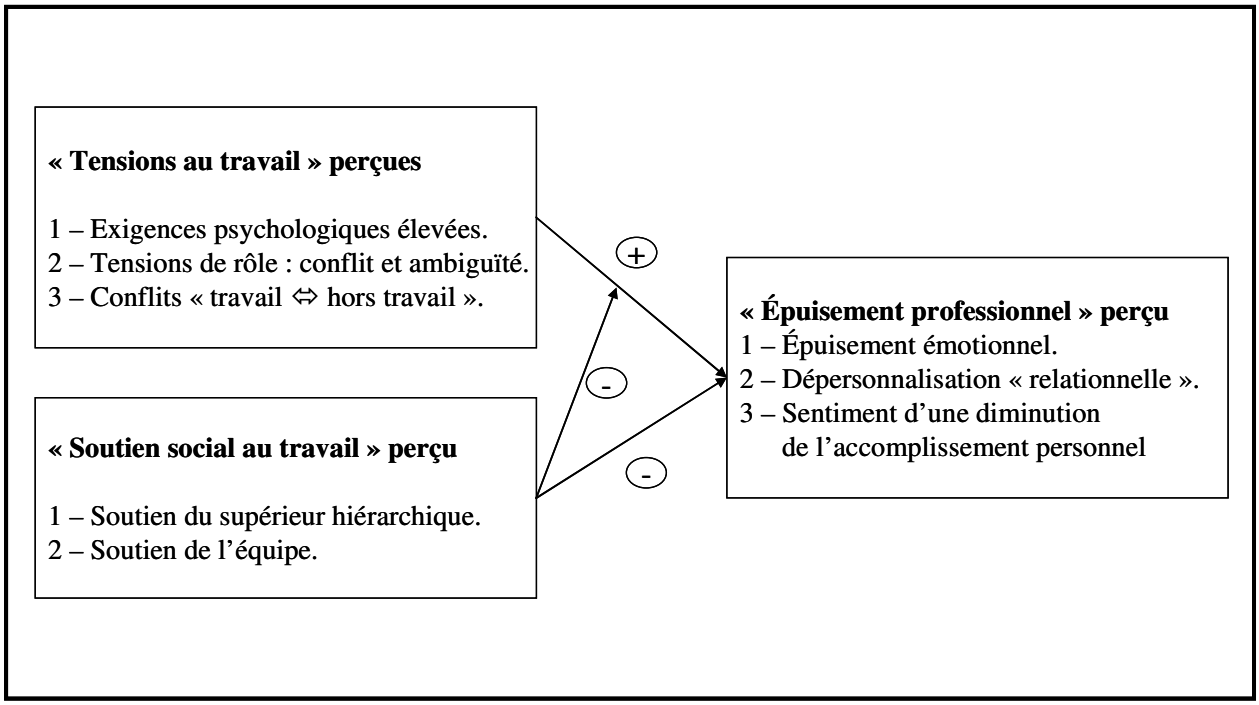


Figure 13 : Synthèse sur l'effet direct et l'effet modérateur du soutien social sur l'épuisement et sur la relation entre le stress et l'épuisement

3.2 L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE : L'IMPLICATION DES PERSONNES ENVERS L'ORGANISATION

La conceptualisation de l'implication organisationnelle fait ressortir trois approches. MORROW (1983)[299] a recensé plus de trente définitions différentes de ce concept dans la littérature anglo-saxonne à travers le terme de « *commitment* ». Les études récentes sur l'implication organisationnelle tendent à démontrer que l'implication est un concept multidimensionnel : carrière, travail, organisation, métiers, emploi.

3.2.1 *DEFINITION DE L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE*

L'implication, traduite de l'anglais « commitment » (NEVEU, 1991)[300], est un concept qui mobilise les chercheurs anglo-saxons depuis le début des années 70 et a fait son apparition dans la recherche en France dans les années 80. THEVENET (1993)[301] indique que *« la question de l'implication part du principe que l'on ne peut pas être membre d'un groupe sans construire progressivement avec lui une relation et sans être construit en partie soi même dans cette relation ».*

L'implication ne peut être définie que dans le sens d'une adéquation entre les valeurs de l'organisation et celles de ses membres, c'est *« l'attachement psychologique ressenti par la personne pour l'organisation »* (O'REILLY et CHATMAN , 1986)[302]. Selon ces théoriciens, l'attachement se crée lorsque l'individu adopte les valeurs, buts et normes de l'organisation. Plus récemment, MOWDAY (1998) associe l'implication à *« une force générale conduisant l'individu à s'identifier et à s'engager envers l'organisation dans laquelle il travaille ».*

En 1983, MORROW est la première à conceptualiser l'implication en construisant une typologie de cinq domaines : l'orientation vers les **valeurs** au travail (valeur intrinsèque du travail, considéré comme fin en soi, éthique du travail), l'orientation vers la **carrière**

[299] MORROW P. 1983, « Concept redundancy in organizational research : the case of work commitment », *Academy of Management Review*, Vol. 8, N° 3, p. 486-500

[300] NEVEU J.P., (1991), *Méthodologie de l'implication*, Actes du Colloque de l'AGRH, Nantes

[301] THEVENET M., (2000), *Le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes*, Paris, Editions d'organisation

[302] O'REILLY C., CHATMAN J., (1986), « Organizational commitment and psychological attachment : the effects of compliance, identification and internalization on prosocial behavior », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 71, N° 3, p. 492-499

(importance que l'individu lui accorde), l'orientation vers le **travail** (place du travail dans la vie quotidienne, ie engagement et attachement dans le travail), l'orientation vers **l'organisation** (dévotion et loyauté envers l'organisation) et enfin l'orientation vers le **syndicat** (domaine que MORROW supprimera par la suite car non représentatif de l'ensemble des salariés). Cette typologie, qui regroupe quatre formes d'implication dans le travail constitue un cadre de référence pour l'ensemble des chercheurs, il est intéressant de constater que la forme la plus étudiée est **l'implication dans l'organisation**. La pertinence de l'éthique du travail comme facette de l'implication resterait à démontrer selon COHEN (1999)[303].

THEVENET (1992, 2002)[304]distinguent plusieurs traits qui permettent de délimiter le concept d'implication en le situant par rapport aux aspects de la relation qu'entretient la personne avec son travail :

- *« l'implication traduit un **lien** entre la personne et son travail »* : l'implication s'intéresse plus à la relation tissée entre une personne et la situation de travail qu'aux caractéristiques de la personne ou de sa situation dans l'organisation. L'implication n'est pas une caractéristique personnelle, mesurable de manière acontextuelle. *« Cette relation n'est pas qu'un simple échange, mais elle participe comme d'autres expériences humaines à ce travail permanent que la personne effectue pour constituer le cadre d'ordre qui lui permet d'exister ».*
- *« l'implication est de **l'engagement** »* : l'implication n'est pas statique, elle comprend ce mouvement *« qui part de la personne, lié à l'exercice de sa liberté ».* Elle se différencie de la motivation en ce sens qu'elle traduit la projection de la personne, que BUCHANAN (1974)[305] qualifie d'investissement psychologique mais que l'on peut également associer aux actions, temps et l'énergie consacrés à la tâche et au travail.
- *« l'implication est de **l'identification** »* : l'implication traduit un lien entre l'identité de la personne et celle de l'organisation. En s'identifiant à l'organisation, l'individu considère que cela contribue à le définir, à exprimer ce qu'il est (du moins, en partie).

[303] COHEN A., KIRCHMEYER C., (1995), «A multidimensional approach to the relation between organizational commitment and nonwork participation », *Journal of Vocational Behavior*, N° 46, p. 189-202

[304] THEVENET M., (2000), Le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes, Paris, Editions d'organisation

[305] BUCHANAN B., (1974), « Building organizational commitment, the socialization of managers in work organizations », *Administrative Science Quaterly*, Vol. 19, p. 533-546

En proposant cette définition, THEVENET offre une vision dynamique de l'implication et met aussi en exergue la difficulté de conceptualiser ce construit, car la littérature s'attache à définir les composantes de l'implication, plus souvent qu'à la définir. C'est BUCHANAN (1974) qui a été le premier à montrer l'aspect composite du concept en identifiant trois composantes : l'identification, l'engagement et la loyauté. Par suite, MOWDAY, PORTER et STEERS (1979)[306] reformuleront ces trois aspects par l'adhésion aux buts et valeurs, la volonté d'agir dans le sens de ces buts et valeurs et le désir de rester.

3.2.2 *LA TRIDIMENSIONNALITE DE L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE*

Les travaux sur l'implication ont abordé l'implication sous deux (affective et continue) ou trois dimensions (affectif, continu, normatif). Chaque dimension reflète une approche théorique singulière.

3.2.2.1 L'implication affective

Les courants se situant exclusivement sur la dimension affective de l'implication ne prennent en compte que l'attachement affectif, émotionnel du salarié.

L'implication affective est issue de l'approche psychologique conçue d'abord par PORTER et SMITH (1970) qui définissent l'implication comme une « *orientation active et positive envers l'organisation* ». Certains auteurs comme SHELDON (1971)[307] à travers son concept de « social involvement » ou KANTER (1968)[308] vont se focaliser sur la relation entretenue par les individus avec les autres membres de leur organisation. D'autres chercheurs abordent la notion de partage des objectifs et des buts de l'entreprise sous l'angle de l'attachement affectif (BUCHANAN, 1974)[309].

[306] MOWDAY R.T., PORTER L.W., STEERS R.M., (1979), « The measurement of organizational commitment », *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 14, p. 224-247
[307] SHELDON M.E., (1971), « Investments and involvements as mechanisms producing commitment to the organization », *Administrative Science Quaterly*, Vol. 16, p. 143-150
[308] KANTER R.M., (1968), « Commitment and social organization : a study of commitment mechanisms in utopian communities », *American Sociological Review*, Vol. 33, N° 4, p. 499-517
[309] BUCHANAN B., (1974), « Building organizational commitment, the socialization of managers in work organizations », *Administrative Science Quaterly*, Vol. 19, p. 533-546

D'une manière générale, l'approche affective de l'implication décrit le processus d'identification psychologique au travail, que le travail soit considéré ou non *« comme une contribution à l'estime de soi »* (BABA, 1989)[310]. En définitive ces approches vont au-delà de l'aspect rationnel de la relation d'emploi en considérant que les individus s'attachent eux-mêmes à l'organisation s'ils perçoivent un investissement de cette dernière envers eux (STEERS, 1977)[311].

3.2.2.2 L'implication calculée

Elle concerne la dimension cognitive de l'attitude, cette approche définit l'implication comme une dynamique rationnelle interne aux sujets (COMMEIRAS, 1994)[312].

Adossées à la théorie des avantages comparatifs ou side-bet (BECKER, 1960)[313], les théories issues de l'approche comparatives considèrent que les salariés procèdent à une évaluation des bénéfices et coûts professionnels et personnels de leur implication.

Certains auteurs comme KANTER (1968) et son concept de « continuance commitment » l'ont associé l'intention de rester ou de quitter l'organisation en définissant l'implication cognitive comme *« l'attachement qui se produit quand il y a un attachement profit associé à la continuité de la participation et un coût associé à son interruption ».*

La dimension cognitive de l'implication ne se réduit pas à un aspect rationnel.

Ainsi, ne se cantonnant pas à un calcul des intérêts du sujet, la théorie de l'échange met l'accent sur la réciprocité de la entre un individu et une organisation. L'implication d'un salarié est alors fonction de ce qu'il considère percevoir mais aussi de ses attentes vis à vis de sa situation professionnelle, voir même de ses idéaux.

Elle est caractérisée par un processus de jugement (en référence aux deux processus internes fondamentaux définis par JUNG[314] en 1991 : la perception et le jugement. La perception concerne la collecte des données par le sujet dans son environnement et le jugement concerne le traitement des données. Toutefois, GAERTNER et NOLLEN

[310] BABA V.V., (1989), « Central life interests end job involvement : an exploratory study in the developing world », *International Journal of Comparative Sociology*, Vol. 30, N° 3-4, p. 181-194

[311] STEERS R.M., (1977), « Antecedents and outcomes of organizational commitment », *Administrative Science Quaterly*, Vol. 22, p. 46-56

[312] COMMEIRAS N., (1994), « La mesure de l'implication organisationnelle : existe-t-il un outil adéquat ? », *Annales du Management*, Vol. 1, p. 649-673

[313] BECKER H.S., (1960), « Notes on the concept of commitment », *American Journal of Psychology*, Vol. 66, p. 32-40

[314] JUNG C.G., *Types Psychologiques*, Librairie de l'Université de Géorgie, Première parution en 1920, 1991

(1989)[315] indiquent que ces dimensions des perceptions ou encore des croyances que s'est façonnée la personne. Leurs travaux montrent qu'une perception positive des possibilités d'évolutions professionnelles et de la sécurité de l'emploi influencent positivement l'implication.

Certains chercheurs prennent en compte à la fois la dimension affective et la dimension cognitive de l'attitude (WEBER, 1958 ; MORROW, 1983). Cette implication détermine une articulation complexe des sentiments et des émotions, le plus souvent les deux.

3.2.2.3 L'approche « normative »

L'implication normative fait référence à l'ensemble des pressions normatives internalisées qui poussent l'individu à agir dans le sens des objectifs et des intérêts de l'entreprise, non pas pour en tirer un bénéfice mais dans aussi dans un sens « moral » (WIENER, 1982).

Agir selon sa conception du devoir peut apparaître comme un acte volontaire et rationnel, cela contribue parallèlement au renforcement du sentiment d'identité des sujets ou encore leur sentiment d'appartenance (MASSONAT et BOUKARROUM [316], 1998) .Aucune définition de l'implication ne correspond à une conception purement conative, cependant cette dimension apparaît dans les théories présentant ce concept comme forme de mobilisation des énergies ou de fidélisation affective des salariés.

MOWDAY, PORTER, STEERS et BOULIAN (1974) soulignent « *une volonté d'exercer un effort pour l'organisation et le désir de rester membre de l'organisation* ». Cette définition met l'accent sur la volonté d'agir des salariés, directement liée à l'attachement des salariés de l'organisation. La dimension conative est surtout présente dans les approches tridimensionnelles de l'implication. ALLEN ET MEYER (1990)[317] définissent l'implication comme un état psychologique résultant, à la fois, des désirs, de la volonté, des devoirs, des intérêts du salarié, des intentions d'actions dans l'organisation et de l'intention de quitter ou non l'entreprise. S'ils introduisent la notion « d'implication

[315] GAERTNER K.N., NOLLEN S.D., (1992), « Turnover intentions and desire among executives », *Human Relations*, Vol. 45, N° 5, p. 447-469

[316] MASSONAT J., BOUKARROUM A., (1998), «Identité personnelle et Identité sociale », *Socialisation et Construction de la personne*, Tome 4, Ch. 9, Presse Universitaire de Grenoble

[317] ALLEN N.J., MEYER J.P., (1990), « The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization », *Journal of Occupational Psychology*, Vol. 63, p. 1-18

continue » se traduisant par la volonté de rester ou non membre de l'organisation, elle serait liée aux deux autres formes d'implication. DURRIEU et ROUSSEL (2002)[318] définissent l'implication organisationnelle comme *« l'attitude de l'individu correspondant d'une part à son attachement affectif à l'organisation dans laquelle il partage des valeurs communes ; d'autre part à son choix raisonné de lui rester fidèle, fonction de l'évaluation qu'il fait du coût d'opportunité de partir ou de rester, enfin à l'obligation morale qu'il ressent de lui rester fidèle et d'accomplir son devoir jusqu'au bout ».*

les composantes attitudinales de l'implication vont converger. Depuis 1960, BECKER[319] a abordé cet état de dissonance, qui peut conduire un individu en désaccord avec les valeurs de son organisation (affectif), à ne pas avoir l'intention de partir (conatif) car ce n'est pas son intérêt ou il ne pense pas pouvoir trouver un emploi dans un autre organisation (cognitif), implication que BECKER qualifie « par défaut ».

3.2.2.4 Un concept pour étudier la relation entre les salariés et leur entreprise

Les corrélats de l'implication sont la motivation, l'engagement au travail, le stress, l'implication dans l'emploi, la satisfaction au travail etc. (MOWDAY, 1979; MORROW, 1983). Par exemple, la motivation intrinsèque serait davantage corrélée à l'implication attitudinale alors que la motivation extrinsèque serait liée à l'implication calculée; l'engagement au travail serait davantage corrélé à l'implication attitudinale qu'à la dimension calculée. De même, le stress perçu influencerait significativement l'attachement des salariés à leur organisation. D'après MATHIEU et ZAJAC (1990) la dimension attitudinale de l'implication serait plus fortement reliée avec la satisfaction globale, la supervision, les collègues et le travail. La dimension calculée serait davantage corrélée à la satisfaction relative aux opportunités de promotion et de salaire. Les principales conséquences de l'implication organisationnelle sont la performance et le comportement de retrait, ce dernier pouvant se caractériser par une intention de quitter son organisation, l'absentéisme, le turn-over… Selon MOWDAY et al (1982), la

[318] DURRIEU F. et ROUSSEL P., (2002), « L'implication organisationnelle dans les réseaux de franchise : un concept pertinent pour les entreprises en réseau ? », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, N° 44, 2ème trimestre

[319] BECKER H.S., (1960), « Notes on the concept of commitment », *American Journal of Psychology*, Vol. 66, p. 32-40

performance est liée à l'implication organisationnelle. MOWDAY, PORTER et DUBIN (1974) suggèrent que les salariés les plus impliqués sont plus performants (PORTER, STEERS, MOWDAY et BOULIAN, 1974). Selon MOWDAY et al. (1982), la conséquence directe de l'implication des salariés devrait être un faible taux de turn-over. Ce que confirme STEERS, pour qui l'un des résultats les plus significatifs de l'accroissement de l'implication est la stabilité de la force de travail.

Retenons que l'implication est définie comme la *« notion qui traduit et explicite les liens entre la personne et l'entreprise »* (THEVENET, 1992) et que ce construit est tri-dimensionnelle. Elle n'est identifiable que par son extériorisation (comportements).

3.3 LES FACTEURS D'IMPLICATION : LE ROLE IMPORTANT DE L'ORGANISATION ET DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Différents modèles articulent les antécédents, les corrélats, les conséquences et l'implication (STEERS, 1977; MATHIEU et ZAJAC, 1990; LUTHAN, BAACK et TAYLOR[320], 1987).

Au niveau des antécédents, la compétence perçue présenterait une forte corrélation avec l'implication, par exemple. Dans cette perspective, les personnes les plus impliquées sont celles qui perçoivent que leurs besoins d'accomplissement et de développement sont satisfaits (MORRIS ET SHERMAN, 1981)[321]. Parallèlement, de nombreux chercheurs s'attachent à montrer que les exigences psychologiques croissantes du travail ont une influence négative sur l'implication organisationnelle.

3.3.1 *LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX CONSIDERES DANS LA RECHERCHE ET L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE : UNE ASSOCIATION NEGATIVE*

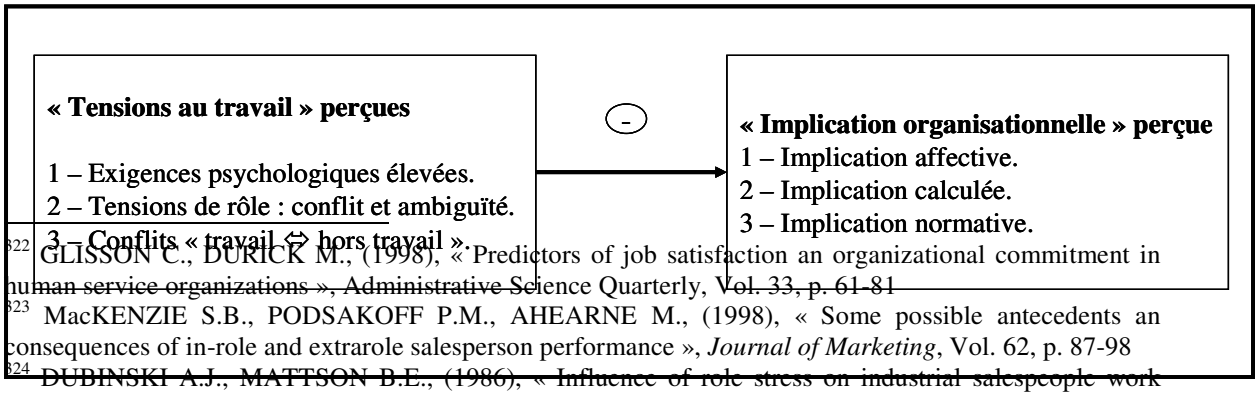
Les caractéristiques de l'organisation influencent l'implication. Selon STEVENS et al (1978), les grandes organisations offriraient davantage de chances de promotion et d'autres formes d'avantages. « L'effet taille » accentuerait les opportunités d'interactions personnelles, et influencerait donc positivement l'implication. Par ailleurs, la

[320] LUTHAN F., BAACK D., TAYLOR L. (1987), « Organizational commitment : Analysis of antecedents », *Human Relations*, Vol. 40, N° 4, p. 219-236

[321] MORRIS J.H., SHERMAN J.D., (1981), « Generabilizability of an organizational commitment model », *Academy of Management Journal*, Vol. 24, N° 3, p. 512-526

décentralisation et la participation à la prise de décisions seraient corrélées positivement à l'implication, à travers un meilleur engagement des salariés (MORRIS ET STEERS, 1980).

Au niveau des caractéristiques de la tâche, l'étendue du poste serait corrélée très positivement à l'implication, les emplois les plus complexes engendrant de plus forts taux d'implication. (MATHIEU et ZAJAC, 1990). Pourtant si l'on considère que la complexité des tâches entraîne une complexification des rôles, de nombreux chercheurs montrent que les tensions de rôle influencent négativement l'implication (GLISSON et DURICK[322], 1988, MacKENZIE et al.[323], 1998). Pour certains auteurs, l'ambiguïté de rôle aurait une influence moins significative voir nulle, comparativement à celle du conflit de rôle (DUBINSKI et MATTSON[324], 1986). L'assèchement des ressources ou les tensions ressenties par les personnes pour accomplir plusieurs rôles peut donc être un facteur de « désimplication organisationnelle ». Les premières recherches sur le sujet ont d'ailleurs montré que les facteurs liés au rôle sont les aspects les significatifs dans le développement du processus d'implication. Les expériences du travail ont donc une influence importante sur l'attachement des personnes à leur entreprise. Les interférences de la vie professionnelle sur la vie familiale pourraient diminuer l'implication affective des salariés (WILEY, 1987 ; LOUREL et GUEGUEN[325], 2007). Les effets directs et indirects des types de tensions du travail sont aujourd'hui remis en question[326]. Dans cette recherches, nous nous attacherons à analyser l'effet direct des exigences psychologiques du travail, des tensions de rôle et des conflits « travail – hors travail » sur l'implication.



[322] GLISSON C., DURICK M., (1998), « Predictors of job satisfaction an organizational commitment in human service organizations », Administrative Science Quarterly, Vol. 33, p. 61-81

[323] MacKENZIE S.B., PODSAKOFF P.M., AHEARNE M., (1998), « Some possible antecedents an consequences of in-role and extrarole salesperson performance », *Journal of Marketing*, Vol. 62, p. 87-98

[324] DUBINSKI A.J., MATTSON B.E., (1986), « Influence of role stress on industrial salespeople work outcomes in the United States, Japan and Korea », *Journal of International Business Studies*, First Quarter, p. 77-99

[325] LOUREL M., GUEGUEN N. (2007), « L'interface "vie privée - vie au travail ». Effets sur l'implication organisationnelle et sur le stress perçu », *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale*, N° 74, p. 49-58

[326] COMMEIRAS N., LOUBES A., FOURNIER C., (2007), *« Les managers de rayons face aux tensions de rôles : quelles incidences sur l'implication au travail »*, Actes du Congrès de l'AGRH, Fribourg

Figure 14 : La relation négative entre les tensions au travail et l'implication organisationnelle

C'est pour faire face à des interférences croissantes entre la vie professionnelle et la vie familiale que se sont développées les pratiques de soutien organisationnel et les programmes d'harmonisation[327]. De nombreux modèles reposant sur l'idée que les pratiques de soutien favorisent l'équilibre des rôles professionnels et « hors travail » et l'implication organisationnelle ont émergé (ALLEN, 2001[328] ; HAMMER et al.[329], 2003).

Les études menées sur les relations avec le groupe et le leader montrent une corrélation entre le management participatif et l'implication, tantôt positive (MORRIS ET SHERMAN, 1981), tantôt négative (SALANCIK, 1977)[330]. Nous l'avons mentionné au début de chapitre, pour les théoriciens du soutien organisationnel la relation d'échange est envisagée en termes de ressources octroyées aux salariés par l'organisation. En conséquence, ce concept considère l'échange exclusivement selon la perspective du salarié et lorsque les salariés se sentent soutenus par leur organisation, ils font preuve de réciprocité en aidant l'organisation à atteindre ses objectifs (EISENBERGER et al., 2001).

3.3.2 *LE LIEN ENTRE SOP ET L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE*

Le SOP influence positivement les comportements de citoyenneté organisationnelle (SHORE et WAYNE, 1993 ; WAYNE et al., 1997 ; MOORMAN et al., 1998), la performance au travail (EISENBERGER et al., 1986, 1990) et un effet négatif sur l'absentéisme (EISENBERGER *et al*., 1986).

[327] Dans les pays anglo-saxons : les friendly-famili

[328] ALLEN T.D. (2001), « Family supportive environments : The role of organizational perceptions », *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 58, p. 350-370

[329] HAMMER L.R., BAUER T.N., GRANDEY A.A., (2003), « Work family conflict and work related behaviour" , *Journal of Business and Psychology*, Vol. 17, p. 419-436

[330] SALANCIK G.R., PFEFFER J., (1977), « An examination of need-satisfaction models of job attitudes », *Administrative Science Quaterly*, Vol. 22, p. 427-456

Les résultats des recherches existantes indiquent un effet positif du soutien organisationnel sur l'implication organisationnelle (EISENBERGER et al., 1990 ; SHORE et WAYNE, 1993) et plus particulièrement sur sa dimension affective.

Concernant la nature du soutien organisationnel, EISENBERGER et al. (1986) estiment que la promotion, les perspectives d'évolution professionnelle, la formation et la sécurité de l'emploi sont des pratiques que les employés perçoivent comme matérialisation du soutien. GAERTNER et NOLLEN (1989) confirment la relation entre la perception de ces pratiques (en considérant la formation, la mobilité et la sécurité de l'emploi) l'implication psychologique.

Si le lien entre le SOP et l'implication organisationnelle fait l'objet de nombreuses recherches, c'est surtout dans une perspective d'affinement des résultats existants sur la relation entre le soutien organisationnel et la performance au travail (LYNCH et al.[331], 1999).

La performance au travail est définie *« comme la valeur totale attendue par l'organisation des épisodes de comportements discrets qu'exerce un individu pendant une période de temps donnée »*. Récemment, EISENBERGER et al.[332] (2001) soulignent une relation positive entre le soutien du supérieur hiérarchique et la performance dans le rôle alors que le SOP n'est pas significativement lié à la performance.

Plusieurs recherches récentes tendent à montrer que le soutien du supérieur hiérarchique renforce plus significativement l'implication affective des personnes que le soutien de l'entreprise (NEVES et CAETANO[333], 2006 ; MAERTZ et al.[334], 2007).

Les mêmes auteurs ont montré que le soutien du supérieur hiérarchique médiatise la relation entre le SOP et l'implication affective. Par ailleurs, le soutien du supérieur hiérarchique médiatise la relation entre SOP et le turnover (MAERTZ et al., 2007).

En définitive, ces auteurs démontrent que la qualité des relations interpersonnelles influencent plus significativement l'attachement des personnes à l'organisation que les pratiques « tangibles » de soutien de l'entreprise. En d'autres termes, la formation, la mobilité et la sécurité sont moins importantes que le développement de relations de

[331] LYNCH P.D., EISENBERGER R., ARMELI S., (1999), « Perceived organizational support : inferior versus superior performance by wary employee », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 84, p. 467-483

[332] EISENBERGER R., ARMELI S., REXWINKEL B., LYNCH P.D., RHOADES L. (2001). « Reciprocation of perceived organizational support », *Journal of Applied Psychology*, vol. 86, n°1, p. 42-51

[333] NEVES P., CAETANO A., (2006), « Social Exchange Processes in Organizational Change: The Roles of Trust and Control », *Journal of Change Management*, Vol. 6, p. 351-364

[334] MAERTZ Jr C. P., GRIFFETH R. W., CAMPBELL N. S., ALLEN D. G., (2007), « The effects of perceived organizational support and perceived supervisor support on employee turnover », *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 28, p. 1059-1075

qualité entre les personnes, basées sur le respect et la confiance entre les collaborateurs. Dans cette perspective, l'intensité et la nature des relations interpersonnelles constituent une piste de recherche prometteuse. C'est pourquoi, nous abordons dans la section suivante les résultats de recherche ayant traité de ces aspects.

3.3.3 *LE LIEN ENTRE ELM ET L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE*

Nous l'avons évoqué précédemment, l'échange Leader-Membre conceptualise la relation entre un manager et son collaborateur (DIENESCH et LIDEN, 1986). Ce concept suppose que les supérieurs hiérarchiques nouent des relations qualitativement différentes avec leurs collaborateurs. Similairement aux résultats concernant l'influence du soutien organisationnel perçu, le concept de l'échange Leader-Membre (ELM) influence sur la satisfaction au travail, l'intention de quitter l'entreprise et l'implication organisationnelle (particulièrement l'implication affective) (GERSTNER et DAY, 1997). Les mêmes auteurs ont montré une corrélation très forte entre ce facteur et la performance au travail. Récemment, LIDEN (2000) ou encore WAYNE et al. (2002) ont confirmé l'intensité des liens entretenus entre l'ELM, la satisfaction, l'implication affective et la performance.

Dans cette perspective, de nombreux auteurs se sont attachés à comprendre la nature des ressources mobilisées dans cette relation d'échange. Ainsi, Kacmar et al. (2003) révèlent que: l'ELM est plus fortement lié à la performance au travail du collaborateur si la fréquence des communications entre les deux acteurs est forte. Dans une perspective proche, REID et al.[335] (2008), ont montré que le ELM est très significativement lié à l'implication affective (comparativement à l'offre de formation-développement de carrière). Notons que les résultats concernant l'influence du ELM ne convergent pas tous. En effet, SHERONY et GREEN[336] (2002) trouvent une relation négative l'ELM et l'implication organisationnelle. Les développements récents des recherches sur l'ELM tentent d'identifier les caractéristiques du leader (leadership, personnalité etc.) (LIDEN, 2008). Les recherches sur l'ELM montrent qu'un cadre de proximité apprécié par ses

[335] REID M. E.; ALLEN M.W., RIEMENSCHNEIDER C. K., ARMSTRONG D. J. (2008) , "The Role of Mentoring and Supervisor Support for State IT Employees' Affective *Organizational Commitment*.", *Review of Public Personnel Administration*, Vol. 28, p1059-1075

[336]SHERONY K., GREEN S., (2002), « Coworker Exchange: Relationships Between Coworkers, Leader-Member Exchange and Attitudes », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 87, p. 542-548

collaborateurs est aussi important, voir plus important que les programmes des entreprise destinés à valoriser la contribution et le bien-être des employés.

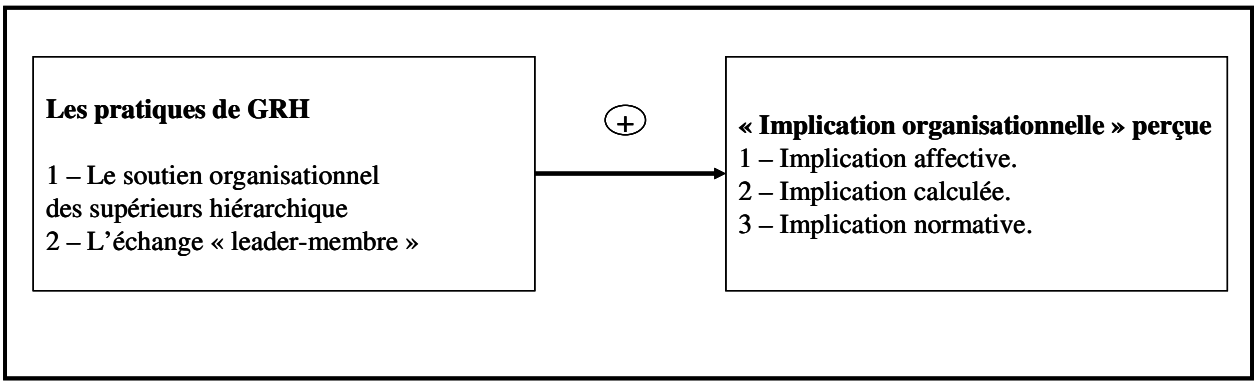


Figure 15 : La relation positive entre les pratiques de GRH (soutien du supérieur et échange « leader-membre ») et l'implication organisationnelle

CONCLUSION DU CHAPITRE 3

Les travaux présentés dans le chapitre 3 appréhendent les pratiques de soutien de l'entreprise (soutien organisationnel, tangible) comme un antécédent de l'implication et de la performance organisationnelle. Nous avons montré que les approches relatives au contrat psychologique, la justice organisationnelle, le soutien organisationnel et à l'échange « leader-membre » symbolise la relation d'emploi à différents niveaux.

Premièrement, dans ces travaux, la relation d'échange n'est pas abordée de manière « dyadique » (à l'exception des chercheurs s'inscrivant dans un pan de recherche sur le contrat psychologique). En d'autres termes, ces approches se basent sur la perception d'une personne dans la relation. Aussi nous semble-il important de considérer les influences jouées par l'individu lui-même (ses attentes de soutien), par les supérieurs hiérarchiques immédiats (comportements de soutien) et par les collègues (attentes et comportements de soutien).

Ce premier point nous amène à deuxièmement, aborder la question de la nature des ressources échangées entre les personnes et leur environnement de travail. La définition du soutien organisationnel perçu et l'échelle de mesure qui a été développée par ses auteurs nous renseigne sur le caractère de l'échange : la valorisation de la contribution et du bien-être des salariés. Toutefois, les informations concernant la nature et les types de comportements mobilisés dans la relation d'échange sont quasi-inexistantes (reformuler), à notre connaissance.

Troisièmement, il semble essentiel de considérer le contexte dans l'analyse des relations d'échange entre l'individu et l'organisation pour affiner la compréhension des effets du soutien social organisationnel sur l'implication des salariés. Le contexte, la culture nationale, la culture organisationnelle, le contenu du métier etc. influencent probablement la nature ressources échangées.

Sur ces trois points, les travaux menés sur le soutien social nous paraissent riches. Les chercheurs de ce courant s'intéressent à l'effet des relations interpersonnelles sur la santé de l'individu. La mise en perspective de ces deux courants de recherche nous semble intéressante dans la mesure où nous avons montré dans l'introduction, que la prévention du stress professionnel représente un enjeu fort de la GRH. Plus précisément, la prévention du stress peut constituer un levier dans la création de conditions favorables à l'implication.

CONCLUSION DE LA PARTIE I

Dans la première partie de la thèse, notre premier objectif a été de décrire l'influence négative de trois types de risques psychosociaux sur l'épuisement professionnel. Les nombreuses études empiriques consacrées à l'étude de ce lien ouvrent sur des questionnements relatifs au rôle de l'organisation par rapport à la qualité de vie au travail des personnes. Notre deuxième objectif a donc été d'étudier la relation entre l'organisation et ses salariés sous l'angle du soutien organisationnel. Nous avons mis en évidence deux types de soutien : un soutien tangible de l'entreprise et un soutien social entre les personnes. Dans cette perspective, nous avons présenté les travaux relatifs au rôle de soutien social au travail[337] sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle.

Schématiquement, cette première partie de thèse peut être lue dans deux directions. Une première voie concerne les implications réciproques des parties de la relation « organisation⇔personne » et une deuxième voie caractérise les recherches sur les comportements de soutien dans les relations interpersonnelles.

Ces deux approches caractérisent des modèles de recherches sur les comportements organisationnels différents. Le premier courant s'intéresse à l'explication de la construction de l'implication organisationnelle. Le deuxième courant traite des effets du soutien social sur la relation entre des exigences de travail fortes et la santé.

La mise en perspective des liens entre les concepts (risques psychosociaux[338] / soutien / « comportements ») étudiés dans les trois chapitres fait émerger le modèle général de cette recherche doctorale (figure 16 de la page suivante). Nous souhaitons (1) tester les effets directs des tensions au travail sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle. Nous souhaitons également évaluer l'influence des types SST perçu sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle (effets direct et modérateur).

[337] Dans la revue de littérature, les résultats des recherches présentées dans le chapitre 3 concerne le soutien des supérieurs hiérarchiques

[338] Nous étudions trios risques psychosociaux : les demandes psychologiques, les tensions de rôle et les conflits entre le travail et le hors travail

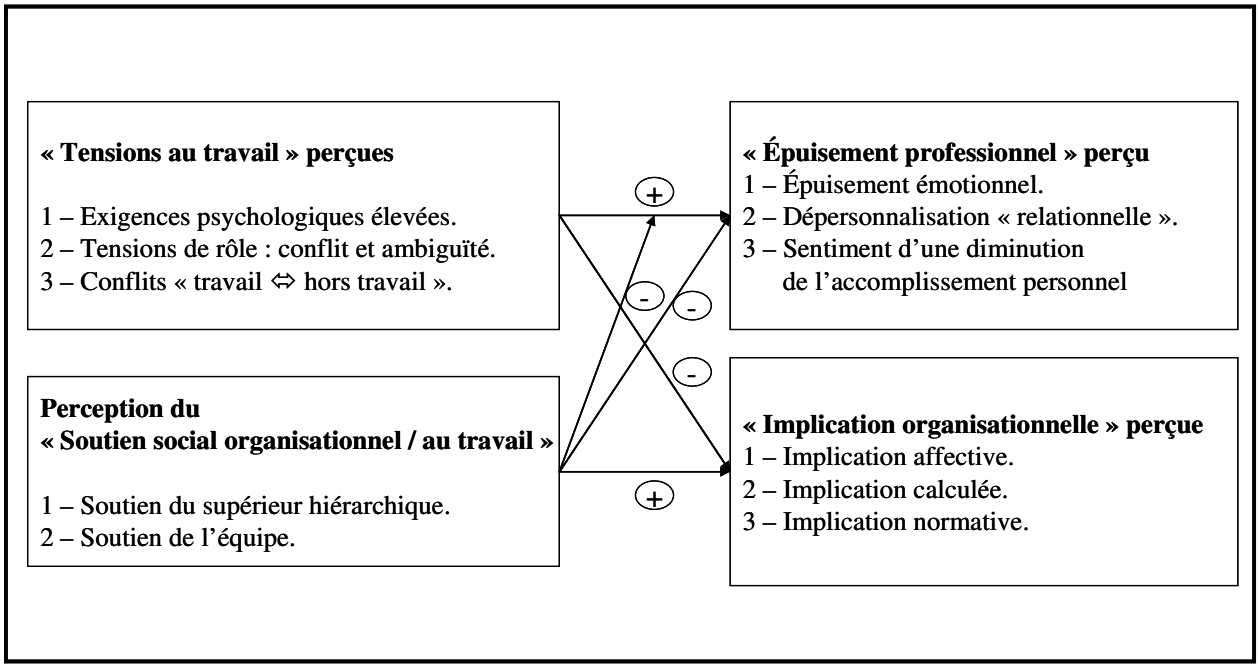


Figure 16 : Modèle général de la reherche

Selon YIN[339] (1994), la méthode des cas est une stratégie méthodologique appropriée lorsque la question de recherche commence par un « pourquoi » et/ou un « comment ». Au stade de la structuration et de la problématisation de l'objet de recherche, plusieurs questions ont émergé : Pourquoi le soutien social au travail est-il peu étudié en France ?

S'il existe, comment se matérialise-t-il en terme de pratiques ? Les pratiques décrites dans les travaux anglo-saxons sont-elles adéquates au contexte hospitalier français ?

Si certaines pratiques de soutien sont reconnues par les « fournisseurs » de soutien, comment sont-elles perçues par les collaborateurs ? Si certains comportements sont reconnus, influencent-ils fortement l'épuisement perçu et l'engagement des personnes ?

Concernant la conceptualisation du soutien social, quatre points peuvent être soulignés :

- (1) Le soutien social peut être étudié sous trois angles : (1) **le réseau social** *« le nombre de relations sociales qu'un individu a établies avec autrui, la fréquence des contacts sociaux effectifs avec ces personnes et l'intensité de ces liens »* (BARRERA, 1986), (2) **le soutien reçu** concerne « *l'aide apportée à un*

[339] YIN R.K., (1989), *Case study research design and methods*, Beverly Hills, Sage Publications

individu par son entourage » (WINNUBST ET AL.[340], 1988)., (3) **soutien perçu** "*l'évaluation cognitive d'une personne à propos du soutien qu'elle estime recevoir d'autrui*" (BARRERA[341], 1981). Ces trois aspects sont dépendants.

- (2) Classiquement, les chercheurs se réfèrent à la définition de HOUSE (1981)° concernant la nature du soutien social « *Une transaction interpersonnelle impliquant une ou plusieurs des dimensions suivantes (1) de l'intérêt émotionnel […] (2) une aide instrumentale ou matérielle (biens ou services), (3) une information (concernant l'environnement) ou (4) de l'estime (information concernant l'estime de soi)* »
- (3) La richesse conceptuelle sur le soutien social détermine de nombreuses définitions et de nombreux instruments de mesure. Cette diversité s'explique par l'influence de nombreux facteurs contextuels, situationnels et personnels (HUPCEY[342], 1998). Les conceptualisations et l'opérationnalisation de ce concept sont influencées par le contexte de la recherche.
- (4) Il semble admis par les chercheurs en psychologie sociale que la dimension émotionnelle du soutien soit la plus importante (WINNUBST *et al.,* 1988) tandis que la revue de littérature sur le soutien social au travail fait état d'un soutien plutôt instrumental (KARASEK et al.[343], 1982 ; HILL et al.[344], 1989).

Le choix de l'étude de cas est subséquent à ces questions. A ce stade, la comparaison des approches du soutien organisationnel, du soutien en psychologie de la santé et du soutien en psychologie sociale fait émerger des « facteurs clés » dans la relation de soutien social : l'affect, la reconnaissance et le sentiment d'appartenance à un groupe.

[340] WINNUBST J. A. M., BUUNK B. P., MARCELISSEN F. H. G., (1988), *Social support and stress: Perspectives and processes,* In, *Handbook of life stress, cognition and health*, FISCHER S., REASON J., p. 511–528, Chichester, Wiley

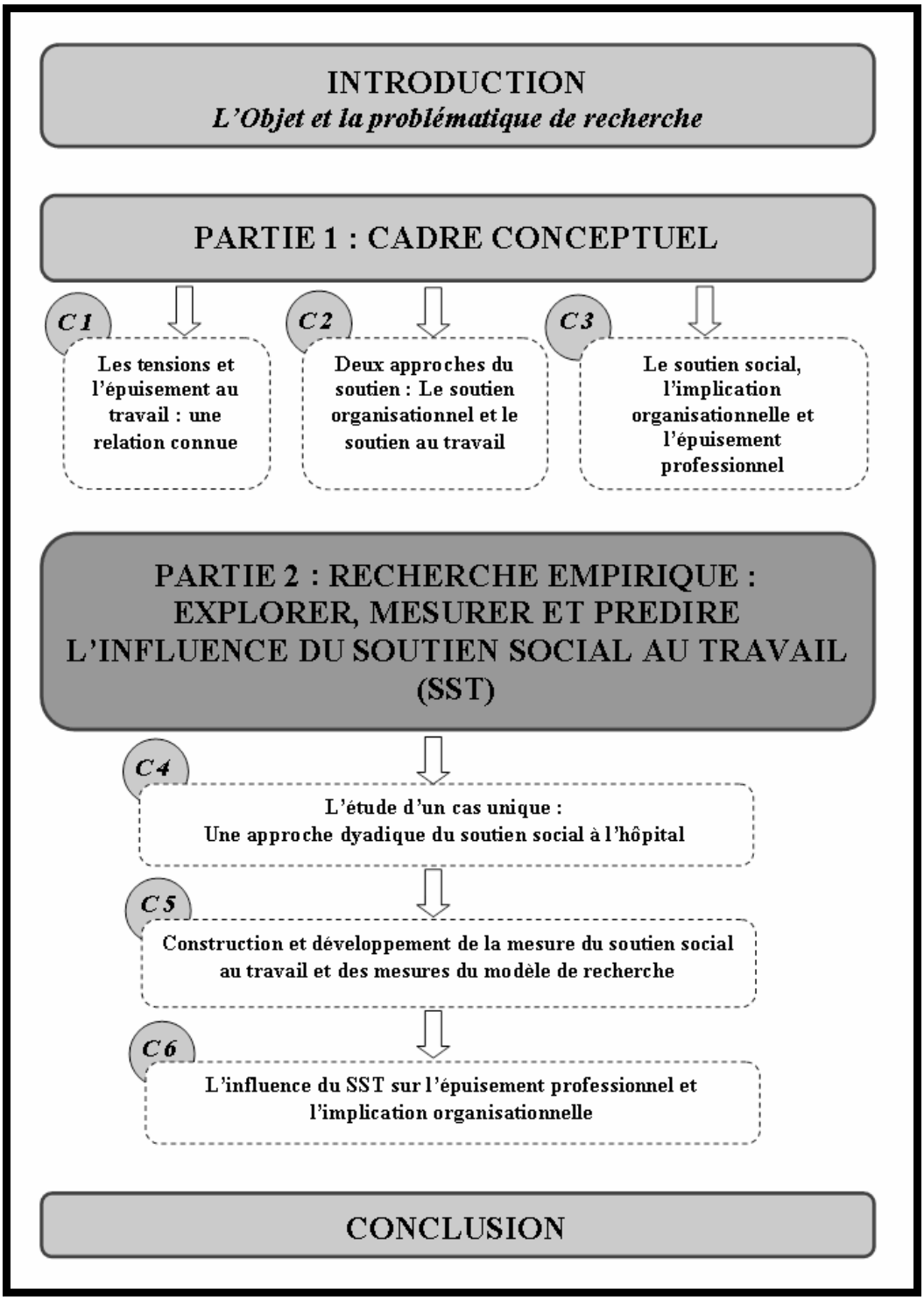
[341] BARRERA M., (1981). "Social Support in the Adjustment of Pregnant Adolescents: Assessment Issues", dans B.H. Gottlieb (dir.), *Social Networks and Social Support*, Beverly Hills, CA: Sage, p. 69-96.

[342] HUPCEY J.E. (1998), "Clarifying the social support theory-research linkage", *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 27, p. 1231-1241

[343] KARASEK R. A., TRIANTIS K. P., CHAUDHRY S. S., (1982), « Coworker and Supervisor Support as Moderators of Associations between Task Characteristics and MentalStrain », *Journal of Occupational Behaviour*, Vol. 3, N° 2, p. 181-200

[344] HILL E.S., BAHNIUK M.H., DOBOS J., ROUNER D., (1989), "Mentoring and other communication support in the academic setting", *Group and Organization Studies*, vol. 14, p. 355-368

PARTIE 2 – PARTIE EMPIRIQUE



INTRODUCTION DE LA PARTIE 2

La problématique de recherche est le fruit d'une progression en trois temps: (1) l'initialisation de la recherche à partir d'un intérêt pour la qualité de vie au travail du personnel soignant et d'un questionnement sur le stress à l'hôpital (stresseurs, conséquences du stress, influences d'un environnement « soutenant »), (2) une revue de littérature sur les modèles de recherche intégrant le soutien organisationnel, le soutien social, le stress et les comportements organisationnels. Enfin, la structuration de ce travail s'est construite autour des nombreux allers-retours entre les modèles théoriques et le terrain hospitalier.

Au point de départ de cette recherche, une attention particulière a été portée à la culture, l'organisation hiérarchique, l'organisation des relations entre les différents acteurs de l'hôpital. Le choix de la stratégie d'investigation est fondé sur un questionnement relatif à l'existence de comportements et des pratiques de « soutien social organisationnel »[345] dans le contexte hospitalier français.

UNE METHODE QUALITATIVE ET QUANTITATIVE POUR REPONDRE A QUATRE QUESTIONS

Le choix d'une approche universaliste ou particulariste se réfère à la posture adoptée par le chercheur par rapport au phénomène qu'il étudie. La première approche postule la tranférabilité du phénomène entre les cultures et les contextes tandis que la seconde approche caractérise l'appréhension du phénomène selon la culture et le contexte que le chercheur observe.

Concernant le soutien social organisationnel, nous avons mis en évidence l'influence du contexte sur sa conceptualisation.[346]. Par conséquent, nous nous positionnons plutôt dans une approche particulariste.

[345] Nous proposons cette expression pour traiter des relations de soutien interpersonnelles dans l'organisation.
[346]PINES A.M., BEN-ARI A., UTASI A., LARSON D., (2002), « A cross-cultural investigation of social support and burnout », *European Psychologist*, Vol. 7, p. 256-264

La mise en perspective des deux courants de recherche que nous avons traités dans la première partie nous amène à formuler quatre problématiques générales de recherche :

(1) Quels sont les comportements de soutien que les managers de proximité et membres des équipes de travail estiment mobiliser pour aider leurs collaborateurs face aux difficultés qu'ils rencontrent « au travail » et « hors travail » ?

(2) Quels sont les comportements de soutien attendus et perçus par les salariés pour faciliter leur qualité de vie au travail ?

(3) La perception élevée d'un soutien social au travail influence-t-elle négativement l'épuisement professionnel ressenti par les personnes?

(4) La perception élevée d'un soutien social au travail influence-t-elle positivement l'implication organisationnelle.

Le soutien social organisationnel est difficile à étudier. En effet, le chercheur qui observe ce phénomène n'a pas le pouvoir de déclencher les comportements de soutien ou de les contrôler. Concernant le choix de la méthode, d'un côté, la recherche en sciences de gestion développe des outils statistiques permettant d'étudier les aspects quantifiables des attitudes et des comportements organisationnels. Le corollaire de la quantification est d'adopter une vision symbolique permettant d'une part, (1) une abstraction et une objectivation des phénomènes complexes et prétendant à la validité externe des résultats mais d'autre part, (2) caractérisant une vision qui peut être naïve de ces phénomènes.

De l'autre côté, la recherche en sciences de gestion est marquée par des recherches plus fouillées. L'étude de cas par exemple, autorise une proximité entre le chercheur, son terrain et son objet de recherche. Cette proximité caractérise des résultats permettant une compréhension globale des concepts complexes mais la limite principale de cette approche concerne la validité externe des résultats. La généralisation des observations concernant le phénomène étudié.est difficile, particulièrement lorsqu'il s'agit de l'étude d'un cas unique. (DE LA VILLE[347], 2000).

[347] DE LA VILLE V.I., (2000), « La recherche idiographique en management stratégique : une pratique en quête de méthode ? », *Finance Contrôle Stratégie*, Vol. 3, p. 73-99

Certains chercheurs plaident en la faveur d'une approche systématique du soutien social (PIERCE et al[348]., 1997) et nous reconnaissons l'importance de cette approche.

Pour répondre aux quatre problématiques de la recherche, nous mobilisons deux approches : une approche qualitative (basée sur des entretiens qualitatifs) et une approche quantitative (basée sur l'administration d'un questionnaire pour tester deux modèles de recherche). Nous pensons en effet que la combinaison des deux approches présente des avantages majeurs.

L'approche qualitative n'est pas strictement « inductive » et l'approche quantitative n'est pas strictement « déductive ». Ce travail n'est pas exploratoire au sens « strict ».

D'une part, les travaux sur le soutien menés par les psychologues constituent une base théorique solide que nous souhaitons confronter au terrain. D'autre part, l'influence du soutien a été testée dans de nombreux modèles intégrant différents types d'attitudes et comportements. Si l'influence directe, modératrice ou médiatrice est discutée, de nombreux travaux font autorité et il semble admis que le soutien ait globalement un effet positif sur le stress et ses conséquences sur la santé et les comportements.

EXPLORER ET MESURER LE SOUTIEN POUR TESTER SES EFFETS.

La confrontation des observations du terrain à la théorie permet d'enrichir les connaissances antérieures (CHARREIRE et DURIEUX[349], 2003). Notre objectif n'est pas de remettre en question les éléments soulignés dans la revue de littérature mais de les confronter à la réalité d'un terrain et d'un contexte particulier :

- l'exploration conceptuelle par une approche qualitative propose d'étudier la nature ressources sociales échangées dans la relation de soutien social de manière dyadique : la perception de la personne qui fournit le soutien et la perception de la personne qui le reçoit. Nous déterminons les aspects significatifs de la perception du soutien social des receveurs (équipe soignante), en tenant compte de leur environnement relationnel.
- Le test quantitatif est une démarche hypothético-déductive. Sur la base de la confrontation des données concernant la conceptualisation du soutien aux

[348] PIERCE G.R., LAKEY B., SARASON I.G., SARASON B.R., JOSEPH H.J., (1997), *Personality and Social Support Processes: A Conceptual Overview,* In, *Sourcebook of social support and personality*, PIERCE G.R., LAKEY B., SARASON I.G., SARASON B.R., New York and London, Plenum Press

[349] CHARREIRE S., DURIEUX F., (2003), *Explorer et tester : deux voies pour la recherche*, In, *Méthodes de recherche en management*, THIETART R.A., (2003), Editions Dunod

observations qualitatives, nous construisons deux modèles de la perception du soutien social des « receveurs ». Conformément aux recommandations de EISENHARDT[350] (1989) et STRAUSS et CORBIN[351] (1990), nous construisons un modèle théorique du soutien que nous testons ensuite de manière contextualisée.

Compte tenu de la nature de nos objectifs à la fois qualitatifs et quantitatifs, les contraintes temporelles pèsent sur la construction du protocole de recherche. Conformément aux recommandations de PIERCE et al., (1997), nous considérons que les perceptions du soutien social sont influencées par la nature des comportements mobilisés par les fournisseurs de soutien.

Par conséquent, notre objectif est d'abord de **d'identifier (chapitre 4):**

- les situations qui nécessitent la mobilisation de comportements de soutien au travail.
- Les facteurs qui facilitent et/ou qui freinent l'expression de ces comportements.

Nous souhaitons ensuite **décrire (chapitre 4):**

- le rôle perçu par les managers de proximité dans la relation de soutien à leurs collaborateurs ?
- la perception des personnes par rapport au soutien reçu par le manager de proximité et les membres de l'équipe de travail.

La description précède l'**opérationnalisation (chapitre 5):**

- nous souhaitons développer deux échelles de mesure du soutien au travail, basées sur l'évaluation du receveur de soutien (personnel soignant) : une échelle de mesure de la perception du soutien social par rapport au manager de proximité et une échelle de mesure de la perception du soutien par rapport à l'équipe.

L'opérationnalisation sert la **prédiction (chapitre 6)**:

[350] EISENHARDT K.M., (1989), « Building theories from case study research », Academy of Management Review, Vol. 14, p. 532-530

[351] STRAUSS A., CORBIN J., (1990), *Basics of qualitative research, grounded theory and technics*, Newbury Park, CA, Sage

- une perception élevée du soutien social au travail permet-elle de protéger l'individu du syndrome d'épuisement professionnel, compte tenu des exigences du travail ?
- une perception élevée du soutien social au travail permet-elle de favoriser l'implication organisationnelle, compte tenu des exigences du travail et de l'épuisement professionnel ?

RESUME ET ANNONCE DU PLAN DE LA DEUXIEME PARTIE

Dans la deuxième partie de la thèse, nous présentons les trois étapes de la recherche empirique :

(1) Une recherche qualitative a été menée pour explorer et définir le soutien social travail en milieu hospitalier.

(2) Une échelle de mesure du soutien social au travail perçu est développée.

(3) pour évaluer les effets de ce soutien sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle.

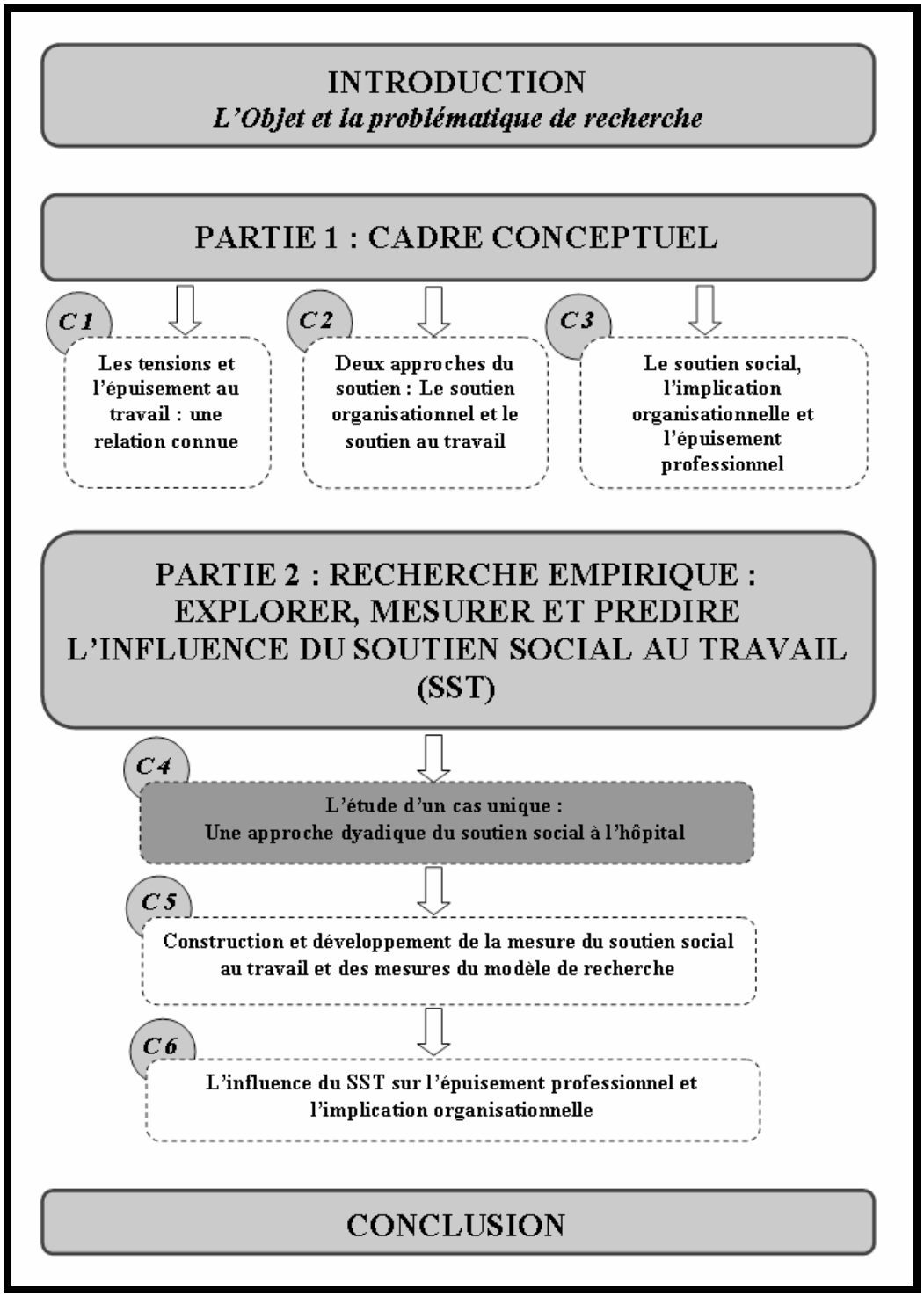
Cette partie s'articule autour de trois chapitres. Pour chaque point, la présentation de la méthode précèdera la mise en œuvre de la démarche, la présentation des résultats et leur discussion.

Premièrement, nous avons mené 60 entretiens exploratoires pour cerner les éléments significatifs de l'expression du soutien social au travail (SST). Le chapitre 3 présente la mise en œuvre de la démarche empirique, la justification du choix de l'étude d'un cas unique et du secteur hospitalier et les résultats de l'approche dyadique

Deuxièmement, les procédures d'opérationnalisation et d'épuration (deux collectes de données : N1= 99 et N2 = 171) de la mesure du SST que nous développons font l'objet du chapitre 4. La procédure de sélection et de développement des échelles nécessaires à notre expérimentation (tensions au travail : exigences psychologiques, conflits de rôle, conflit travail / famille ; épuisement professionnel et implication organisationnelle) sont également présentées dans ce chapitre.

Troisièmement, les résultats concernant l'influence directe du SST sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle font l'objet du sixième chapitre. Les résultats quantitatifs sont discutés et enrichis par les résultats de l'approche qualitative.

CHAPITRE 4 - LA RECHERCHE QUALITATIVE : UNE APPROCHE DYADIQUE DU SOUTIEN SOCIAL A L'HOPITAL



INTRODUCTION DU CHAPITRE 4

Ce chapitre est consacré à la mise en œuvre de la démarche qualitative, à la présentation des résultats et leur discussion.

L'analyse de contenu au fur et à mesure de l'avancement des entretiens nous a permis d'affiner les deux premières questions de recherche[352]. Cette évolution caractérise la rédaction de quatre « parties » dans le guide d'entretien: (1) une partie du guide est destinée à mettre en exergue la nature des comportements de soutien au travail. Une partie a pour objectif de (2) spécifier les caractéristiques des comportements de soutien, qu'ils soient mobilisés par le cadre de santé ou les membres de l'équipe. Une partie se réfère (3) aux situations « d'expression du soutien » et (4) les facteurs contextuels, situationnels et personnels sont traités.

Il ne s'agit pas d'un choix fait *a priori,* c'est au contact des personnes interrogées que nous avons réalisé qu'il était difficile d'étudier isolément le contenu des comportements et la manière dont ils sont perçus d'aide sans considérer leurs interactions.

Le premier résultat est la mise en évidence l'existence de cinq niveaux de perception du soutien social au travail : (1) la reconnaissance de l'existence de comportements d'aide au quotidien et en cas de situation difficile, (2) les comportements de soutien « voulus », (3) la possibilité d'exercer tel ou tel type de soutien, (4) les attentes de soutien et (5) la perception du soutien au travail. Le second résultat concerne la reconnaissance des situations qui nécessitent de mobiliser les comportements de soutien et le troisième résultat concerne les freins / facilitateurs à l'expression de ces derniers. Il est mobilisé pour aider les personnes à vivre au mieux leur situation de travail et dans les moments de tensions (aide dans le travail, aménagement des plannings etc.). En d'autres termes, il ressort qu'il est bon de favoriser le soutien sur le lieu de travail qu'il s'agisse de situations « normales » ou de « tensions ». Par ailleurs, les comportements d'aide des cadres

[352] Se référer à l'introduction de la partie 2.

peuvent être caractérisés de « pratiques RH ». En effet, les cadres reconnaissent que dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, de difficultés de gestion des plannings etc. « *Tous les moyens sont bons pour développer un climat de confiance et de mobilisation des troupes dans le service. Notre rôle est essentiel : si les choses se passent mal entre le cadre et l'équipe c'est le chaos […] Donc, on a plutôt intérêt de se soucier de la relation avec l'équipe, cela fait partie intégrante de nos pratiques* » (entretien 2.1, cadre de santé du pôle de rééducation).

4.1 MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE : L'INTERET DU MILIEU HOSPITALIER POUR ETUDIER LES RELATIONS INTERPERSONNELLES

Nous avons fait le choix du secteur hospitalier parce que ce secteur se caractérise par des contraintes nombreuses. Par exemple, la continuité du service au public 24 heures sur 24 implique un roulement des effectifs sur 24 heures, souvent synonyme de conditions de travail et de vie difficiles. L'objectif de cette section est de présenter les raisons qui nous ont amené à choisir le milieu hospitalier comme terrain de recherche.

Les agents des services de soins connaissent des contraintes d'horaires spécifiques : atypicité, travail en début de matinée et en fin de soirée avec leurs inconvénients en ce qui concerne la vie familiale et sociale, travail le week-end et les jours fériés… A cela s'ajoutent d'autres contraintes que sont la charge physique, mentale et psychique (stress) (SAINSAULIEU[353], 2003) qui font du milieu hospitalier, un milieu professionnel à haut niveau d'épuisement professionnel (MACREZ ET BONNET[354], 2004).

Nous avons choisi d'étudier trois types de risques psychosociaux : **les rapports entre le travail et le hors travail, les tensions de rôle et les exigences du travail.** Nous pensons que ces trois facteurs influencent significativement l'épuisement professionnel perçu et l'implication des soignants à leur établissement.

[353] SAINSAULIEU Y., (2003), *Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, Editions L'Harmattan

[354] MACREZ P., BONNET M., (2004), « Comprendre l'épuisement professionnel des soignants », *Revue de l'Infirmière*, N° 100, p. 19-22

4.1.1 *UN SECTEUR OU LA QUALITE DES RELATIONS EST ESSENTIELLE*

Les évolutions organisationnelles vécues dans le secteur hospitalier ces dernières années ont généré de nouvelles contraintes qui rendent les problématiques GRH de plus en plus complexes (remplacement, par exemple). La mise en place de la RTT, la distinction des tâches AS-ASH, la mise en place des pôles avec le développement ou la suppression d'activités et le réaménagement des établissements nécessitent une adaptation des acteurs. Parallèlement à ces évolutions, la rigueur budgétaire et l'optimisation des moyens humains se traduit par l'obligation d'une adéquation stricte entre les besoins et les ressources des établissements. La complexité du système est renforcée par la relative difficulté de recrutement constatée depuis plusieurs années pour le personnel infirmier et aide-soignant.

Par ailleurs, le secteur hospitalier est caractérisé par de hauts niveaux d'épuisement professionnel. Dans son ouvrage, CANOUI[355] (2004) indique que *« le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) ou burn out syndrome sont des termes inventés par des soignants pour des soignants afin de désigner " une expérience psychique douloureusement vécue par des personnes engagées dans un travail ayant pour but d'aider les gens* ". »

Une recherche récente de LISSANDRE et al. (2008)[356], menée sur un échantillon composite (médecins, cadres de santé, IDE, AS, ASH) montre que 25% des infirmières et 35% des aides-soignantes et des agents des services hospitaliers sont touchés par le syndrome du *burnout*. Le syndrome se manifeste différemment en fonction des catégories de personnel : accomplissement personnel pour les infirmières, déshumanisation de la relation d'aide les AS-ASH. Sur cet échantillon, l'épuisement émotionnel s'observe sur une population plus âgée, plus ancienne dans le service et confrontée à l'urgence, entraîne une atteinte de la qualité de la vie, et serait lié à une mauvaise organisation du travail et à un manque d'échanges dans le service.

COURTIAL ET HUTEAU[357] (2005) précisent les caractéristiques du *burnout* des

[355] CANAOUI P., MAURANGES A., (2004), *Le burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, De l'analyse aux réponses,* Eds Masson. Paris

[356] (N=207) LISSANDRE S., ABBEY-HUGUENIN H., BONNIN-SCAON S., ARSENE O., COLOMBAT P., (2008), « Facteurs associés au burnout chez les soignants en oncohématologie », Oncologie, Vol. 10, N°2, p. 116-124

[357] COURTIAL, J.P., HUTEAU S., (2005), « Le burnout des infirmières : de la recherche à l'hôpital », *Santé publique*, N° 17, p. 385-402

infirmières et font ressortir deux points clés. Il serait *« lié à la nécessaire relation de l'infirmière à ses malades, une « culture cynique » ne se mettant pas en place, malgré une distance jugée nécessaire au professionnalisme »*. Les auteurs mettent en évidence l'influence de l'environnement relationnel sur l'épuisement professionnel perçu, « *le burn out renvoie à l'ensemble des impasses relationnelles de l'hôpital qui renvoient en fin de compte aux impasses de la société tout entière : impasses dans les relations de travail souvent détestables, impasse induite par une vision productiviste de l'hôpital chargé d'une maintenance des corps considérés comme des objets, impasse donc relativement à la souffrance et à la mort, impasse relativement à la relation de compassion* ». Les auteurs soulignent le poids de l'environnement de travail, signifiant que le *burnout* n'est donc pas seulement une affaire personnelle et les relations de travail peuvent influencer positivement et négativement l'expérience des personnes.

Des entretiens exploratoires ont été menés pendant la période du DEA et nous ont permis de mettre en évidence un déficit de soutien organisationnel perçu[358] par des IDE/AS/ASH dans un centre hospitalier.
Concernant la compréhension du soutien social, le terrain hospitalier nous semble intéressant : les agents du personnel de soin travaillent en équipe et entretiennent des relations quotidiennes avec le cadre de santé. S'agissant d'une recherche exploratoire, nous nous concentrons sur l'étude d'un cas unique. Au point de départ de cette recherche, une attention particulière a été portée à la culture, l'organisation hiérarchique, l'organisation des relations entre les différents acteurs du système hospitalier. La problématique de recherche est le fruit d'une progression en trois temps: l'initialisation de la recherche à partir d'un intérêt pour la qualité de vie au travail du personnel soignant et d'un questionnement sur le stress à l'hôpital ; une revue de littérature sur les modèles de recherche intégrant le stress, et enfin, la structuration de ce travail par des allers-retours entre les modèles théoriques et les résultats de l'étude qualitative..

« *Un chercheur doit s'efforcer de se donner un objet précis et concis* »[359]. A ce stade de la recherche, nos questions de recherches nous paraissent complexes et sous-tendent des approches lourdes en terme de ressources (et notamment en temps).

[358] Soutien de l'établissement et des cadres de santé.
[359] THIETART R.A., (2003), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Editions Dunod

Néanmoins, il est difficile de considérer que la perception du soutien social influence les comportements organisationnels en occultant que ces perceptions sont elles-mêmes influencées par les comportements de soutien mobilisés.

Le choix de l'étude d'un cas unique constitue un premier moyen de concrétiser l'objet de recherche et de le délimiter en posant une contrainte sur le terrain de recherche. En d'autres termes, l'étude de cas a été un moyen pour nous de concilier des contraintes théoriques complexes avec un protocole de recherche réaliste, tout en étant conscients des limites de généralisation que la monographie sous-tend.

4.1.2 *L'ETUDE D'UN CAS UNIQUE : IMPLICATIONS THEORIQUES, METROLOGIQUES ET MANAGERIALES ATTENDUES*

C'est en fonction du niveau de connaissances existantes et disponibles sur un phénomène que le ou les cas sont sélectionnés en vue d'un enrichissement théorique. YIN[360] (2003) recommande d'utiliser la théorie dans le cadre du cas unique pour améliorer la validité externe. Selon RAGIN[361] (2000, cité par CURCHOT[362], 2003) trois conditions sont nécessaires pour conduire une étude de cas de qualité: (1) le nombre de facettes considérées dans le cas. Dans notre recherche, nous souhaitons mesurer l'influence de la variable « perception du soutien social », (2) « *la capacité du chercheur à montrer que son étude englobe tous les aspects qu'il a considérés comme théoriquement pertinents, et la reconnaissance par les pairs que tous les aspects pertinents ont été envisagés* ». (3) L'objectif de l'étude de cas repose sur la compréhension du cas comme un tout. Les phénomènes doivent donc être étudiés de manière globale. « *Les différents aspects renvoient à différentes théories, et le chercheur doit donc utiliser plusieurs perspectives théoriques pour donner plusieurs éclairages du même cas* ». L'étude de cas d'un cas unique permet réaliser des entretiens exploratoires pour mettre en évidence les aspects significatifs dans la construction de la perception du soutien social. Ensuite, l'administration d'un questionnaire intégrant les différents construits présentés dans la

[360] YIN R.K., (2003), *Applications of Case Study Research. Applied Social Research Series. Vol. 34, Second Edition*, , Sage Publications
[361] RAGIN C.C., (2000), *Fuzzy-Set Social Science*, Chicago, University of Chicago Press
[362] CURCHOT C., (2003), « La méthode comparative en sciences de gestion : vers une approche qualiquantitativede la réalité managériale », *Finance Contrôle Stratégie*, Vol. 2, p. 155-177

première partie, vise à vérifier si certains types de comportement perçus influencent particulièrement les comportements organisationnels.

4.1.2.1 La validité interne

La validité interne consiste à *« s'assurer de la pertinence et de la cohérence interne des résultats générés par l'étude »*. (DRUCKER-GODARD[363] et al.,1999). La validité de construit et la validité interne permettent de juger si le chercheur a réussi à répondre à la question qu'il se posait, en limitant les erreurs et les oublis. Selon YIN (2003), il existe deux critères de validité interne :

- (1) pour l'étude de cas explicative, les relations causales sont étudiées. L'oubli d'un facteur dans l'étude d'un phénomène peut affaiblir la validité interne du cas. Or, l'essence même de cette méthode est de comprendre les phénomènes de manière systématique et approfondie. La validité interne dans la recherche explicative s'appuie donc sur la qualité de causalités établies, leur sens, leur intensité et leur direction.
- (2) le deuxième critère se réfère aux inférences faites par le chercheur. Selon YIN (2003), les entretiens qualitatifs et la revue de littérature doivent soutenir le chercheur dans ses inférences.

Notre étude de cas a à la fois une visée descriptive et une visée explicative. A cet égard, les deux critères de validité interne nous concernent. Nous cherchons à augmenter la validité interne de la recherche **en triangulant les méthodes**. Spécifiquement, l'analyse de contenu des entretiens exploratoires s'est d'abord échelonnée sur un an et demi. Cela nous a permis d'affiner les questions posées au fur et à mesure de l'avancement de la démarche. Cet affinement est contingent à un approfondissement théorique sur les travaux des psychologues concernant le soutien social.

La réalisation des entretiens exploratoire a une visée compréhensive et une **visée métrologique**. Sur la base des résultats concernant la construction de la perception du soutien social au travail, notre objectif est de développer une échelle de mesure multi-

[363] DRUCKER-GODARD C., EHLINGER S., GRENIER C., (1999), *Validité et fiabilité de larecherche*, In, *Méthodes de recherche en management*, THIERTART R. A., COLL, p. 257-287, Paris, Dunod

items. Dans cette perspective, le paradigme de CHURCHILL[364] (1979) est dominant en recherche en sciences de gestion malgré les critiques récentes de ROSSITER[365] (2002). DIAMANTOPOULOS [366] (2005) a mis en exergue deux étapes particulièrement importantes pour opérationnaliser un concept: (1) la spécification du contenu « *Définition du domaine de contenu de la variable : cerner les éléments portant sur le concept en terme généraux à l'aide d'une définition.* » ; (2) la spécification des indicateurs : « *Recensement des différents indicateurs : identifier tous les indicateurs afin de couvrir toutes les facettes de la variable à partir de la revue de littérature et d'entretiens semi-directifs* ». Les phases d'épuration de la mesure de la perception du soutien social font ressortir des difficultés d'opérationnalisation de ces dimensions. Des allers-retours entre les résultats des analyses factorielles exploratoires, confirmatoires et les résultats qualitatifs nous permis de proposer des mesures fiables et valides[367] correspondant partiellement aux modélisations du soutien que nous avons proposées sur la base des entretiens exploratoires.

Nous avons donc prêté attention aux moyens de mettre en œuvre chaque phase de la recherche (entretiens des cadres, entretiens du personnel de soin, administration des questionnaires).

4.1.2.2 La validité externe

La validité externe concerne la généralisation des résultats. Cette validité semble faire défaut à l'étude de cas pour de nombreux auteurs. En effet, la généralisation repose sur quatre étapes (GOBO[368], 2004) : (1) un échantillon doit être établi de manière probabiliste pour être représentatif, (2) seuls les résultats obtenus d'après un échantillon représentatif sont généralisables à la population ; (3) la représentativité conduit à la généralisation ; (4) inversement, si une recherche ne repose pas sur un échantillon représentatif, elle ne peut être généralisable.

Dans notre recherche, les échantillons des phases qualitatives et quantitatives relèvent

[364] CHURCHILL G., (1979), « A paradigm for developing better measure of marketing constructs », *Journal of Marketing Research*, Vol. 16, p. 64-73

[365] ROSSITER J.R., (2002), « The C-OAR-SE procedure for scale development in marketing », *International Journal of Research in Marketing*, Vol. 19, p. 305-335

[366] DIAMANTOPOULOS A., (2005), « The C-OAR-SE procedure for scale development in marketing: A comment », *International Journal of Research in Marketing*, Vol. 22, No. 1, p. 1-9

[367] L'opérationnalisation, la fiabilité et la validité de l'outil sera présentée et discutée dans la chapitre 4.

[368] GOBO C., (2004), *Sampling, Representativeness and Generalizability,* In, *Qualitative Research Practice,* SEALE C., GOBO G., GUBRIUM J., SILVERMAN D., 2004, Sage Publications

d'un choix raisonné. D'une part, ce choix a été fait pour répondre aux contraintes logistiques de la thèse et d'autre part, en choisissant un cas unique, notre souhait a été de sélectionner une structure à dimension humaine où tous les pôles de soins sont représentés.

Les échantillons ne sont ni probabilistes, ni parfaitement représentatifs, nous avons multiplié les entretiens pour interroger une variété de personnes la plus large possible. Nous avons mené 60 entretiens exploratoires pour décrire et comprendre le phénomène des relations interpersonnelles de soutien au travail et recueilli 171 questionnaires exploitables pour mettre en évidence l'influence d'un fort soutien perçu sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle.

Cela signifie que nous nous sommes posé la question de la représentativité tout au long de la thèse mais que la réalité du terrain (le temps que les soignants ont pu nous accorder, la disponibilité des personnes, l'accord des personnes etc.) débouche sur certains compromis.

Ainsi, cette recherche ne pourra pas être généralisée car l'échantillon n'est pas représentatif de la population du centre hospitalier (au sens strict du nombre d'individus dans chaque catégorie socioprofessionnelle considérée) et l'étude du soutien a été menée sur un secteur d'activité particulier. A titre d'exemple, l'analyse de contenu des entretiens exploratoires fait ressortir que les personnes perçoivent un rapport particulier à l'émotion lié au contenu du travail soignant. Ce rapport quotidien à l'émotion favorise l'expression de sentiments et de comportements spécifiques. Dans cette perspective, il se peut que le soutien « émotionnel » qui consiste en la manifestation d'affects positifs soit plus intelligible et bénéfique dans ce contexte. Toutefois, si le degré d'influence des différents facteurs construisant les représentations des relations de soutien peut varier en fonction des contextes, il semble que les dimensions qui ressortent des entretiens exploratoires corroborent les résultats mis en évidence dans la revue de littérature et concernant la nature du soutien social. La reconnaissance et l'écoute des personnes, la réciprocité dans l'échange, l'appartenance à un groupe dont le « climat émotionnel » est soutenant sont les éléments clés du soutien au travail. En définitive, nous pensons que l'influence du soutien perçu sur les comportements organisationnels est contingente à la nature du soutien étudiée, à ses sources et par conséquent à son contexte.

4.1.3 *LE CHOIX DUCENTRE HOSPITALIER FAISANT L'OBJET DE L'ETUDE DE CAS*

Les rencontres avec plusieurs acteurs du milieu hospitalier nous ont confirmé la nécessité de conduire deux types d'analyse : une analyse sur le contenu des pratiques de soutien, une analyse des effets de ces pratiques sur les comportements organisationnels.

A cet égard, la prise de contact avec les professionnels et la sélection du terrain nous semblent importants dans la construction de ce projet de recherche.

4.1.3.1 Prise de contact avec les acteurs du terrain hospitalier

Dans un premier temps, nous avons pris contact avec la Direction des Ressources Humaines d'un Centre Hospitalier Universitaire et d'un Centre Hospitalier de proximité pour échanger sur les pratiques de soutien social. Les échanges avec deux DRH, un responsable de la Direction des Soins Infirmiers et un responsable de la formation continue ont été révélateurs de deux choses.

D'abord, la fonction du cadre de santé fait l'objet de nombreuses remises en questions et notamment sur la délimitation des frontières de ce rôle. Ensuite, les référentiels métiers des cadres restent très flous sur les compétences en ressources humaines.

Ces entretiens ne font pas partie du protocole méthodologique. Toutefois, nous les évoquons car ils se sont révélés assez surprenants. Il ressort que ces différents acteurs reconnaissent unanimement que *« les pratiques de soutien ne relèvent pas d'une évidence à l'hôpital »*.

Un responsable de formation témoigne : *« Ces pratiques ne font pas ou peu l'objet de formation, d'accompagnement et d'évaluation. Il y d'autres priorités dans la clarification des pratiques de la fonction des cadres de santé qui est un métier compliqué[…] et nous n'en sommes pas au niveau d'évaluation des compétences « managériales » du personnel soignant*[369] *(IDE, AS, ASH)*»).

Nous nous sommes alors posé la question de **la taille de l'établissement** à investiguer. Un grand établissement offre la possibilité de pouvoir multiplier les approches

[369] Dans ce témoignage le personnel soignant engloble les IDE (Infirmiers diplômés d'Etat), les AS (Aides-Soignants et les ASH (Agents des Services Hospitaliers).

(observations, entretiens, questionnaires) mais la mise en place d'un protocole de recherche dans une telle structure peut être contraint par le temps passé à négocier les aspects contractuels de l'investigation avec les différents services administratifs et les différents acteurs de l'organisation (Direction, Direction des Ressources Humaines, Direction des Soins Infirmiers, Institutions Représentatives du Personnel, Cadres supérieurs de santé…).

A l'opposé, une petite structure peut permettre une certaine flexibilité dans la négociation concernant l'intervention du chercheur mais les possibilités d'exploiter les données du terrain sont limitées par la taille de l'échantillon.

Par conséquent, nous avons orienté nos investigations sur les structures de taille moyenne. Trois points nous semblent importants : la représentativité des cinq pôles de soins (mère-enfant, personnes âgées, rééducation, médecine, chirurgie) ; la taille de l'effectif (pour une représentation significative des individus dans les entretiens exploratoires et la phase quantitative), une certaine « ouverture » des dirigeants concernant les pratiques de soutien.

Nous avons fait part de nos interrogations concernant l'existence et la manifestation de comportements de soutien à l'hôpital et de nos interrogation sur les structures à investiguer à une enseignant chercheur[370], puis au responsable de la formation[371] de l'Ecole Nationale de Santé Publique. Ces échanges nous ont permis de pré-sélectionner deux structures, sur la base de deux critères centraux : **« l'ouverture » des Directions des Soins Infirmiers à la problématique des compétences managériales des cadres de santé et la représentativité des différents pôles de soin**.

4.1.3.2 Le Centre Hospitalier de l'étude de cas

Nous avons par la suite contacté le Directeur des Soins Infirmiers d'un centre hospitalier dont le mémoire d'étude[372] a été consacré à la fonction du cadre de santé. Dans son étude basée sur deux études de cas, l'auteur (2000) met en évidence : (1) les difficultés pour spécifier les fonctions afférentes à l'exercice du métier de cadre de santé, (2) le décalage

[370] Laëtitia Laud Alis est enseignant chercheur à l'ENSP.
[371] Jean-Louis Pourrière est responsable de la formation à l'ENSP (et notamment responsable de la formation des Directeurs des Soins Infirmiers).
[372] Diplôme de Directeur des Soins Infirmiers « Le cadre de proximité : un acteur au cœur de la complexité du système hospitalier » (2000).

entre les « pratiques apprises » et l'expérience quotidienne du terrain, (3) le manque d'accompagnement structuré des cadres de proximité.

Le regard de cet « expert » sur la fonction de cadre de proximité et les nombreux échanges informels ont fait évoluer la structuration de l'objet de la recherche. Premièrement, les cadres de santé sont au carrefour de trois logiques d'actions à l'hôpital : la logique administrative, la logique médicale et la logique soignante. Les entretiens exploratoires font d'ailleurs ressortir une quatrième logique : celle des patients et de leurs familles. Ces quatre logiques font échos à des cultures, des normes et des visions du monde hospitalier complètement différentes.
Deuxièmement, la fonction du cadre de santé est soumise à considération de ces quatre logiques. Cette spécificité détermine des ressources en temps et en énergie limitées des cadres de santé.
Pourtant, troisièmement c'est la gestion des équipes soignantes qui est au cœur de ce métier. Les attentes des membres des équipes sont grandissantes par rapport à l'encadrement de proximité et parallèlement les ressources du cadre de santé sont de plus en plus sous contraintes (réformes hospitalières, contractualisation, satisfaction du patient, projets d'établissement, projets de soins, accréditation, démarche de conseils de services…).

Les allers retours entre le terrain et la littérature sur le soutien nous ont amené à **reconsidérer le soutien sous trois angles : le soutien voulu par les fournisseurs, le soutien attendu et le soutien perçu par les receveurs.**

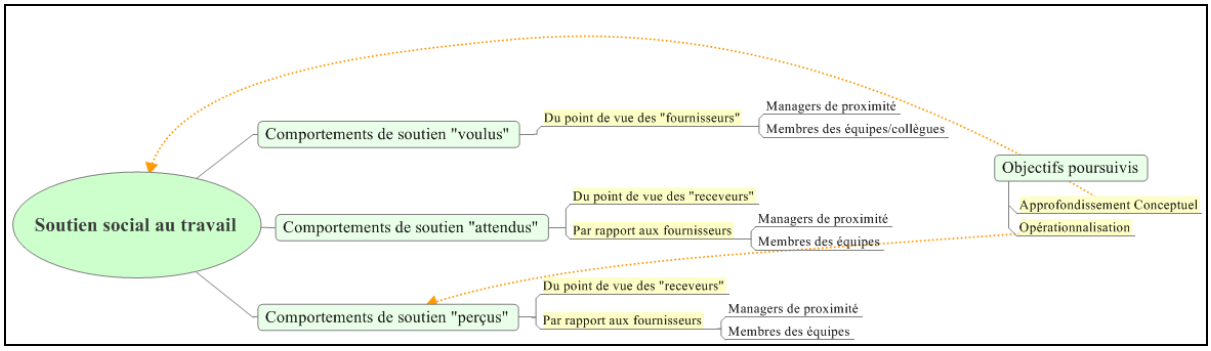


Schéma 2 : Démarche et objectifs poursuivis dans les entretiens exploratoires

Nous justifions ce choix en considérant que la perception du soutien social peut être affectée par un décalage existant entre les comportements voulus et les comportements de

soutien attendus par les équipes de soins. La mise en évidence par le DSI[373] de la limite des ressources des cadres de santé nous amènent à suggérer que si le « fournisseur » de soutien perçoit des contraintes de temps ou d'énergie alors il sera difficile pour lui de mobiliser des comportements d'aide à l'égard de ses collaborateurs.

Le choix du centre hospitalier faisant l'objet de cette étude a été fait d'abord sur une rencontre et un intérêt commun concernant le bien-être du personnel dans les services de soins. Néanmoins, trois autres critères nous semblent importants : d'abord la taille de la structure est un élément important concernant les possibilités d'investir les différents services. Ensuite, l'effectif doit être suffisamment important pour constituer l'échantillon pour les entretiens exploratoires et l'échantillon pour le test quantitatif[374]. Enfin, la présence des cinq pôles de soins nous semble cruciale dans un souci de représentativité.

L'intérêt de la représentativité des services se situe à deux niveaux. D'une part, concernant les cadres, leur cœur de métier varie d'un service à l'autre (un cadre peut privilégier les projets institutionnels à l'activité quotidienne de l'équipe soignante). Or, le temps de présence dans le service de soin influence la qualité et la quantité des liens et des relations avec les IDE et les AS[375]. D'autre part, concernant les équipes de soin, le contenu de la tâche du personnel IDE et AS diffère en fonction du service. Aussi, les attentes en terme de soutien peuvent varier en fonction de l'organisation de l'équipe, du contenu du travail…

La mise en évidence de ces facteurs ne s'inscrit pas dans notre contribution sur le soutien au travail. Toutefois, nous pensons que l'identification de certains facteurs peut fournir des informations importantes dans la compréhension du soutien perçu.

Après négociation avec le DSI, le Directeur et le Directeur des Ressources Humaines du Centre Hospitalier, nous avons convenu de construire un protocole de recherche qui s'inscrit dans les questionnements que nous avons évoqués au début de ce chapitre et qui débouche sur la mise en évidence des spécificités des rôles de soutien des managers de proximité et des équipes et leurs effets respectifs sur deux types de comportements

[373] DSI pour Directeur des Soins Infirmiers.
[374] 965,70 équivalents temps plein.
[375] IDE pour Infirmier Diplômé d'Etat, AS pour Aide-Soignante et ASH pour Agents des Services Hospitaliers.

organisationnels : l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle.

4.1.4 *MISE EN ŒUVRE DES ENTRETIENS*

L'échantillon est composé de 60 individus. D'abord, nous avons convenu avec la Direction des Soins Infirmiers du Centre Hospitalier d'interroger l'ensemble des cadres de santé des 5 pôles de soins. Cette première série d'entretiens a été menée pendant 6 mois. Une deuxième série d'entretiens a ensuite été conduite pendant 6 mois auprès de 30 infirmières, aides-soignantes et agents des services hospitaliers. Ces entretiens ont été réalisés sur les 5 pôles de soins. Les personnes interrogées nous ont été présentées par les cadres de santé qui ont proposé aux soignants de se porter volontaires[376].

Au commencement, nous avons réalisé deux entretiens de groupe non directifs (le directeur et le DRH ; le Directeur des Soins Infirmiers et trois représentants syndicaux) afin d'informer la Direction du caractère de la recherche et d'échanger sur différents sujets : l'accréditation, les pôles de compétitivité, l'absentéisme et leur perception du climat social de l'hôpital, par exemple. Ces entretiens n'ont pas fait l'objet d'une analyse de contenu. Néanmoins, nous les mentionnons car ils nous ont permis une mise en contexte du soutien interpersonnel à l'hôpital. Sur la base de ces échanges, deux sujets nous ont semblé importants au regard de l'intérêt que leur porte l'ensemble des personnes interrogées. Le premier concerne la mobilisation du personnel soignant dans un contexte de changement des pratiques de gestion et le deuxième thème est l'absentéisme[377].

De manière synthétique, la modernisation de la gestion hospitalière (la gouvernance, l'accréditation, la réorganisation par pôle, la T2A) est au stade de l'expérimentation pour l'ensemble des acteurs de l'hôpital. De ce fait, les personnes interrogées estiment qu'il est difficile de caractériser « l'état » des relations interpersonnelles puisque ces relations sont selon elles, en mutation : « *Le climat social de l'hôpital est plutôt bon mais les frontières de tous les métiers sont remises en question et cela peut créer des tensions. Actuellement dans notre établissement, comme dans tous les établissements d'ailleurs, nous sommes dans une logique de maîtrise des dépenses et notre problématique en tant que Directeur d'établissement et de Directeur des Ressources Humaines, est de faire en sorte que les*

[376] Les informations concernant l'échantillon sont présentées en annexe 1.2.
[377] Taux d'absentéisme en 2005 (d'après le bilan social du centre hospitalier) = 16%.

soignants développent des compétences de gestionnaires et qu'ils s'adaptent rapidement à ce contexte[…] Nous avons quelques « remontées » par les cadres supérieurs de santé et je pense que de nombreux soignants perçoivent les changements comme radicaux et que ces nouvelles pratiques de contrôle de gestion budgétaire et social ont certainement un impact fort sur l'image de la direction et de la DRH pour le personnel » (entretien 1.1, Directeur de l'Etablissement).

Ces aspects contextuels peuvent fragiliser les relations. L'influence de la modernisation des pratiques de gestion sur l'image de la Direction perçue par les soignants et sur les relations interpersonnelles est évoqué par les deux représentants syndicaux : « *Dans les services, on observe de nombreux changements au niveau de l'organisation du travail et des tâches. On met sans arrêt de nouveaux protocoles en place, on dispose de très peu de temps pour s'y adapter, on est peu formé et accompagné sur le terrain, on manque de personnel et une des conséquences directes au quotidien, c'est le manque de temps pour échanger avec les collègues et les cadres. Globalement, la Direction est mal perçue par les soignants car ils se sentent un peu comme les « laissés pour compte » et forcément ça a un impact sur les relations cadre / soignant puisque le cadre de santé représente la direction au sein du service et entre les soignants puisque l'ambiance est tendue »* (entretien 1.2, représentant de la CFDT).

Ce qui nous apparaît important au regard de ces deux premiers entretiens est le manque de visibilité reconnu par les personnes interrogées sur la manière dont les différents acteurs s'approprient les nouveaux outils de gestion (PMSI etc.) et les conséquences de ces nouvelles exigences sur les relations entre les personnes. Par conséquent l'influence de ces derniers sur la qualité des relations entre les acteurs (les soignants entre eux et les soignants par rapport aux « représentants de la Direction dans les services » c'est-à-dire les cadres de santé) est méconnue. Au cours de ces deux entretiens, c'est plus la question de l'isolement / l'intégration dans le groupe ou le sentiment d'être intégré et en accord avec la politique d'établissement dans un contexte de changement qui est mise en évidence. Ce point nous semble important car **la nature du soutien mobilisé n'est peut-être pas la même qu'elle soit envisagée dans un contexte de changement structurel et/ou de difficulté ou dans un contexte « normal ».**

En deuxième point, l'absentéisme a été longuement évoqué au cours des deux entretiens. Le sujet de l'absentéisme a été un moyen d'aborder les nombreuses exigences du métier

des soignants et d'évoquer les facteurs qui justifient l'importance de l'échange social entre les différents corps de métiers. Les représentants syndicaux relèvent un durcissement des conditions de travail : « *La durée des séjours est réduite dans un soucis d'optimiser la rentabilité des services. L'impact est fort sur les conditions de travail puisque cela signifie qu'on traite toujours plus de patients à effectif constant. Le résultat c'est que tout le monde fatigue, ou plus exactement s'use à cause de cette intensification. L'ambiance dans les services est lourde, les gens craquent physiquement et psychologiquement et se mettent en arrêt […]. C'est une tendance, une histoire de contexte mais au niveau de l'établissement le relationnel n'est pas privilégié et c'est un tort parce que si on se sentait respecté et un minimum reconnu, peut-être que cela rendrait les choses plus acceptables puisque de toute façon, on ne peut pas faire machine arrière. […] Si le système hospitalier tient encore le choc c'est grâce aux équipes qui composent avec les moyens qu'elles ont. Donc les relations entre les infirmières, les aides soignantes et les agents des services hospitaliers sont importantes et l'établissement devrait peut-être un peu plus en prendre soin* » (entretien 1.2, représentant de la CGT).

Le Directeur de l'établissement et le Directeur des Ressources Humaines s'interrogent sur le lien entre la mobilisation du personnel soignant et l'augmentation constante de l'absentéisme dans la structure : « *Nous nous posons de nombreuses questions par rapport à l'absentéisme dans l'établissement plutôt élevé par rapport à la moyenne au niveau national. L'absentéisme est en hausse, c'est un fait. On assiste à une intensification de la charge de travail sur l'ensemble des pôles de soin mais concrètement quelle est notre responsabilité par rapport au personnel ? […] Nous cherchons des réponses… Nous savons qu'il y a un problème de remplacement des personnes absentes et que cela crée des dysfonctionnements dans les services mais notre marge de manœuvre est très réduite à ce niveau. De ce fait actuellement, nous essayons de mener une réflexion sur les aspects « non matériels » qui peuvent infléchir sur le nombre d'arrêts. Donc les mécanismes « relationnels » nous paraissent essentiels* » (entretien 1.1, Directeur des Ressources Humaines).

La qualité des relations interpersonnelles semble donc être un des leviers sur lequel la Direction et les syndicats s'accordent pour mener une réflexion sur les conditions favorables au bien-être dans les services de soins. Sur ce point, il nous a donc semblé important d'affiner notre compréhension sur les antécédents et les conséquences des

comportements de soutien afin de proposer des préconisations managériales réalistes.
Les soixante entretiens individuels semi-directifs ont une durée moyenne de 35 minutes. Nous avons utilisé le même guide d'entretien pour interroger les cadres de santé et les membres des équipes soignantes. Toutefois, les objectifs poursuivis diffèrent en fonction des personnes interrogées. Nous avons procédé à une analyse de contenu manuelle par thématiques basée une grille d'analyse intégrant quatre catégories d'informations: Dans ce chapitre les entretiens seront caractérisés par la fonction et le pôle de soin[378].

Répondants	**Entretiens**	**Thèmes**	**Objectifs poursuivis**
Cadres de santé	30 entretiens semi-directifs	Les attentes de soutien dans les services.	Mise en évidence des situations "normales" et de "difficultés" qui nécessitent le soutien. Affinement de la compréhension sur le processus.
		Les comportements mobilisés	Mise en évidence de deux niveaux de perception : le "réel" (ce que les cadres de santé estiment mettre en œuvre) ; le "perçu" (la manière dont le soutien est évalué et apprécié par les soignants).
		Les effets attendus	Compréhension sur la dimension "managériale" du soutien : des pratiques de mobilisation?
		Les freins/ les leviers	Proposer des solutions en fonction des contraintes et des possibilités.
IDE/AS/ASH	30 entretiens semi-directifs	Les attentes de soutien dans les services.	Les attentes sont-elles comblées? Le soutien est-il attendu en situation "normale" et dans les moments difficiles?
			Les attentes de soutien par rapport au cadre de santé et par rapport aux collègues.
		La nature du soutien social à l'hôpital	Les comportements mobilisés par rapport aux collègues.
			Le soutien reçu/ le soutien perçu
		Les effets attendus	Bien-être et qualité de vie au travail?
		Les freins/ les leviers	Proposer des solutions en fonction des contraintes et des possibilités.

Tableau 3 : Synthèse de la mise en œuvre de la recherche qualitative

[378] Afin de respecter l'anonymat des personnes.

(1) Quelles sont les situations qui nécessitent pour les personnes d'exprimer leur soutien à leurs collaborateurs ?

(2) Quelle est la nature des comportements de soutien du manager de proximité et les membres des équipes estiment exprimer ? (Émotionnel ? Evaluatif ? Informatif ? Instrumental ?

(3) Existe-t-il des différences entre les comportements de soutien voulus par les « fournisseurs » et le soutien attendu et perçu par les « receveurs » ?

(4) Quels sont les facteurs contextuels, situationnels et individuels qui influencent l'expression des comportements de soutien au travail ?

Encadré 1 : Questions de recherche

4.1.5 *CINQ NIVEAUX DE PERCEPTION MIS EN EVIDENCE PAR LES PERSONNES INTERROGEES*

Au départ, nous souhaitions uniquement spécifier (1) la nature du soutien social à l'hôpital (émotionnel, instrumental, évaluatif, informatif) et de déterminer (2) les comportements associés aux types de soutien identifiés.

Comme nous l'avons mentionné dans la première section, les premiers contacts au terrain nous ont amené à préciser notre approche. En effet, la réalisation des premiers entretiens auprès des cadres de santé puis auprès du personnel soignant, nous a amené à distinguer cinq niveaux de perception du soutien social.

Pour chaque niveau perceptuel identifié, deux formes de soutien sont mises en évidence : un « **soutien quotidien** » que les personnes interrogées décrivent facilement et un « **soutien mobilisé en cas de problèmes** », plus difficile à spécifier car c'est l'interdépendance des niveaux perceptuels qui déterminent la valorisation de tel ou tel type de comportements par les personnes interrogées.

Trois niveaux ont d'abord été mis en évidence par les cadres, puis confirmés par les soignants :

- **ce qui est reconnu** : c'est d'abord en **situation de « problème »** que les personnes reconnaissent exprimer leur soutien aux collaborateurs. Certaines situations déterminent plus que d'autres, la nécessité pour les cadres et les coéquipiers de mettre en œuvre des comportements d'aide. Par exemple, un cadre de santé évoque la situation familiale « *c'est vrai qu'il y a beaucoup de personnes seules élevant des enfants dans le service. Certaines personnes vivent des situations particulièrement difficiles en dehors du travail. Faire face à ces situations lorsqu'on n'a pas la maîtrise de son temps, qu'on travaille le week-end peut être compliqué. Notre responsabilité de cadre est d'aider ces personnes à gérer au mieux ces difficultés* » (entretien 2.16, cadre de santé du pôle de médecine). D'autres éléments sont également mentionnés : la charge de travail, l'amplitude des horaires et ses conséquences sur la santé, les conflits dans le service (notamment entre les IDE/AS/ASH et les médecins, les pics d'activité etc.).

  Néanmoins, **nous notons que l'ensemble des cadres de santé reconnaît qu'au quotidien, un comportement empathique, réceptif et leur disponibilité à l'égard des IDE/AS/ASH constituent une base** pour « *donner envie aux gens de venir travailler et permettre de créer un agréable dans le service* » (entretien 2.10, cadre de santé du pôle de chirurgie)

- **Ce qui est voulu :** d'emblée, **nous avons remarqué que les cadres de santé ne prennent pas tous en compte les difficultés ressenties hors travail par les individus, par exemple. De manière semblable, les difficultés personnelles sont considérées comme trop intimes pour être exprimées ou pour être soutenues par les membres du réseau professionnel pour certaines IDE/AS/ASH**. De ce fait, ces personnes estiment l'écoute des problèmes personnels comme inadéquat, par exemple.

  Certaines personnes reconnaissent laisser leurs propres difficultés personnelles aux portes de l'hôpital, un cadre de santé explique « *soutenir l'individu par rapport à ses problématiques hors travail, j'estime que cela n'est pas de mon ressort. Moi-même, je ne les exprime jamais à mon cadre supérieur de santé. Je*

pense qu'il faut que la frontière entre l'hôpital et la vie personnelle soit marquée. Je pense aussi que c'est mon rôle de faire prendre conscience aux personnes que j'encadre qu'ici on travaille et que ce qu'il se passe en dehors doit rester en dehors » (entretien 2.9, cadre de santé du pôle de médecine).

Par ailleurs, certains cadres de santé (4 cadres sur 30) estiment que la relation d'aide est une relation qu'ils doivent réserver exclusivement aux patients. Un cadre de santé témoigne : « *D'abord mon travail consiste à aider les patients et pas les soignants. Il ne faut pas tout confondre. Effectivement, la gestion de l'équipe est l'activité qui me prend le plus de temps mais je ne suis pas une « maman ». J'estime que les personnes que j'encadre sont des personnes adultes et qu'elles doivent gérer leurs problèmes comme des adultes* » (entretien 2.4, cadre de santé du pôle de chirurgie). En fait, le soutien qui présente les résultats les plus divergents est le « soutien au hors travail ». C'est d'ailleurs ce soutien qui fait le plus ressortir le décalage entre « soutien attendu » et « soutien perçu ».

Au quotidien, les cadres de santé et les membres des équipes reconnaissent que l'expression du soutien passe par **tout ce qui est mis en œuvre individuellement et collectivement pour développer la qualité des relations, par une attitude réceptive et par l'expression d'un feedback positif**.

- **Ce qui est possible :** si globalement, la plupart des cadres de santé reconnaissent un engagement dans la relation d'aide au soignant et si les soignants valorisent l'échange social dans le service, de nombreuses contraintes sont mentionnées. Ces contraintes freineraient l'expression de certains types de comportements et peuvent constituer un obstacle à la disponibilité du cadre: « *J'aimerais vivement pouvoir être disponible dans le service pour faciliter le travail de l'équipe mais je reconnais que je ne peux pas être là tout le temps. Je pense que tout cela pèse sur la vision que les soignants ont de moi. Parfois, je sens que mon équipe remet en cause mes méthodes* » (entretien 2.8, cadre de santé du pôle de chirurgie). L'ensemble des contraintes évoquées dans les entretiens fait l'objet de la troisième section du chapitre.

La mise en évidence de ces trois niveaux d'analyse révèle la complexité du concept de

soutien social. En effet, pour évaluer son influence nous souhaitons l'opérationnaliser sous l'angle de la perception des agents. Toutefois, **comment évaluer l'influence du soutien perçu des agents s'il existe un décalage entre ce qui est reconnu, ce qui est voulu et ce qui est possible du point de vue des cadres de santé** ?

Certains cadres considèrent que le soutien à l'individu (c'est-à-dire les comportements d'aide par rapport aux difficultés personnelles de l'individu) ne relève pas de leur fonction. **Comment évaluer le « soutien au hors travail » du cadre santé, perçu par les soignants, si ce soutien n'est pas exprimé dans le service ?**

Il existe un décalage entre les comportements de soutien que les cadres de santé souhaitent mobiliser et les comportements que les cadres de santé peuvent mobiliser. **Comment évaluer l'influence de pratiques « idéales » alors que ces pratiques ne sont pas « réelles » ?**

Les entretiens menés auprès des infirmières, des aides-soignantes et des agents des services hospitaliers font également ressortir ces trois points. Le personnel soignant est conscient de la complexité du rôle du cadre de santé et reconnaissent que la marge de manœuvre dont il dispose est limitée.

Notons qu'il a été plus difficile d'échanger sur les relations interpersonnelles et les relations de soutien au travail avec les IDE, les AS et les ASH. D'une part, ces personnes soulignent un **cloisonnement fort entre leur profession et celle du cadre de santé** et mettent en évidence qu'il existe une forme d'incompréhension entre ces deux corps de métier : *« Même si notre cadre de santé est quelqu'un d'ouvert mais c'est sûr qu'on ne parle pas le même langage… Elle ne nous comprend pas et on ne la comprend pas toujours. Même si elle a été infirmière il y a 10 ans… Elle reconnaît elle-même que parfois elle a un train de retard »* (entretien 3.60, IDE du pôle de chirurgie) ; *« je reconnais que le métier de cadre n'est pas facile aujourd'hui, ce n'est pas le même que par le passé. Avant les cadres connaissaient tous les patients. Ils étaient des acteurs du soin. Il y avait un échange car on parlait de la même chose et ils comprenaient mieux nos difficultés. Il y avait un travail de collaboration. Maintenant, les cadres sont de plus en plus éloignés de nos réalités* » (entretien 3.62, IDE du pôle de réadaptation).

D'autre part, les entretiens font également montrent que **le temps pour échanger est compté** et que les exigences croissantes du travail freinent l'échange interpersonnel : *« On n'a pas de moyens pour échanger, tout est compressé… Moi les ¾ du temps, je travaille seule, je dois travailler vite, dur… Et puis il y a la traçabilité… Je cavale, je cavale, je n'ai pas le temps de plaisanter ou de discuter avec les autres* » (entretien 3.43, AS du pôle de médecine).

« La santé du patient prime sur le bien-être du personnel soignant ». Cela signifie que parallèlement à l'intensification de la charge de travail, le temps consacré au développement et à l'entretien des relations entre les IDE, les AS et les ASH est le « poste de temps » qui est prioritairement soumis aux compressions lorsque de nouvelles tâches se rajoutent, lorsque des imprévus interviennent etc.

Aux trois niveaux perceptuels précités s'ajoutent deux autres niveaux d'analyse mis en évidence par les infirmières, les aides-soignantes et les agents de services hospitaliers :

- **Ce qui est attendu** : les attentes reconnues par les IDE, les AS et les ASH sont nombreuses. Ces attentes sont détaillées dans la deuxième section de ce chapitre. Toutefois, une attente au quotidienne est manifestées dans l'ensemble des entretiens : la **reconnaissance du travail effectué** et **le respect de la personne en tant que professionnel et en tant qu'individu. Globalement, les soignants estiment ne pas être suffisamment écoutés.**

  Les attentes de soutien des soignants concernent à la fois les difficultés professionnelles et personnelles. Ces attentes mettent en évidence que les soignants ont surtout besoin de pouvoir exprimer leurs émotions liées aux difficultés rencontrées au travail.

- **Ce qui est perçu.** Les attentes de soutien au travail sont élevées et il semble que globalement ces attentes ne soient pas comblées. Il existe donc un décalage entre ce qui est attendu et ce qui est réellement perçu par les soignants. Par conséquent, l'évaluation du soutien reçu par les cadres de santé est globalement plutôt négative.

  A contrario, à l'exception de deux personnes interrogées, les décalages entre les

attentes et la perception du soutien par rapport aux coéquipiers semblent moins importants. D'une part, il est plus facile d'échanger avec des personnes du même niveau hiérarchique et d'autre part le réseau des coéquipiers n'est pas constitué d'une seule personne. Les chances de trouver une « personne ressource » en accord avec son système de valeur et ses attentes sont plus grandes.

De nombreuses contraintes contextuelles, situationnelles et personnelles sont évoquées au cours des entretiens et semblent expliquer en partie ces décalages perceptuels.

L'échange social est reconnu comme précieux par les personnes que nous avons interrogées. Le manque d'échange a été largement mentionné au cours des entretiens et est considéré comme une source de stress dans les services. En effet, l'urgence, les imprévus, la lourdeur de la charge de travail etc. Sont autant d'éléments qui freinent les relations interpersonnelles par manque de temps.

L'isolement par manque de temps pour l'échange fait ressortir que le soutien manque dans les services. Pressés par le temps, les agents soignants estiment que le soin et l'exécution des aspects techniques du métier, la compression des tâches dans le temps laissent peu de place à l'échange.

Force est de constater que les agents soignants expriment une certaine colère, une fatigue de ne pas être écouté : «*Nous sommes parfois méprisées par les médecins. C'est difficile, on a besoin d'échanger entre nous, de se sentir reconnu et parallèlement on a de plus en plus de travail et de moins en moins de temps pour cet échange*» (entretien 3.51, AS du pôle de médecine).

La figure n°17, page suivante, synthétise les cinq facettes du soutien décrites au cours des entretiens. La mise en évidence de ces cinq niveaux perceptuels montre que la prise en compte de la dimension 5 « perception du soutien social » isolément des autres facettes ne peut pas à elle seule expliquer l'influence du soutien sur les comportements au travail. Une première implication ressort : le soutien doit être appréhendé comme un processus et non comme un résultat. Il faut que les personnes aient l'occasion d'exprimer leurs attentes et d'expérimenter les formes de soutien qui leur semblent efficaces en fonction de leur propre schéma perceptuel (Cf. Figure n°17, page suivante).

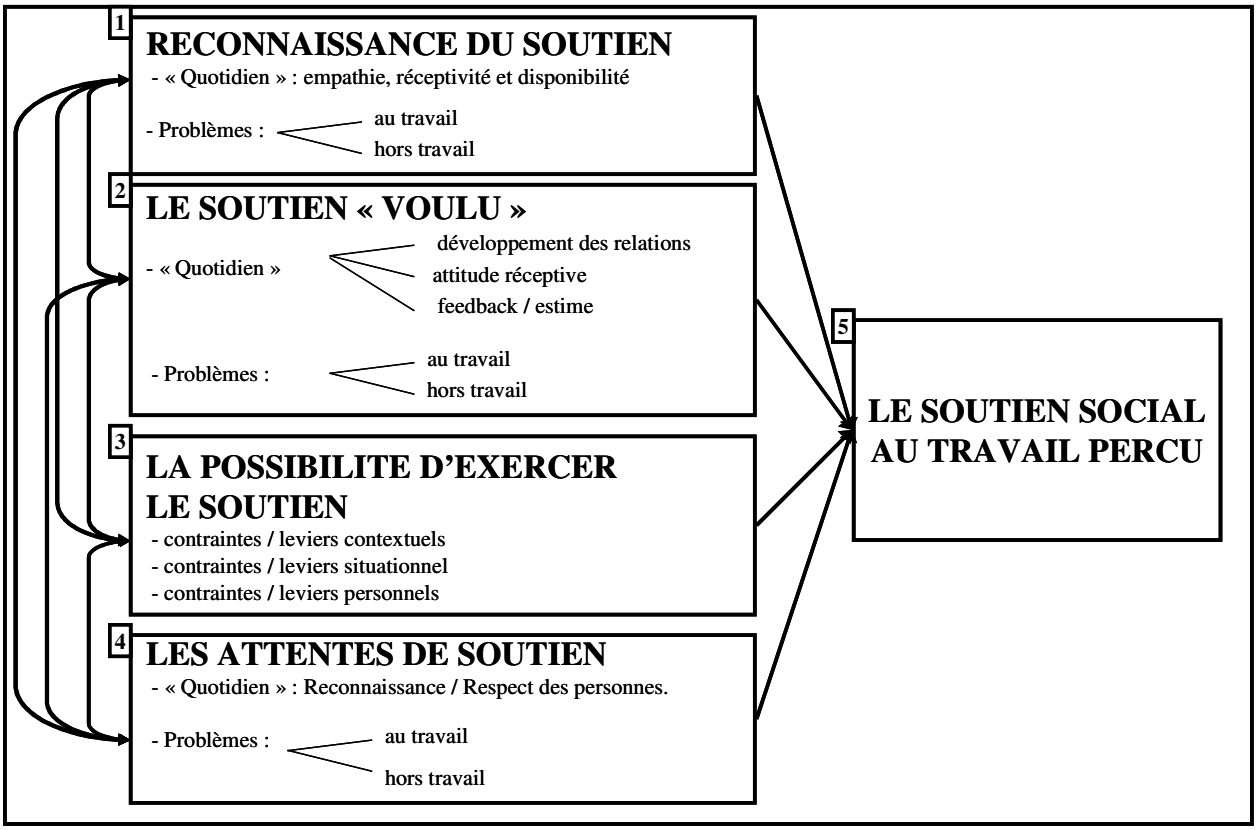


Figure 17 : Cinq niveaux de perception interdépendants du soutien au travail

4.2 RECONNAISSANCE DU SOUTIEN SOCIAL A L'HOPITAL : L'AIDE AU CŒUR DE L'ECHANGE INTERPERSONNEL ET DES PRATIQUES DES CADRES DE SANTE

Les personnes interrogées considèrent que le soutien social à l'hôpital est important parce que la relation d'aide est à la base de la profession du soignant. La mission de soin est liée à l'expression du soutien moral aux patients. La manifestation d'affects par l'écoute, la compréhension, le soutien et le fait de rassurer les personnes hospitalisées occupe une place importante dans l'exercice quotidien des infirmières, des aides-soignantes et des agents de services hospitaliers.

A cet égard, un encadrement de proximité et une équipe « soutenants » constituent une ressource importante pour les infirmières, les aides-soignantes et les agents des services hospitaliers.

4.2.1 *LA RELATION D'AIDE AU CŒUR DU METIER DES SOIGNANTS*

La spécificité du métier de soignant concerne la relation d'aide. Par conséquent, les agents ont besoin d'être aidés pour pouvoir accompagner les patients dans les meilleures conditions. Un cadre infirmier témoigne : « *L'énergie du soignant passe par la mise à sa disposition des conditions matérielles et humaines pour mener à bien son travail. Cela passe aussi par la reconnaissance et le respect des personnes pour éviter que la fatigue et la tristesse ne devienne une maladie.*» (entretien 2.19, cadre de santé du pôle des personnes âgées).

Le personnel soignant s'implique physiquement et psychologiquement dans la prise en charge de la douleur physique et morale des patients. Cette implication nécessite **une vigilance de tous les instants** et par conséquent une pression pèse en permanence sur les épaules de l'équipe d'IDE/AS/ASH. La **qualité des relations** entretenues entre les différents corps de métiers semble importante pour alléger cette pression et maximiser la qualité du service rendu : « *Une personne hospitalisée est dans l'attente de recouvrer son autonomie partielle ou complète d'un état de santé convenable pour continuer à vivre jusqu'au bout. Cela implique une grande responsabilité. Par souci d'efficacité on est obligé de prendre son rôle très au sérieux. Cela implique une conscience et une vigilance constante. L'esprit d'équipe et l'entraide sont importants. Ca nous déculpabilise quand on est pas au mieux* » (entretien 3.61, IDE du pôle de Chirurgie).

La **relation d'aide entre les membres du personnel** soignant est caractérisée par les soignants eux-mêmes comme une **ressource qui peut les aider à faire face** : « *Nous sommes des marathoniens mais on vieillit. On a parfois moins d'énergie mais il faut en permanence être efficace car on travaille sur la vie des gens. Il y peu de place pour l'erreur car elle peut être fatale. Rien que pour cela, nous sommes obligés de nous soutenir malgré les différentes personnalités et les coups de gueule ».* (entretien 3.44, IDE du pôle des personnes âgées). Ces ressources prendraient donc tout leur sens dans les moments difficiles. Développer des relations de qualité basées sur la confiance et la manifestation d'affects positifs constitueraient donc un élément important pour maintenir un équilibre dans le service de soin.

Le développement d'un **environnement favorisant l'entraide et la réciprocité** est essentiel pour le service: « *Il y peu de place pour l'erreur car elle peut être fatale. L'erreur ça peut être une erreur de médication, l'oubli d'une sécurité (barrière, ceinture de contention…)… Le travail est un partage, on a besoin de savoir qu'on peut compter sur les autres pour alléger un poids qui pèse sur nous au quotidien* » (entretien 3.37, IDE du pôle des personnes âgées).

Même si la relation d'aide est présentée comme l'attrait principal du métier des soignants (20 entretiens sur 30 entretiens « soignants »), elle est aussi reconnue comme facteur d'usure : « *On a besoin de prendre le temps d'exprimer ses difficultés, sa douleur, sa souffrance… D'autant plus lorsqu'on se sent fragilisé par la fatigue. C'est difficile de devoir toujours se montrer au top auprès des patients, ça use parfois* » (entretien 3.39, AS du pôle de chirurgie).

Les personnes interrogées parlent spontanément d'attachement à l'hôpital (dans 43 des 60 entretiens « cadres et soignants », à leur métier et attendent en retour un accompagnement moral et psychologique : «*Parfois quand je vois ce que je donne de ma personne et ce qu'on nous donne en retour, je me dis que ça ne vaut pas le coup… Je me sens tout le temps sous tension, j'ai beaucoup de mal à couper en rentrant, je me pose toujours des questions. Il m'arrive régulièrement de rappeler le service pour demander si je n'ai pas oublié telle ou telle chose… Et à côté de ça, je trouve qu'on est peu écouté, on se préoccupe peu de nos difficultés* » (entretien 3.40, AS du pôle des personnes âgées).

L'hôpital est un milieu à haut niveau d'épuisement professionnel. La fatigue et l'usure ont été évoquées dans tous les entretiens que nous avons menés. Si les cadres de santé reconnaissent leur rôle d'aide envers leurs collaborateurs, ils expriment aussi **un poids en responsabilités** : « *Nous, on porte tout le monde sur nos épaules ! Les patients, les soignants, les médecins, les familles… Le soutien ça nous connaît mais c'est parfois lourd à porter tout ça. Nous, on a peu de personnes sur lesquelles on peut s'appuyer, donc même si j'ai envie de vous répondre que c'est important, j'ai envie de vous dire que c'est compliqué et que je n'y arrive pas toujours car je suis très souvent à bout.* » (entretien 2.8, cadre de santé du pôle de chirurgie).

Si la nature du soutien social a été plutôt facile à identifier… **La complexité d'exprimer ou d'exercer l'aide est mise en valeur et plus particulièrement chez les cadres**.

4.2.2 *LE CADRE AU CŒUR DE LA COMPLEXITE DU SOUTIEN : DES PRATIQUES RECONNUES SE HEURTANT A DE NOMBREUSES RESISTANCES*

Le développement et l'entretien des relations entre les membres des équipes sont considérés comme une responsabilité de l'hôpital et notamment de la gestion des ressources humaines. L'encadrement des relations et la mise à disposition de temps, de lieux favorisant l'échange s'inscrivent ou doivent s'inscrire d'après les personnes interrogées, dans les pratiques RH : « Il vaut mieux prévenir que guérir… Pour bien prendre soin de l'autre, il faut être en bonne santé soi-même. Cela passe par un engagement de l'hôpital et de ses représentants vis-à-vis des personnes affectées à la prise en charge de la santé des patients : des moyens en personnel, du temps consacré et reconnu pour l'échange et des lieux aménagés. » (entretien 2.8, cadre de santé du pôle de chirurgie).

Certains cadres reconnaissent leur responsabilité par rapport à l'état physique et émotionnel du personnel du service : « *Nous, on doit maintenir le niveau d'énergie des personnes que l'on encadre. C'est vital, l'équilibre d'un service est fragile parce que la mission de soin est difficile. Les soignants doivent faire face à des situations parfois dramatiques qui nécessitent une prise de distance. Certaines personnes doivent être aidées car elles débutent, ou parce qu'elles sont plus sensibles. On n'est pas tous égaux devant la douleur. Le point commun de toutes les personnes qui soignent est d'aimer les gens, prendre soin. Je me sens investie dans ce rôle de soutien […] il s'agit pour moi d'une question d'éthique professionnelle* » (entretien 2.16, cadre de santé du pôle de médecine).

Les comportements de soutien entrent dans les pratiques reconnues par les cadres (P1) (23 sur les 30) et ils sont justifiés et légitimés par les particularités liées au contenu du travail soignant :« *La mission de soin vise à aider les personnes à traverser des épreuves. Ce sont des moments qui sont difficiles à traverser pour les patients et leurs familles mais ce sont aussi des moments difficiles pour les soignants et plus particulièrement pour les infirmières et les aides-soignantes qui sont engagées*

quotidiennement dans le soin. Ecouter, soutenir, réunir, dynamiser l'équipe… On est formé à ça. On peut dire que cela rentre dans nos pratiques. Après les définir, c'est compliqué parce que tout le monde pratique à sa manière et puis on réagit différemment en fonction de la personne à qui on a à faire et du climat de l'équipe» (entretien 2.30, cadre de santé du pôle mère/enfant).

Ce soutien est jugé d'autant plus important qu'il est nécessaire pour renforcer la cohésion des équipes et pour **favoriser le fonctionnement du service (P1.2)** « *Gérer une équipe, à la base, c'est déjà une tâche difficile parce qu'on doit faire en sorte de faire que tout le monde aille dans le même sens. Dans le service, les personnalités sont toutes très différentes. A l'hôpital, il a en plus cette gestion constante des affects qui rend les choses compliquées. Les tensions et les conflits sont fréquents. En ce qui me concerne, je les considère nécessaires mais cela peut créer des clans. Une ambiance lourde cela pèse sur la motivation de l'équipe et sur la qualité des soins*. » (entretien 2.25, cadre de santé pôle de médecine).

Pour que le service fonctionne efficacement, le cadre de santé s'investit dans l'entretien des relations entre les membres de l'équipe : « *La routine ne peut pas s'installer dans un travail comme celui là. Il nécessite une remise en question permanente individuelle et collective indispensable pour le bon fonctionnement du service. L'esprit d'équipe ça s'entretient et c'est cela fait partie du travail du cadre*». (entretien 2.12, cadre de santé du pôle de chirurgie).

Le cadre de santé aurait une responsabilité importante dans l'entretien d'un climat serein au sein de son groupe (P1.1), un cadre de santé déclare : « *moi j'impose à l'équipe des temps de discussions sur les sujets importants (soins, difficultés de toutes sortes). Je dis « j'impose » et le terme peut paraître dur mais c'est une réalité j'impose car je crois qu'ici toutes les excuses sont bonnes pour ne pas prendre de temps de pause pour réfléchir et discuter.* » (entretien 2.10, cadre de santé du pôle de chirurgie).

Parallèlement **à des attentes de soutien de plus en plus importantes justifiées par les exigences croissantes du travail**, les cadres de santé (1/3) mettent en avant une de fuite du dialogue par les équipes. Nous avons noté que le terme « réunionnite » est d'ailleurs mentionné dans 14 des 30 entretiens réalisés auprès des IDE, des AS et des ASH « *l'hôpital est un lieu de réunitionnite : réunions pour les transmissions, réunions pour les projets de services, réunions pour les projets de soins… Il y a beaucoup de réunions qui ne servent à rien, qui ne nous aident pas à avancer puisque de toute façon on est ni*

respecté, ni reconnu. C'est une perte de temps et on n'a pas de temps à perdre » (entretien 3.39, Infirmière du pôle de chirurgie)

Paradoxalement**, de nombreux soignants** reconnaissent que la qualité des soins passe par la technique de soin mais **déplorent l'absence des relations qui sont parasitées par les exigences croissantes liées à la gestion de la qualité et de l'aspect technique du soin**. Une aide-soignante témoigne : « *La technique et les médicaments ne suffisent pas à soigner. C'est bien pour cela que l'humain est indispensable sinon les hôpitaux n'existeraient pas… Il faut investir dans la prévention de la maladie de la personne qu'elle soit patiente ou soignante en étant plus à l'écoute des difficultés de chacun. La qualité des relations se dégradent par manque de temps, on ne réunit pas suffisamment pour évacuer les tensions* ». (entretien 3.33, aide-soignante du pôle de médecine).

En terme de résultats, le cœur du soutien dans les services passe par le développement et l'entretien de la qualité de relations entre les personnes. Néanmoins, **il semble que l'encadrement formel des relations ou « les réunions » ne soient pas un lieu d'échange priorisé par les IDE/AS/ASH**. En terme d'implication, il apparaît que les attentes d'échange soient informelles et que **l'échange devrait être ouvert à une plus grande autonomie d'action**. En d'autres termes, **que l'échange social soit « encadré » ou non, les personnes doivent être libres de s'impliquer à hauteur de ce qu'ils souhaitent et de négocier les termes de cet engagement avec les autres parties de l'échange**.

4.2.3 *UN RAPPORT QUOTIDIEN A L'EMOTION ET UNE PRISE DE DISTANCE NECESSAIRE PERMISE PAR DES RELATIONS SOUTENANTES*

Dans tous les services et toutes les spécialités, l'hôpital est décrit comme un lieu où **l'équilibre émotionnel des personnes est mis en péril en permanence**. Une infirmière du pôle mère/enfant témoigne (entretien 3.34, IDE du pôle de médecine) : « *D'une heure à l'autre, on passe d'une émotion à l'autre… C'est difficile à gérer parce que malgré la prise de distance qu'on doit prendre… C'est souvent le côté humain et qui ressort et on*

ne réagit pas toujours bien ou de la même façon que les autres… Tout le monde à sa personnalité c'est vrai que les relations entre nous sont fortes, on se connaît… Moi ça fait 15 ans que je travaille ici, je connais tout le monde, je sais comment mes collègues fonctionnent et, ils savent comment je fonctionne… Bien se connaître c'est la base pour aider les autres et se faire aider par les autres » ;

Les soignants **expriment leur besoin de marquer des temps de pause pour faire le vide ou pour « vider leur sac » pour éviter la surcharge émotionnelle**, une infirmière de pédiatrie (3.58) rapporte « *Le décès d'un enfant affecte le service entier. Il faut prendre en compte le désarroi des familles, leur accompagnement et gérer notre propre douleur face à ces moments de vie […] Il est nécessaire dans ces moments là de pouvoir se réunir et parler* ».

Le rapport à la mort est évoqué dans tous les services: « *dans notre travail on est là pour maintenir les personnes en vie mais on est aussi là pour les accompagner jusqu'à leur dernier souffle. Il existe donc une catégorie de personnel soignant affecté à la prise en charge du défunt (toilette mortuaire, accompagnement des familles). Quand je parle de défunt, ça touche toutes les tranches d'âge (nouveau né, jeune adulte…). La mort est une prise de conscience face à notre propre fin. On ne peut pas exercer de manière que technique et mécanique. C'est la même chose avec les soignants, il faut prendre soin de ces personnes. Dans le service, on a un fort taux d'absentéisme, les gens sont fatigués, c'est un travail qui use physiquement et moralement.*» (entretien 2.23, cadre de santé du pôle de médecine).

Le rapport quotidien à l'émotion implique des attentes de soutien essentiellement émotionnel au travail pour les soignants. **La prise de distance par rapport aux situations de travail difficiles dépend des possibilités d'échanger avec des personnes qui partagent les mêmes perceptions de la réalité**. Les relations entre les collaborateurs nourrissent une forte cohésion sociale qui aide à faire face mais qui permet aussi de révéler de nombreux attraits du travail favorables à l'implication « relationnelle », à l'engagement et à l'identification à une équipe. A ce titre, le rôle joué par le cadre de santé dans la cohésion de l'équipe semble être un point capital. Les **pratiques de soutien des cadres** déterminent la possibilité d'exprimer des **comportements de soutien pour les collaborateurs**.

4.2.4 *L'EQUIPE AU CŒUR DES PREOCCUPATIONS DES CADRES DE SANTE*

Un élément important qui ressort des entretiens auprès des cadres de santé concerne la vision unanime de ces derniers concernant la répartition quotidienne de leur activité. La cadre de santé d'un service de chirurgie constate (entretien 2. 10) *« la gestion de l'équipe est l'activité qui prend le plus de temps, la gestion des plannings, les départs en formation… le management est très lourd, parce qu'il faut faire avancer les individus et l'institution avec… ».*

Il semble y avoir chez les cadres de santé une conscience de leur rôle de soutien au personnel soignant, une dimension récente de leur métier, le cadre de santé d'un service de chirurgie (entretien 2. 8) explique *« depuis que nous sommes aux 37h30, on a mis en place les RTT… En contrepartie les créations de postes ont été insuffisantes […] L'harmonisation des plannings, qu'on cherche d'ailleurs toujours à harmoniser a introduit une GTT assez pointue des individus. Par exemple, avant, en réa, on avait 2 IDE le matin et 2 l'après-midi, aujourd'hui, on se retrouve avec un pool de 3 IDE pour la journée […] On travaille en flux tendu, nos métiers s'intensifient, mon équipe est fatiguée, si je ne la pousse pas, le bateau coule. ».*

Une constatation est faite chez les cadres les plus expérimentés concernant **l'évolution d'un cœur de métier très administratif vers cœur de métier orienté vers l'équipe**, par une gestion de plus en plus individualisée, notamment justifiée par l'intensification de la charge de travail : «*le métier de soignant n'est pas facile, tout le monde le sait. Ce qui est difficile aujourd'hui c'est l'accumulation permanente de nouvelles tâches qui nécessitent une réorganisation fréquente des méthodes de travail. Par exemple, avec la traçabilité, les infirmières et les aides-soignantes doivent noter tout ce qui est effectué auprès de tous les patients. Cela prend du temps et donc elles ont moins de temps à consacrer au patient. Cette évolution du métier vers une compétence administrative irrite considérablement le personnel parce que ce manque d'échange avec le patient entraîne de nombreuses frustrations. A mon niveau, la traçabilité a des conséquences directes en ce qui concerne la mobilisation des troupes. Les transmissions sont par exemple un moment crucial dans la mesure où c'est un moment d'échange. J'essaie le plus possible d'y assister et de me positionner en animatrice des transmissions afin que chaque personne puisse s'exprimer.*

C'est quelque chose de nouveau et c'est ce qui est le plus difficile, je pense car rien n'est jamais gagné. Il faut sans cesse montrer qu'on est « légitime » quand on est cadre». (entretien 2.10, cadre de santé pôle de chirurgie).

Nous abordons à présent les dimensions sociales que les cadres estiment importantes, dans l'exercice quotidien de leur métier.

La première dimension, relatée dans tous les entretiens est l'**écoute** *« Je suis très à l'écoute de mon équipe… Et de toute l'équipe, qu'il s'agisse des IDE, AS et même des médecins. Je pense qu'on est là pour ça.… C'est vrai, il y a des gens qui ont des situations difficiles, dans leurs vies personnelles, parfois c'est le rapport au patient… »* (Entretien 3.18, cadre d'un service de médecine interne).

Vient ensuite la **communication** «*Le contexte est difficile, on ne peut pas le changer, ni nous, ni la Direction,… Ce qui est important, à mon sens, c'est que les gens puissent dire ce qui va et ce qui ne va pas, et qu'on puisse en discuter »* (entretien 3.24, cadre d'un service de réadaptation), puis **l'information** *« nous sommes responsables de la transmission de l'information qu'elle soit institutionnelle descendante, informelle transversale… Dans la perception que j'ai de mon rôle, parfois je me sens l'âme d'une conseillère »* (entretien 3.22, cadre du pôle de médecine).

Les cadres mentionnent **« la connaissance de l'équipe »** comme un facteur important pour exprimer leur soutien. Un cadre d'un service de radiologie (entretien 3.27) explique « *je pense qu'il faut bien connaître son équipe, qu'il y a une finesse dans l'appréhension des relations à avoir, arrive un moment donné où on sait comment on doit communiquer de telle manière avec certaines et de telle manière avec d'autres ».*

La prise en compte de la personnalité et des spécificités de l'individu détermine l'expression de certains affects ou certaines attitudes par exemple : « *Je m'adapte aux personnes. Par exemple, je sais que certaines personnes ne souhaitent pas s'exprimer sur leurs difficultés personnelles, donc je n'évoque pas le sujet. A l'inverse, je suis consciente que d'autres personnes ont besoin de temps de discussions avec moi ou des collègues.*

J'essaie d'être le plus sensible aux spécificités de chacun et de prendre des décisions qui favorisent un climat serein dans le service. Cela me permet de gagner du temps en allant à l'essentiel de créer des relations de confiance entre nous » (entretien 2.10, cadre de santé, pôle de chirurgie).

Une dimension importante et mise en avant est l'**évaluation**, plus particulièrement le moment de l'entretien d'évaluation annuel «*c'est vraiment un moment privilégié où on communique, c'est un échange pour une progression tant personnelle (et ce pour la personne évaluée comme pour moi) que collective, c'est un moment où je prends le temps de prendre le pouls »* (entretien 3.37).

4.2.5 *DES ATTENTES FORTES DE SOUTIEN PAR RAPPORT AU CADRE ET PAR RAPPORT A L'EQUIPE*

Les soignants reconnaissent leurs attentes de soutien à l'égard du cadre de santé, comme le confirme une jeune aide-soignante d'un service de gériatrie (entretien 4.42) *« La cadre est le gardien de la santé de l'équipe. J'ai déjà travaillé dans un service où le cadre était toujours en réunion, pas du tout proche de l'équipe de soin […]. Je peux vous dire que déjà l'ambiance était très morose et qu'on avait peu de recours en cas de problème, les gens se mettaient facilement en arrêt pour tout et pour rien. […]. Dans mon service actuel, c'est différent le cadre est à l'écoute, présent, il règne un climat de confiance »*. **Les IDE/AS/ASH doivent percevoir que leur cadre de santé s'implique dans la vie du service pour s'impliquer dans le service et dans l'établissement en retour**.

Les soignants valorisent également l'équipe et mentionnent dans la majorité des entretiens ces relations avant de traiter de leur relation au cadre de santé. Une infirmière des urgences (entretien 4.38) explique que *« Aux urgences, je ne sais pas si c'est particulier […]. La notion d'équipe est fondamentale, elle est créée dans le cadre du travail, on est peut-être plus en relation avec les médecins et les aides-soignantes que dans les autres services […]. Si j'ai un problème quelqu'en soit la nature, je sais que je*

peux en parler, je sais que je peux solliciter l'aide de mes collègues […]. Il est plus facile de discuter de certains sujets avec des gens qu'on côtoie intensément au quotidien, qu'avec le cadre ».

Il semblerait que globalement, les infirmières, les aides-soignantes et les agents des services hospitaliers soient satisfaits des relations entretenues avec leurs collègues et que les équipes soient considérées comme soudées (26 sur 30 entretiens « soignant » : «*C'est sûr que tous les jours ce n'est pas rose… Il y a quelques tensions mais bon, il y toujours des périodes comme cela et on fait en sorte d'être le plus solidaire possible parce qu'il ne faut pas oublier les patients, c'est ça qui compte* » (entretien 3.59 AS, pôle de médecine).

4.3 LES FACTEURS CONTEXTUELS, SITUATIONNELS ET INDIVIDUELS INFLUENCANT L'EXPRESSION DES COMPORTEMENTS DE SOUTIEN AU TRAVAIL

De nombreux facteurs infléchissent l'expression des comportements de soutien au travail. Notre objectif n'est pas d'en faire une description exhaustive. Nous avons demandé à toutes les personnes interrogées de s'exprimer sur leur point de vue. L'analyse de contenu nous permet d'en faire une synthèse à trois niveaux.

Ces facteurs semblent importants car ils peuvent influencer la perception des différents acteurs de l'échange social. Un cadre de santé témoigne: « *Le problème c'est qu'au regard de tout ce qu'on nous demande : accréditation, projets de service, réunions, groupe de travail sur tel ou tel sujet. Les formations […]. On est parfois dans la ligne de mire des membres des équipes. Parfois on doit demander des choses difficilement acceptables aux équipes. On demande aux gens de déplacer un repos, de revenir travailler sur des jours de repos, on est obligé de poser des règles pour avoir une marge… Et effectivement, ça a un impact fort sur les gens et sur la façon dont ils nous perçoivent.* » (entretien 2.25, pôle de médecine).

4.3.1 *DES CONTRAINTES AU NIVEAU CONTEXTUEL*

Au niveau contextuel, les conséquences de **la nouvelle gouvernance** sur les métiers des soignants avec notamment l'introduction d'activités administratives de saisies des soins au patient sont régulièrement évoquées dans les entretiens (51 entretiens sur 60). Ce qui est globalement dénoncé comme frein à l'échange interpersonnel, c'est **la diminution du temps consacré à l'échange.**

Il est unanimement reconnu que les exigences croissantes du travail fatiguent le personnel, qui de ce fait exprime une attente d'aide par rapport à la Direction : *« On demande au personnel, d'être de plus en plus disponible, de plus en plus compétent, de en plus rapide et avec toujours moins de moyens ! Tout cela entraîne des frustrations, de la fatigue […] On a des attentes par rapport à l'établissement mais en même temps le personnel craint tellement l'arrêt de certaines activités… »* (entretien 3.60, IDE du pôle de médecine. **La charge de travail** et particulièrement la charge de travail liée aux pathologies traitées est reconnue dans l'ensemble des services (dans les 60 entretiens) : « *dans tous les services, la charge de travail est très lourde car les pathologies sont de plus en plus lourdes… Le service doit tourner, on a des objectifs à tenir, de grosses contraintes d'efficacité. Le métier de soignant est fatiguant à la fois physiquement et moralement. Les déplacements sont nombreux […], il y du mouvement en permanence, c'est bruyant et puis nous nous devons d'être attentif à tout […]. Alors forcément le climat de l'équipe c'est vraiment quelque chose de très important et j'essaie de faire en sorte que les gens se sentent bien dans le service* ». (entretien 2.27, cadre de santé pôle de médecine) ; « *je suis en début de carrière et déjà écœurée par mon travail. Ici, tous les matins, on fait les toilettes à la chaîne… Je ne me sens pas respectée en tant que personne et je sens que je ne respecte pas les résidents, c'est très frustrant. Je suis épuisée physiquement et moralement. Notre supérieur ne le comprend absolument pas…. On est pas du tout soutenu* » (entretien 3.40, AS du pôle des personnes âgées).

Le manque de temps consacré à l'échange est le corollaire **d'une intensification de la charge de travail** : « *Il serait bien qu'on puisse réellement évaluer notre charge de travail actuelle, le nombre de kilomètres qu'on parcourt en une journée. On devrait*

évaluer la charge physique avec des patients de plus en plus dépendants, la charge psychologique pour faire face à des situations de plus en plus tristes. On nous en demande toujours plus ! » (entretien 3.60, IDE du pôle de chirurgie) ; « *Il faudrait faire en sorte qu'on trouve un peu de temps pour rétablir la convivialité entre nous et avec les patients. Les « soins indirects » que ce soit la traçabilité et le PMSI*[379] *prennent une place disproportionnée par rapport à l'humain ! On marche sur la tête, bientôt les infirmières ne seront plus formées qu'à des compétences administratives… Il n'y a plus de temps pour le relationnel* » (entretien 3.44, IDE du pôle des personnes âgées) ; « *la rédaction de toutes les tâches, les choses que l'on fait auprès du patient… Est-ce qu'il est agité, est-ce qu'il a pris ses médicaments, à quelle heure le ménage a été fait dans sa chambre…. Par quelle personne… On nous demande de rédiger tous nos actes… Et la conséquence c'est un manque de souplesse dans la gestion du temps. On communique de moins en moins entre nous* » (entretien 3.61, IDE du pôle de chirurgie.

Le temps manque aussi aux cadres pour soutenir leurs collaborateurs : « *notre métier est de plus en plus orienté vers l'équipe mais surtout vers la gestion des plannings des équipes. Tout est informatisé depuis peu, c'est compliqué et fastidieux… Il faut que je m'y habitue, c'est sûr mais pour l'instant, j'ai vraiment l'impression d'être complètement déconnectée des préoccupations de l'équipe parce que je passe mon temps à gérer tout ça dans mon bureau* » (entretien 2.23, cadre de santé du pôle de médecine) ; « *J'ai un temps plein et je me partage entre deux services très différents : dans un service, on a des malades très lourds et dans l'autre on a des malades « de passage ». Grosso modo, je gère un peu deux services dont l'un est en amont et l'autre en aval du processus de soins. La difficulté en termes de gestion réside dans la grande différence entre les deux services. Les problématiques des équipes sont différentes dans les deux services. Parfois c'est très difficile pour moi à gérer car je ne peux pas me couper en deux* » (entretien 2.8, cadre de santé du pôle de chirurgie).

100% des cadres estiment que leur charge de travail est sous-évaluée : « *La charge de travail et le stress des cadres ne sont pas du tout pris en compte… On se retrouve au carrefour de tous les conflits et on nous rend responsable de tout ce qui se passe alors qu'en réalité on ne fait qu'appliquer ce qu'on demande d'appliquer… On est de moins en*

[379] le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) consiste à recueillir un ensemble d'informations administratives et médicales sur chaque séjour de patient effectué dans un établissement de santé.

moins légitime par rapport aux équipes parce qu'on a aucun moyen de les aider : pas le temps, pas les ressources » (entretien 2.11, cadre de santé du pôle des personnes âgées).

4.3.2 *DES CONTRAINTES AU NIVEAU DU TRAVAIL ET DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL*

Dans tous les services, **la charge de travail** est la première contrainte évoquée. Cette contrainte est reconnue comme contextuelle et situationnelle : « *la charge de travail au niveau des soins est croissante. A cela s'ajoute la démarche administrative sociale du patient, la traçabilité, les imprévus. Il faut penser qu'en plus, les remplacements des personnes absentes ne sont pas garantis à 100%. De ce fait, ça fragilise l'ambiance, on est sous tension dans le travail et au niveau de l'ambiance. Tout cela, ça nous désolidarise* ». (entretien 3.40, AS du pôle des personnes âgées). « *Dans notre service, la tâche est tellement importante qu'on a même pas le temps de faire ce que nous devrions faire sur la journée… La qualité de la relation au patient en pâtit en premier et c'est la même chose avec l'équipe* » (entretien 3.56, IDE du pôle de médecine).

Le manque de relations avec les collègues et l'isolement sont évoqués dans 27 entretiens « soignants ». :« *On n'a pas de moyens, tout est compressé… Moi les ¾ du temps, je travaille seule, je dois travailler vite, dur… Et puis il y a la traçabilité… Je cavale, je cavale, je n'ai pas le temps de plaisanter ou de discuter avec les autres* » (entretien 3.42, AS du pôle des personnes âgées).

Le glissement des tâches influencerait le manque d'échange : « *le glissement des tâches a bien perturbé le travail des ASH, qui se retrouvent à s'occuper du ménage, alors que les AS se sont recentrées sur le soin. On peut dire que d'un côté c'est bien, parce le compartiment des tâches favorisent l'efficacité des équipes… Mais on ne se voit plus qu'aux pauses, il n'y pas plus de temps de parole, de rigolade !* » (entretien 3.56, IDE du pôle de médecine).

Le réaménagement des fiches de poste est aussi pointé « *Avant le groupe se retrouvait ensemble pour manger… Aujourd'hui, celle qui commence à 6h15 déjeune à 12h, celle qui commence à 7h00 déjeune à 13h10… On n'a pas le temps de se voir ! Aujourd'hui tout est fait pour que chacun soit affecté à une tâche précise. On nous parle d'esprit*

d'équipe mais il n'y a plus d'équipe ». (entretien 3.41, AS du pôle de médecine).

Le climat relationnel et interpersonnel est identifié comme un facteur anxiogène (dans 37 entretiens sur les 60) : « *un conflit entre deux personnes peut vraiment pourrir le moral de tout le service. On travaille en vase clos, les tensions entre les membres de l'équipe avec le médecin ou entre nous, ça peut vite contaminer l'ambiance du service. Dans ces moments là, que ce soit le cadre ou quelqu'un d'autre, c'est bien que quelqu'un joue le médiateur ou qu'on puisse communiquer mais c'est pas toujours facile car il y les patients, les familles… Donc il y a pas mal de tensions et elles sont* fréquentes » (entretien 3.44, AS pôle des personnes âgées). **La mauvaise qualité des relations entretenues** est mentionnée par le 1/3 des infirmières, des aides-soignantes et des agents des services hospitaliers : « *ce qui me stresse le plus dans mon travail, ce sont les relations avec les collègues. Certains travaillent complètement différemment et pensent que leur méthode est la bonne et il faut faire avec. Certains sont de mauvaise foi ou ont de très fortes personnalités… Donc les plus gentils « s'écrasent » […] Si le cadre ne fait pas un minimum preuve d'autorité, ça peut vite devenir invivable* » (entretien 3.53, IDE du pôle de médecine).

Les relations avec les patients sont également évoquées mais de manière plus marginale (15 entretiens sur 60) : « *Certains patients ne sont pas faciles… Parfois, c'est la famille, on n'est pas toujours très bien considéré. Parfois, on se prend des propos durs, blessants… Heureusement, qu'il y a une certaine solidarité dans l'équipe et avec le cadre pour faire front* » (entretien 3.62, ASH pôle des personnes âgées).

L'évolution des méthodes de travail nécessite un effort d'adaptation constant pour le soignant. Cet effort, lorsqu'il est couplé à de fortes exigences dues à l'activité du service, à de nombreux imprévus etc. peut agir sur l'état de stress ressenti par ces derniers (35 entretiens sur 60) : « *le métier d'infirmière est un métier à risque. Les pressions qui s'exercent sur nous sont fortes. Chaque acte doit être réfléchi et en même temps on doit travailler de plus en plus vite. La traçabilité, la lourdeur de certaines pathologies, le nombre de patient, l'effectif réduit le week-end, la gestion des plannings sont des facteurs de stress. Chaque personne est importante parce que la qualité des soins c'est un travail d'équipe* » (entretien 34, infirmière du pôle de médecine). Les exigences sont croissantes, nécessitent une adaptation permanente et une organisation du temps pointue : « *Les infections nosocomiales, on en entend parler depuis 20 ans… Et depuis quelques temps,*

c'est devenu une préoccupation majeure à tous les niveaux, de telle sorte qu'on fait des statistiques là-dessus… On est dans une logique de transparence qui est nécessaire mais le fait d'en arriver là implique qu'il faut mettre des choses en œuvre, des protocoles qui prennent un temps fou qu'on ne peut consacrer à d'autres choses » (entretien 2.15, cadre de santé pôle de chirurgie).

Un point ressort et mérite d'être souligné. C'est la **perception d'une absence de prise en compte de la personne et de ses émotions par l'organisation**. Cette absence est reconnue par 19 cadres de santé (sur 30) et 24 agents (sur 30). Elle freinerait l'expression du soutien par les managers de proximité et les individus eux-mêmes : « *C'est très surprenant de parler de soutien social et très difficile de l'expliciter parce qu'on se soutient et on exprime ses émotions sans les conscientiser et surtout pendant les pauses, dans les vestiaires et sur le parking lorsqu'on sort de l'hôpital* » (entretien 3.51, AS consultations externes) ; «*Ici, c'est un sujet qui est difficile a aborder parce qu'on ne demande de ne pas exprimer nos sentiments au travail. C'est une question d'éthique professionnelle* »

Un manque de reconnaissance de la fonction soignante est constaté dans 53 entretiens : «*le travail se dégrade dans son contenu mais c'est surtout la non reconnaissance du travail fourni qui est frustrante et qui génère le stress. On nous demande d'assumer une charge de travail toujours plus importante… On nous demande de nous investir dans les projets institutionnels. On travaille, on fait des heures supplémentaires et nos réflexions ne sont même pas prises en compte* ». Ce manque de reconnaissance génère de fortes insatisfactions que certains soignants répercutent sur leur cadre de santé « *Le sujet de la maltraitance est à la mode à l'hôpital… Mais on ne parle jamais de la maltraitance du personnel soignant. On nous harcèle par téléphone sur nos repos pour revenir faire des remplacements… Je n'ose même plus décrocher le téléphone quand je suis en congé… Mes nerfs sont tout le temps à vif, je ne décompresse pas. On ne nous dit jamais merci, jamais rien de positif. Les cadres sont les marionnettes de la direction, ils ne sont pas là pour nous aider* » (entretien 3.45, IDE du pôle de chirurgie).

Le manque de moyen et le non remplacement des personnes absentes reviennent souvent dans les propos des cadres et des soignants : «*les cadres connaissent de moins en*

moins le contenu réel de nos activités car ils sont plus pris par les projets administratifs. Ils ne peuvent pas comprendre la lourdeur de la tâche. L'ambiance et les conditions de travail se dégradent : manque de personnel, non remplacement des personnes absentes, culpabilisation des agents absents pour maladie » (entretien 3.32, AS du pôle de médecine) ; « *le manque de personnel est flagrant, ça met le bazar… Ca crée des conflits… C'est à celle qui réussira à sauver ses repos… Il y un climat de compétition entre nous. Forcément ça biaise les relations, c'est difficile dans un tel contexte de parler de soutien, je pense* » (entretien 3.37, IDE du pôle des personnes âgées) ; « *on manque vraiment de personnel, c'est le point le plus important. Dans le service, on s'auto-remplace pour tous les congés, RTT, congés maladies. La vie familiale est souvent difficile à gérer parce qu'il faut être solide pour enchaîner des périodes très chargées avec des repos hebdomadaires. Le remplacement de nombreux congés sont crée des tensions dans l'équipe, du stress et forcément cela crée de l'absentéisme* » (entretien 3.40, AS du pôle des personnes âgées).

Les **contrats de travail du personnel non titulaire** sont mentionnés dans deux entretiens réalisés auprès d'aides-soignantes « contractuelles » « *Je cumule les petits contrats, je change constamment de service, je dois faire un effort d'adaptation constant… Tout ça me fatigue, ça ne me donne pas vraiment envie de faire des efforts pour m'intégrer ou participer à la vie des équipes dans lesquelles je travaille* » (entretien 3.54, AS du pôle des personnes âgées).

L'insuffisance du personnel et les difficultés de remplacement du personnel sont mentionnées : « *toutes les personnes en congés d'été ne sont pas remplacées. Cela crée une surcharge de travail. Les embauches ne sont pas suffisantes*. Si en plus, le climat de l'équipe est tendu ou qu'il se dégrade » (Entretien 3.39, aide-soignante du pôle de chirurgie).

Ces facteurs semblent particulièrement influents dans la justification des comportements d'aide entre les personnes et mettent en valeur l'esprit d'équipe. L'équipe est reconnue comme une priorité dans la gestion des cadres de santé. **Paradoxalement, les 60 personnes interrogées mettent au premier un manque de moyens matériels et humains qui freine l'échange entre les personnes.**

L'investissement des cadres de santé et des soignants dans les projets institutionnels est jugé intéressant mais impliquant en temps : « *Nous sommes très sollicités par les projets d'établissement et les projets administratifs… C'est vrai que je suis obligée de m'absenter du service fréquemment et que l'équipe me le reproche beaucoup* » (entretien 2.22, cadre de santé du pôle de médecine) ; *« On demande d'être référent de tel ou tel projet, de tout et n'importe quoi : référent en hygiène, référent en tabac, référent en linge… Cela donne l'impression à l'hôpital que ses agents s'impliquent et que l'hôpital fait bien son travail. On passe beaucoup de temps en réunion et on fait des heures supplémentaires car on doit revenir sur nos jours de repos pour participer à tel ou tel projet… Pourtant nos recommandations ne sont absolument pas prises en compte. Ici, à force de faire tout et n'importe quoi, sous prétexte qu'il faut s'aligner sur ce qui est demandé par le ministère, on finit par gâcher un temps précieux qui pourrait être consacré à aux patients et aux collègues»* (entretien 3.47, As du pôle des personnes âgées).

L'atmosphère, la connaissance des membres de l'équipe, la configuration des services (dans certains service, l'office est la salle de pause), **les « temps de parole », l'absence structures d'accueil** (psychologue du travail…), l'absence de lieux de détente et/ou de défoulement (ateliers de détente, de sophrologie, de relaxation…) ont été irrégulièrement abordés dans les entretiens comme freins à l'expression du soutien.

La gestion des plannings est enfin reconnue comme un manque de soutien de l'organisation : « *Les plannings changent tout le temps, sous différents prétexte. Avant, on avait un roulement à l'année qui permettait d'anticiper. Aujourd'hui, les roulements sont mensuels, on empiète sur notre vie privée, on ne peut pas se projeter* » (entretien 3.46, IDE du service de chirurgie).

4.3.3 *DES LEVIERS ET DES CONTRAINTES AU NIVEAU INDIVIDUEL*

D'abord, la personnalité a été mentionnée dans l'ensemble des entretiens : « *on n'est pas tous égaux dans notre façon d'aider les autres. Il faut être fin dans la manière de lire les autres, leurs maux. Je pense que beaucoup de personnes en sont incapables car elles*

en sont trop égoïstes ou simplement pas assez ouvertes » (entretien 3.38, IDE du pôle de médecine).

Les pratiques de certains cadres sont remises en question, leur « style de management » (autoritaire vs participatif) : «*Dans notre service, les relations entre le cadre de santé et l'équipe sont mauvaises… Elles sont même inexistantes. Nous ne faisons jamais de réunion d'équipe, le cadre n'assiste pas ou peu aux transmissions. C'est le cadre d'un autre service qui gère nos plannings, les congés et les remplacements* » (entretien 3.34, IDE du pôle de médecine).

« Dans la fonction d'encadrement, mon rôle est de faire appliquer des directives avec lesquelles je me sens de moins en moins en accord. La conséquence, c'est qu'il est difficile de faire accepter des règles dont moi-même je ne comprends pas les aboutissants. Mon équipe est fatiguée et j'ai l'impression d'être impuissante face à tout cela »

L'acceptation de l'expression des affects, l'âge, le genre, l'expérience, le statut (cadre ou faisant fonction de cadre) sont mentionnés de manière inégale comme des éléments important et explicatifs de la construction de la relation de soutien.

Ces résultats nous paraissent intéressants car **ils peuvent expliquer un décalage entre le soutien professionnel reconnu et voulu par les cadres de santé et les attentes de soutien socio-émotionnel des agents (P4) :** « *Malgré leur bonne volonté, il est clair que les cadres de santé ne peuvent pas se permettre d'être à notre écoute. Ils ont trop de choses à gérer et sont constamment la tête dans le guidon. Ils ont d'autres priorités: les familles, les entrées, les sorties, les projets d'établissement…* ».

Les résultats ne permettent pas de spécifier si c'est le cas pour les attentes de soutien socio-émotionnel à la sphère personnelle de l'individu. Le tiers des agents soignants de l'échantillon ne souhaitent pas parler de leurs problèmes personnels avec leur cadre de santé « *je pense que mon cadre ne doit pas être au courant de ce qui se passe dans ma vie personnelle. J'évite d'en parler avec elle. Je préfère en parler aux collègues dont je me sens proche et auprès desquels je trouve tout le soutien dont j'ai besoin* » (entretien 3.34, IDE pédiatrie).

Quand la perception du soutien du cadre est jugée faible alors le soutien de l'équipe est mis en avant. D'ailleurs le soutien socio-émotionnel à l'individu de la part des collègues est mentionné dans 28 entretiens (sur les 30 entretiens soignants) : « *Le fait de se sentir considéré et estimé en tant qu'individu, avec ses forces et ses faiblesses […] par ses pairs c'est le plus important. C'est avec les collègues qu'on partage notre journée de travail. Alors c'est important de savoir qu'à des moments on peut se montrer un peu plus fragile et de sentir que les autres le comprennent et vous soutiennent* ». Les agents sont globalement plus satisfaits et confiants envers leurs collègues (un voir plusieurs) et sont plus critiques à l'égard de leur cadre de santé.

4.4 LA NATURE DU SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL

Le soutien social à l'hôpital est principalement socio-émotionnel ou socio-affectif[380].

4.4.1 *LE SOUTIEN SOCIAL A L'HOPITAL : UN SOUTIEN SOCIO-EMOTIONNEL ET INSTRUMENTAL*

L'analyse de contenu fait ressortir six comportements de soutien au travail. Nous caractérisons le soutien social organisationnel :

(1) « Un soutien émotionnel » : la manifestation d'**empathie** et l'**écoute** est mentionnée dans les soixante entretiens : " *on a une augmentation du nombre d'arrêts maladie, il y une baisse de la durée mais une augmentation en nombre. Mon sentiment est que la charge de travail est de plus en plus lourde (effet des 35 heures, lourdeur de certaines pathologies, patients de plus en plus âgés, qualité des équipes…) et on tire de plus en plus sur la corde dans les service au même titre que le cadre tire de plus en plus sur la corde de ses membres pour avoir une équipe complète chaque jour. Je fais revenir des gens sur leurs CA, leurs RTT, je les appelle chez eux… Si je ne fais pas preuve d'empathie, ça ne peut pas marcher. Il faut être capable d'être réceptif aux attentes des personnes, pour cela il faut être à l'écoute»* (entretien 2.25, cadre de santé du pôle de médecine).

[380]ANTONUCCI T.C., ISRAEL B., (1986), « Veridicality of social support: A comparison of principal and network members' responses », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 54, p. 432-437

Le soutien émotionnel concerne la **manifestation d'encouragements et de protection** dans les moments difficiles : « *on ne peut pas se relâcher mais il y a des moments où on n'est pas au top et le fait de sentir que les collègues me reboostent, me poussent c'est réconfortant* » (entretien 3.42, AS pôle des personnes âgées).

(2) « Un soutien de reconnaissance et d'estime» : la manifestation d'estime, le fait de se sentir intégré / reconnu par une équipe, l'appréciation à l'égard du travail effectué (rétroaction, valorisation personnelle) sont importants. Les soignants se sentent peu reconnus et l'expriment avec beaucoup d'agacement dans l'ensemble des entretiens. A ce titre, le feedback du cadre de santé et la reconnaissance de l'équipe peuvent aider les personnes : « *les soignants se plaignent d'un manque d'écoute et de reconnaissance de la hiérarchie. Moi, j'essaie le plus possible de manifester ma reconnaissance envers le travail de mon équipe. Je pense que c'est important de les rassurer pour les motiver* » (entretien 2.6, cadre de santé du pôle mère/enfant). Ce soutien de reconnaissance semble très important pour les soignants : « *Aucune des propositions faites dans les projets dans lesquels on s'investit n'est prise en compte […] Heureusement que notre cadre nous stimule et reconnaît notre investissement professionnel. On a aussi une équipe qui se soutient mutuellement et ça c'est primordial* » (entretien 3.61, IDE du pôle de chirurgie). L'estime et la valorisation professionnelle du cadre et de l'équipe semblent être un moyen pour les soignants de composer avec le manque d'échange avec les médecins mis en évidence dans les 30 entretiens réalisés auprès des IDE, des AS et des ASH : « *Ce qu'il y de plus pénible c'est le mépris que les médecins nous manifestent. Nous ne faisons pas partie de l'équipe soignante, nous sommes les « bonnes à tout faire » des médecins. C'est frustrant.* » (entretien 3.58, IDE du pôle des personnes âgées).

(3) « Un soutien de réciprocité » : La manifestation de confiance et de respect est abordée dans 23 entretiens « cadres de santé » et 21 entretiens « soignants » :« *Ici, le matin les IDE font une pause vers 8h30.Quand j'ai le temps, je passe, on fait le point sur d'éventuels problèmes […] Après, vers 10H30, les aides-soignantes, les médecins et moi-même prenons le café ensemble. Et là, donc je fais passer les infos, on voit l'organisation de la prise en charge des patients… On parle beaucoup et surtout tout le monde prend le temps d'écouter et de s'écouter. C'est vrai aussi qu'on a une équipe de médecin très*

disponible. Dans le service, tout le monde se respecte, se manifeste de la confiance et comme tout le monde joue le jeu avec les mêmes règles, je pense que les gens se sentent bien malgré les conditions difficiles » (entretien 2.11, cadre de santé du pôle des personnes âgées).

(4) « Un soutien communicationnel » : dans le prolongement du soutien de réciprocité, il y a le fait de pouvoir être écouté et d'écouter : « *J'ai intégré le service de médecine interne il y 3 ans […]. Ma première mission a été de rétablir une certaine solidarité au sein des infirmières et des aides-soignantes en favorisant la communication entre elles [...].*» (entretien 2.22, cadre de santé du pôle de médecine)… L'échange sur les sujets professionnels et personnels revient dans l'ensemble des entretiens des IDE/AS/ASH : « *on passe de moins en moins de temps à échanger et pourtant c'est peut-être ce qu'il a de plus important… Les transmissions, c'est important mais on échange sur les patients, on dispose vraiment de peu de moments pour échanger entre nous. Il y a des collègues que je ne connais pas ou peu avec lesquels j'ai l'occasion de travailler avec le nouveau roulement mais c'est vrai qu'on n'a vraiment pas le temps d'échanger* » (entretien 3.60, IDE du pôle de médecine).

(5) « Un soutien Informatif» : conseil / avis sur problèmes professionnels et personnels Le soutien informatif peut permettre de renforcer la cohésion et l'efficacité de l'équipe « *Au moment des transmissions, je fais un point avec les personnes. Parfois j'interviens pour « défaire les nœuds. Les transmissions servent aussi à faire passer les informations. Le rôle du cadre est pédagogique et cela rassure les soignants, je pense*».

(6) « Un soutien instrumental » : le cadre peut prendre en compte certaines contraintes personnelles dans l'aménagement des horaires: « *La gestion des plannings est l'activité la plus chronophage et elle conditionne la qualité des relations dans le service. J'essaie d'être le plus possible à l'écoute des demandes de chacun pour établir les roulements ».*

Une analyse détaillée montre que le soutien du manager et celui de l'équipe sont de natures différentes. Nous distinguons trois composantes spécifiques du soutien du supérieur : un soutien socio-émotionnel à la sphère professionnelle, un soutien instrumental à la sphère professionnelle et un soutien socio-émotionnel à l'individu. Le

soutien de l'équipe serait de deux types : un soutien socio-émotionnel à l'individu et un soutien socio-émotionnel et instrumental à la sphère professionnelle. En définitive, les associations entre les types de soutien voulu/attendu et les sources du soutien (manager, équipe) diffèrent. Nous les présentons synthétiquement dans les schémas 3 et 4 :

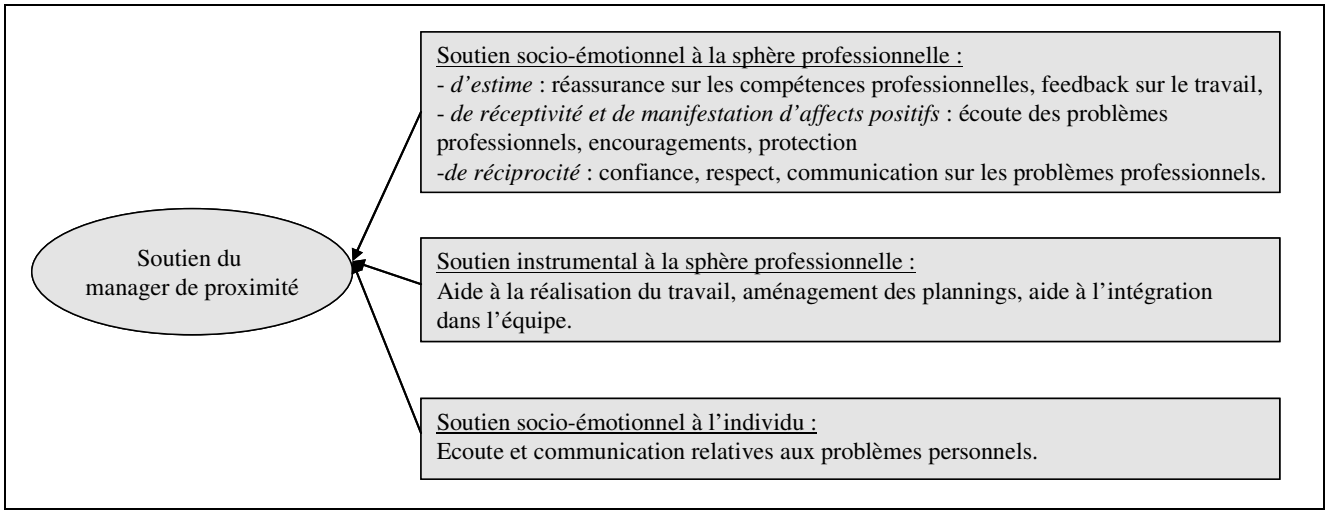


Schéma 3 : Les composantes du soutien du manager de proximité

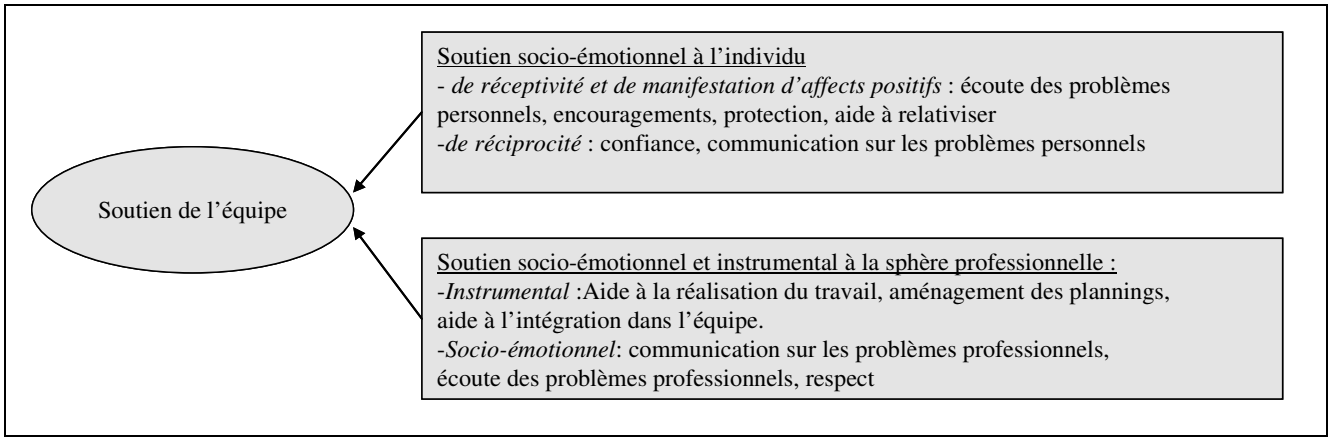


Schéma 4 : Les composantes du soutien social des membres de l'équipe de travail

4.4.1 *UN SOUTIEN A LA SPHERE PROFESSIONNELLE DE NATURE SOCIO-EMOTIONNELLE RECONNU ET VOULU PAR LES CADRES DE SANTE*

D'emblée, les cadres ne valorisent pas le soutien comme composante de leur métier. Le sujet est spontanément jugé comme **inadéquat** au contexte ou comme **impossible** à exercer par la quasi-totalité des cadres de santé (25 sur 30): «*c'est vrai que le soutien c'est important mais ce n'est pas la dimension du métier qui est la plus valorisée par la hiérarchie. Dans les services, on a des contraintes d'efficacité et on ne peut pas être aux petits soins pour tout le monde car on n'a pas les moyens pour cela. On est plus dans une logique de presser les gens comme des citrons que de se soucier de leur bien-être. C'est difficile à avouer mais c'est la conséquence directe de toutes les restrictions budgétaires que nous subissons.* » (entretien 2.10, cadre de santé du pôle de chirurgie). Ensuite, **la moitié des cadres interrogés refusent de parler d'affect ou d'émotion dans leur pratique**, sujet jugé « non approprié au milieu professionnel » pour ces personnes : « *je ne m'autorise aucun rapport affectif ni aucun sentiment dans le service […]. Je trouve que chacun doit gérer les choses comme il l'entend, je ne suis pas la maman du service* » (entretien 2.7, cadre de santé du pôle de médecine).

Pourtant l'écoute des problèmes professionnels, la communication sur les problèmes professionnels, la manifestation de reconnaissance et d'estime, l'évaluation des compétences, le fait de rassurer les agents sur leurs compétences ou encore le fait de les protéger sont des comportements mentionnés par l'ensemble des cadres interrogés.

Il semble que les cadres soient conscients d'une responsabilité concernant le bien-être au travail des agents (P1.1). La manifestation d'estime et l'écoute des problèmes professionnels sont mentionnées dans l'ensemble des entretiens de cadres. **Il semble aussi que les cadres de santé soient conscients de leur rôle par rapport à la mobilisation des personnes** (P1.2). Vecteurs de l'information institutionnelle et proche des collaborateurs, ils sont les mieux placés pour comprendre à la fois les enjeux stratégiques de l'établissement et les attentes des personnes dans les services.

D'abord, la manifestation d'**estime** et un soutien évaluatif positif sont mis en évidence (réassurance sur les compétences professionnelles, feedback, reconnaissance du travail bien fait…) : « *les métiers des soignants sont des métiers difficiles. Il y a les soins, il y a le contact avec le patient, il y a les activités liées au fonctionnement du service… Reconnaître le travail de mon équipe me paraît important, il faut les encourager aussi.* » (entretien 2.22, cadre du pôle de médecine).

Ensuite, **la réceptivité et la manifestation d'affects positifs** ressortent (écoute des problèmes professionnels, encouragements dans les moments de tensions et les moments difficiles, protection…). Un cadre de santé du pôle témoigne : «*Nous sommes les coordinateurs des services de soins. Pour cela, nous sommes à la fois réceptifs aux patients, aux médecins, aux familles et à l'équipe. Tous les matins, je fais le tour du service pour vérifier que tout va bien et encourager, motiver mes troupes* » (entretien 2.16, cadre du pôle de médecine).

Enfin le soutien émotionnel intègre les comportements pour développer des relations de qualité entre le cadre et l'équipe et entre les membres de l'équipe.

Ce soutien est lié à **la réciprocité dans l'échange** (confiance, respect, communication sur les problèmes professionnels, information). Il semble que ce soutien soit plus collectif qu'individuel et qu'il permette de développer la qualité des relations professionnelles : «*Le contexte est difficile, on ne peut pas le changer, ni nous, ni la Direction,… Ce qui est important, à mon sens, c'est que les gens puissent dire ce qui va et ce qui ne va pas, et qu'on puisse en discuter* » (entretien 3.24, cadre d'un service de réadaptation).

Ce soutien englobe finalement tous les aspects liés à la **diffusion et l'échange d'informations sur les aspects professionnels** *« nous sommes responsables de la transmission de l'information qu'elle soit institutionnelle descendante, informelle transversale… Dans la perception que j'ai de mon rôle, parfois je me sens l'âme d'une conseillère. Je passe énormément de temps à informer, échanger sur les soins et tout ce qu'ils englobent avec tous les acteurs du service* » (entretien 3.22, cadre de service de pneumologie).

Les comportements de soutien reconnus par les cadres de santé mettent en exergue des mécanismes pour favoriser le fonctionnement de leurs services (P1.2). A ce titre, le moment des **transmissions** est jugé important par tous les cadre : *« ces moments sont propices pour faire passer des infos mais également pour communiquer ou prendre contact : il m'arrive très fréquemment à la suite des transmissions de me retrouver avec une IDE ou une AS dans le couloir ou mon bureau pour régler des problèmes d'ordre personnel (épuisement entre autres). »* (entretien 2.15, cadre de santé du pôle de chirurgie).

Le soutien des cadres de santé est avant tout professionnel :*« L'important, c'est de se mettre autour de la table et de dire « voilà, qu'est-ce qui ne va pas ? Dites moi ce que vous voulez, et je verrai ce que je peux faire ». Il faut essayer d'alléger la lourdeur de la tâche en ne perdant pas de vue qu'il faudra toujours du monde en place, qu'on travaillera toujours le dimanche. L'intérêt est de savoir quels sont les problèmes, c'est aussi de pouvoir informer les agents de la nature de mes contraintes, et essayer de trouver un compromis qui crée le moins d'insatisfactions possibles.* » (entretien 2.8, cadre de santé du pôle de chirurgie).

4.4.2 *UN SOUTIEN INSTRUMENTAL A LA SPHERE PROFESSIONNELLE RECONNU PAR LES CADRES DE SANTE*

Il se réfère aux trois moyens que les cadres estiment pouvoir mettre en œuvre pour aider les agents à vivre leur situation de travail au mieux. Premièrement, **l'aide à l'intégration** dans l'équipe peut concerner la gestion du planning et la composition des équipes, la réflexion sur les roulements : « *quand quelqu'un démarre dans le service, j'essaie dans la mesure du possible de constituer des binômes pour favoriser son intégration.* » (entretien 2.15 cadre du pôle de chirurgie).

Ensuite, il y a les **aménagements dans les plannings**. Ce soutien est plus orienté vers l'individu car le cadre peut faire des compromis pour arranger les personnes. **Les cadres de santé reconnaissent que ces pratiques représentent un idéal difficilement tenable** : « *j'essaie de prendre en compte les demandes des agents pour harmoniser le planning.*

C'est parfois difficile, il m'arrive de rappeler des gens sur leur RTT, cela peut créer des tensions mais je n'ai pas d'autres choix » (entretien 2.7, cadre d'un service de long séjour). Cet aspect du soutien semble important dans la mesure où le roulement peut être un fort motif d'insatisfaction : *« on a refondu les plannings il y a 2 ans, et on a du les modifier, les remodifier avec des impératifs, des règles dedans… Les gens ont du s'y soumettre, mais l'intérêt à la fin de l'année est de faire le point pour si ça va ou non et de faire des modifications en conséquence. Dans ce cas, on cherche une autre grille et là, actuellement, la grille en place va être soumise à d'autres modifications pour accorder au mieux les aides-soignantes.* » (entretien 2.8, cadre de santé du pôle de chirurgie)/

Enfin, **l'aide à la réalisation du travail** concerne la mise à disposition du cadre d'un nombre de personnes suffisant dans le service et du matériel nécessaire (lève-malade par exemple) : «*j'essaie de faire en sorte que les soignants travaillent dans de bonnes conditions. On a de plus en plus d'arrêts maladie à gérer. Cela signifie qu'il faut trouver des personnes pour les remplacements et ce n'est pas une mission facile* » (entretien 2.28, cadre de santé du pôle des personnes âgées).

A défaut de pouvoir pleinement soutenir instrumentalement les agents, les cadres mettent en évidence l'importance de **développer des relations plus individualisées** avec les membres de leurs équipes : *« on ne peut pas intégrer les demandes de tout le monde dans la gestion des plannings et des roulements. Mon équipe est constituée d'une trentaine de personnes. Je les laisse s'arranger entre eux. Ce qui me semble important c'est de connaître les situations de chacun pour établir des priorités parfois et les justifier aux autres. J'essaie d'être le plus juste possible* » (entretien 2.11, cadre d'un service de long séjour).

4.4.3 *UN SOUTIEN SOCIO-EMOTIONNEL A L'INDIVIDU RECONNU PAR LES CADRES DE SANTE*

Même si le soutien à l'individu n'est priorisé par l'ensemble des cadres de santé, globalement tous admettent que l'écoute et la communication sur les problèmes personnels sont des attentes des soignants : « *je ne suis pas du tout à l'aise face aux difficultés personnelles de l'équipe mais par contre, je reconnais qu'il y a de plus en plus*

de situations difficiles, des divorces entres autres […]. Ici, on travaille les week-ends, très tôt le matin, tard le soir, c'est vraiment très contraignant pour les personnes qui ont des difficultés à tout gérer et pour nous en terme de gestion des plannings. Notre marge de manœuvre est hyper limitée. J'essaie d'être à l'écoute mais je me sens impuissante et démunie. C'est compliqué, je pense que c'est la responsabilité de la DSI » (entretien 2.19, cadre de santé du pôle des personnes âgées).

Ce soutien s'il est reconnu n'est pas un sujet facile à aborder par les cadres qui mettent tous spontanément en avant un manque de moyens en personnel et matériel pour faire face aux problèmes des agent.

Quatre cadres de santé évoquent aussi leur «aptitude personnelle » ou leur « positionnement personnel » par rapport au soutien aux difficultés personnelles des individus : « *je trouve que ce genre de sujet est personnel et lié à l'intime. Moi, je ne souhaite pas entrer dans une relation de soin aux soignants. J'en ai déjà fait l'expérience, ça peut vite vous créer plus de soucis qu'autre chose…* » (entretien 2.25, entretien cadre de santé du pôle de médecine).

Ce soutien s'exerce principalement à des moments où le cadre peut être en face à face avec les agents. Cela signifie qu'il faut que l'agent sollicite le cadre où alors cela peut devenir un sujet à l'entretien d'évaluation. Un cadre du service de réanimation (entretien 2.8) témoigne «*l'entretien annuel est un moment privilégié où on peut faire un point sur chaque situation. Moi j'ai ajouté des points à mon guide. J'aborde avec les agents qui le souhaitent leurs problématiques familiales* ».

Le schéma 5 présente une synthèse des informations relatives la structure du soutien social des cadres de santé. Ce soutien est d'abord professionnel et englobe deux composantes : un soutien socio-émotionnel et instrumental. Il se réfère ensuite, mais de manière moins représentative, à la disponibilité du cadre par rapport aux difficultés personnelles des soignants.

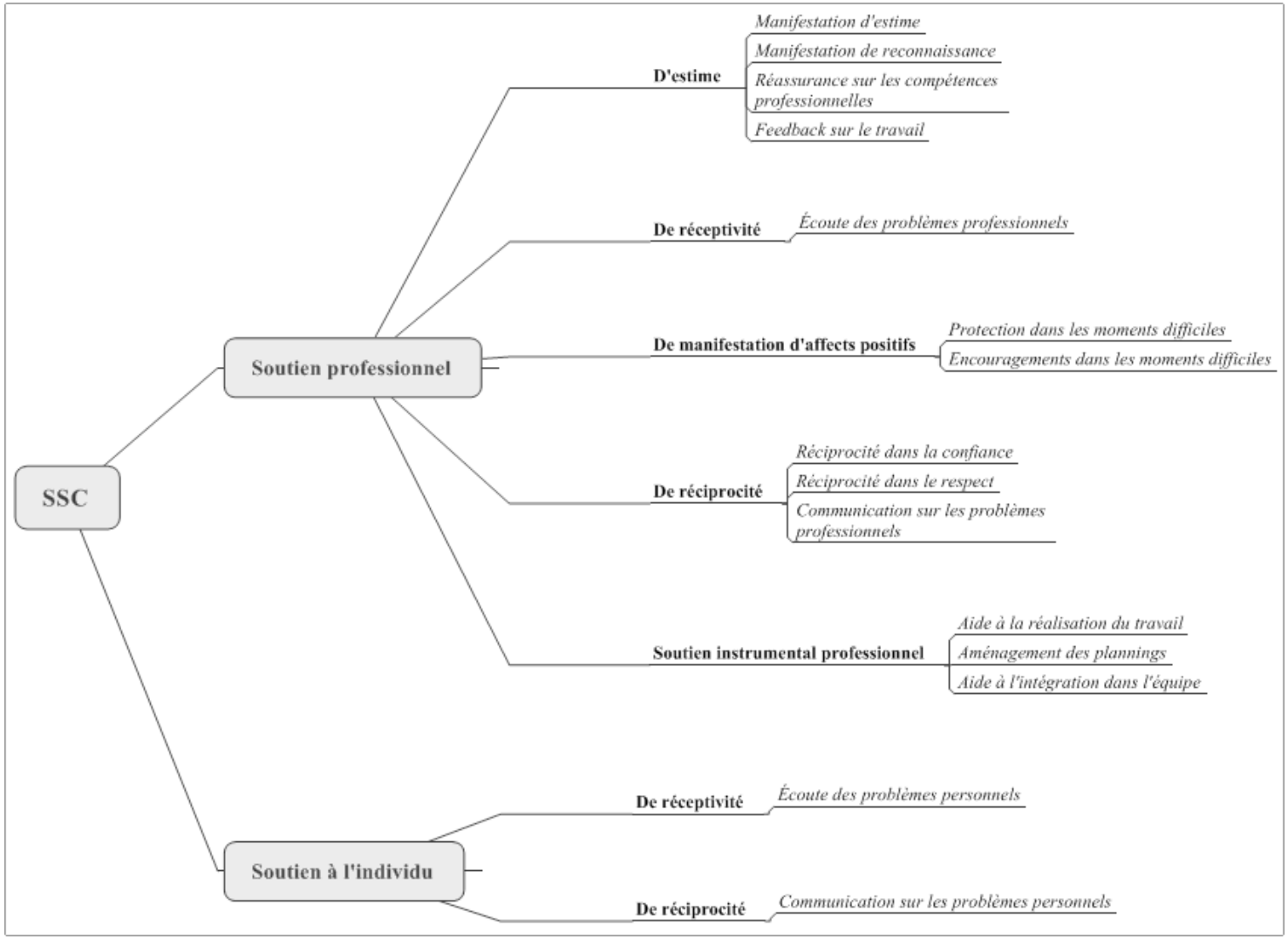


Schéma 5 : Modèle des comportements de soutien du manager de proximité

4.4.4 *LES SOIGNANTS : DES ATTENTES DE DISPONIBILITE, DE RECONNAISSANCE ET DE SOUTIEN INSTRUMENTAL PAR RAPPORT AU CADRE DE SANTE*

Les attentes des soignants concernent d'abord la **disponibilité** du cadre de santé : « *Je ne ressens pas le besoin d'être maternée par mon cadre de santé mais j'ai besoin de savoir qu'il est présent et que je puisse être écoutée et comprise en temps voulu*» (entretien 3.47, AS du pôle des personnes âgées). Le tiers des infirmières, des aides-soignantes et des agents des services hospitaliers estiment que leur cadre de santé n'est pas suffisamment présent pour les aider : « *c'est difficile d'entretenir une relation avec quelqu'un qui est constamment en dehors du service. Notre cadre ne se soucie absolument pas de ce qui va et ne va pas dans le service, on s'autogère pour tout. La seule chose qu'elle fait très bien, c'est nous mettre la pression* » (entretien 3.18, AS du pôle de médecine).

Il ressort des entretiens « soignants » une certaine **conscience des personnes par rapport aux possibilités qu'a le cadre de santé** (mentionnée spontanément dans 21 entretiens sur 30) : « *Aujourd'hui à l'hôpital on déshabille Paul pour habiller Pierre. C'est-à-dire que pour arranger une personne on va nécessairement léser une autre personne. Donc on peut avoir des attentes de soutien par rapport au cadre et malgré toute sa volonté, on sait bien qu'il n'a pas les moyens pour faire en sorte que tout se passe bien pour tout le monde* » (entretien 3.45, IDE du pôle de chirurgie). Par conséquent, si le soutien instrumental semble être le plus important (mise à disposition du personnel en nombre suffisant, notamment), les soignants reconnaissent le manque de moyens et le mettent au second plan.

La valorisation et la reconnaissance professionnelle est ensuite le type le soutien qui a été le plus mentionné : « *Quand on donne le meilleur de soi même, on est obligé d'aller puiser dans ses ressources personnelles. C'est usant, parfois on perd confiance en ce que*

l'on fait, ou on perd de vue les raisons qui font qu'on a choisi ce métier […]. C'est dans ces moments là qu'on a besoin de sentir rassuré sur ses compétences par le cadre pour pourvoir continuer à avancer » (entretien 3.34, IDE du pôle de médecine).

La réciprocité dans l'échange, matérialisée par la manifestation de confiance et de respect par le cadre est mentionnée dans 22 entretiens : «*Pour moi, l'idéal serait que le cadre nous témoigne un peu plus de respect. Les plannings changent sans que personne ne soit prévenu, c'est lamentable, on ne peut pas se projeter… Alors qu'on nous sermonne sur le respect au patient à longueur de journée, on ne nous respecte pas* » (entretien 3.40, AS du pôle des personnes âgées) ; « *Le fait que notre cadre nous fasse confiance et qu'elle nous le montre, c'est stimulant, on a envie de prendre des initiatives, de progresser* » (entretien 3.33, AS du pôle de médecine).

Une **attitude réceptive et encourageante** est une attente manifestée par 2/3 des soignants interrogés : «« *Elle est vraiment l'élément qui fédère, elle est à notre écoute lorsqu'on est ensemble pendant les transmissions. Elle nous écoute aussi individuellement et la porte de son bureau est ouverte en permanence. Avec elle, on communique aussi beaucoup. Par son humour, elle arrive à calmer le jeu si c'est nécessaire. L'ambiance est sereine et ça se voit concrètement au niveau des questionnaires de satisfaction remplis par les patients en fin de séjour »* (entretien 3.57, IDE du pôle de médecine).

Un soutien du cadre pour les **aménagements de plannings** est également espéré par 2/3 des soignants : « *Les horaires changent tout le temps. S'il y a un problème de gestion du planning, elle nous dit de nous débrouiller entre nous. Cela peut créer des tensions d'autant que le cadre se protège, elle argumente sur la chance de pouvoir nous arranger entre nous en toute autonomie. Vous n'imaginez pas les prises de becs entre nous pour moduler nos CA/RH/RTT. Ca pèse sur l'ambiance, ce sont les fortes têtes qui en profitent. Moi, je pense que c'est à elle de se positionner, de faire passer les situations prioritaires…»* (entretien 3.40, AS pôle des personnes âgées).

Les attentes par rapport à l'équipe sont des attentes plus personnelles, nous les traitons dans la cinquième section.

4.4.5 *UN SOUTIEN ORIENTE VERS L'INDIVIDU ATTENDU, RECONNU ET PAR L'EQUIPE*

La **qualité de la communication** est traitée dans l'ensemble des entretiens des soignants et se réfère à des sujets qui permettent de couper, de se « libérer du travail » pour se ressourcer : *« Le patient a besoin d'être intégré dans sa prise en charge. Il a besoin de pouvoir échanger avec le personnel sur des sujets qui ne sont pas techniques. Il vit dans un environnement effrayant : les machines, le matériel médical. Il a besoin de savoir que derrière cela, il y a la vie dehors… Que la vie de dehors existe à l'hôpital. Pour nous c'est la même chose. On est engagé à 200% toute la journée. Avec les collègues, on a d'abord besoin de relâcher la pression, on a besoin de parler de la vie. On ne pas se contenter des actes. Le malade n'est pas qu'un objet de soin et le personnel soignant n'est pas un outil de soin. Il être prudent car les relations se raréfient alors que c'est ce qui nous permet de faire un travail de qualité et de tenir le coup».* (entretien 3.40, AS du pôle des personnes âgées).

Contrairement au soutien communicationnel du cadre, **le soutien communicationnel de l'équipe ne se réduit pas à l'expression des difficultés personnelles mais à un échange sur des sujets « hors travail »**. Les soignants considèrent les « discussions de tous les jours » comme des bouffées d'oxygènes leur permettant de se vider de la charge émotionnelle pour mieux affronter les autres tâches.

L'échange sur les difficultés personnelles semble aussi essentiel: « *Tout le monde n'a pas la possibilité de s'exprimer sur ses difficultés dans sa famille. L'atypicité des horaires et la lourdeur de ce travail font que beaucoup de personnes se retrouvent en échec dans leur vie personnelle […] Peut-être que lorsqu'on se sent en situation de précarité affective, les collègues du service deviennent des confidents de confiance car ils comprennent les difficultés de l'humain en général*» (entretien 3.46, IDE du pôle de chirurgie) ; « *On a besoin de se soutenir moralement, de pouvoir s'épancher sur ses difficultés. Une personne a besoin d'être écoutée, il y a des choses que qu'on ne pas garder pour soi car c'est trop lourd à porter, on a besoin de verbaliser et d'être rassuré, c'est humain et c'est salvateur parce qu'ici, il faut être solide pour faire la même chose avec les patients* » (entretien 3 36, AS du pôle mère/enfant).

Le soutien socio-émotionnel à l'individu de l'équipe caractérise **une attitude réceptive et la manifestation d'affects positifs à l'individu**. Ces attitudes sont centrées sur l'individu et son bien-être : écoute des problèmes personnels, encouragements, protection, aide à relativiser dans les moments difficiles. « *Heureusement qu'on s'entend bien dans l'équipe. C'est rassurant de sentir que les gens se préoccupent de vous. Quand quelqu'un va moins bien, on se sert les coudes, on se remotive* » (IDE, service de réanimation).

Le soutien de l'équipe est d'abord de nature affective : *« Dans l'équipe, les relations entre nous sont fortes. Je connais certaines collègues depuis plus de 10 ans. Ce sont des amies en dehors du travail. Dans le service, je sais que je peux compter sur elles. C'est déjà arrivé que je sois en retard ou que je sois moins bien certains jours […]. Dans ces moments là, on se serre les coudes, on essaie d'être à l'écoute, de se mettre à la place de l'autre, de le comprendre. C'est vraiment essentiel, il est là le soutien »* (entretien 3.42, AS du pôle des personnes âgées).

Le soutien socio-émotionnel se réfère aussi aux comportements destinés à favoriser la réciprocité dans les relations interpersonnelles par la **manifestation de confiance**. Pour ¾ des agents soignants, développer des relations de soutien nécessite un échange: *« on ne peut se sentir soutenu par quelqu'un que si on se sent en mesure de le soutenir en cas de coup dur, il faut un minimum de connaissance de la personne »* (entretien 3.58, IDE long séjour) ; *« se sentir soutenu c'est être écouté mais c'est parallèlement pouvoir entendre et comprendre ce que l'autre peut nous apporter. Cela implique que les personnes se fassent confiance »* (entretien 3.59, AS du pôle de médecine).

4.4.6 *UN SOUTIEN INSTRUMENTAL ET SOCIO-EMOTIONNEL A LA SPHERE PROFESSIONNELLE ATTENDU ET RECONNU PAR L'EQUIPE*

Le soutien instrumental de l'équipe se réfère à l'aide à la réalisation du travail, l'aménagement des plannings, et à l'aide à l'intégration dans l'équipe. « *Notre travail c'est d'abord le soin du patient et c'est un travail d'équipe. L'esprit l'équipe c'est une question de solidarité, d'entraide dans le travail, surtout quand il y a des pics d'activité.* » (entretien 3.32, AS du pôle de médecine).

L'aide dans la réalisation du travail nous semble la plus importante car elle est citée dans l'ensemble des entretiens « soignants ». Le témoignage d'une aide-soignante du service de gériatrie nous paraît représentatif de ce soutien : «*Le service est lourd. On fait quasiment toutes les toilettes individuellement. Certains résidents sont très dépendants, donc on doit faire quelques toilettes à deux. Le matin, on doit faire preuve d'organisation et se soutenir pour finir le travail dans les temps… Quand il y a une fille de l'équipe qui est un peu moins rapide, les autres doivent prendre le relais pour l'aider à finir son travail… On a pas suffisamment de personnel par rapport à la lourdeur du service, donc on doit compter les unes sur les autres pour faire les choses comme elles doivent être faites, en respectant la dignité de nos résidents, c'est la seule solution* » (entretien 3.40, AS du pôle des personnes âgées).

Dans le soutien instrumental, les aménagements du planning sont ensuite mis en valeur dans la moitié des entretiens et l'aide à l'intégration dans l'équipe a été mentionné par le 1/3 des personnes interrogées.

Le soutien professionnel de l'équipe est aussi socio-émotionnel. Il englobe le respect des personnes et tous les échanges liés à l'expression des difficultés et des souffrances vécues dans les services de soins : « *Avec les collègues, on parle des mêmes choses, on a un vocabulaire commun… C'est plus facile et souvent ça m'aide beaucoup de discuter des problèmes et de la douleur qu'on vit au travail avec des personnes qui sont aptes à le comprendre, qui le vivent comme moi. C'est intéressant de voir que les collègues prennent plus facilement de la distance sur tel ou tel problème […] On apprend beaucoup sur soi grâce aux autres. Moi j'ai beaucoup évolué grâce à certains collègues proches, je prends les choses beaucoup moins à cœur, j'apprends à me protéger*» (entretien 3.52, ASH du pôle de chirurgie) ; « *On a besoin d'échanger sur nos difficultés professionnelles parce que les pratiques, la technique, les outils etc. évoluent énormément. On nous demande toujours d'être plus compétent*. Moi j'ai beaucoup de mal à intégrer les protocoles… Donc je m'appuie pas mal sur les collègues pour faire les choses correctement » (entretien 3.41, ASH du pôle des personnes âgées).

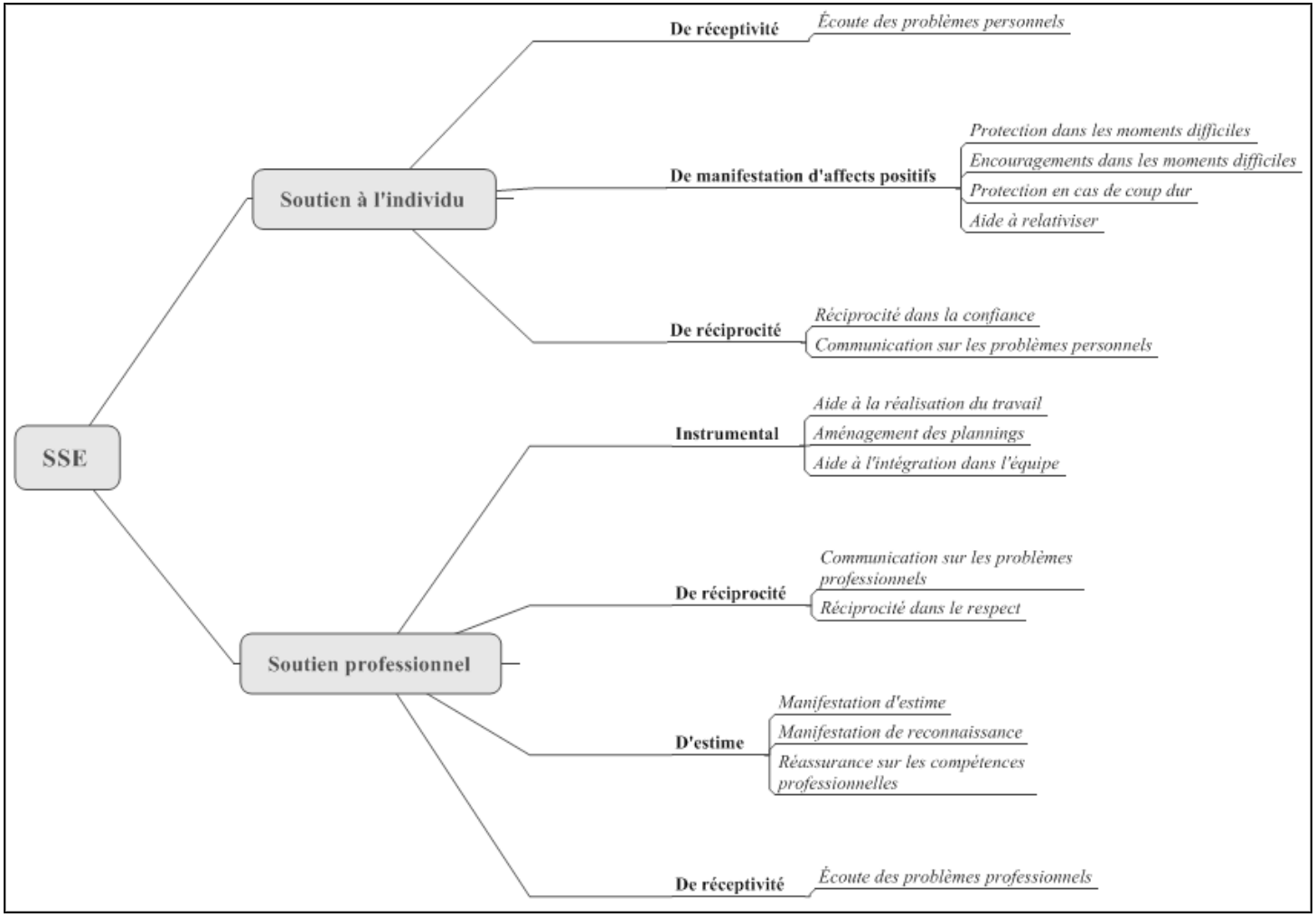


Schéma 6 : Modèle du soutien attendu et reconnu par les membres de l'équipe

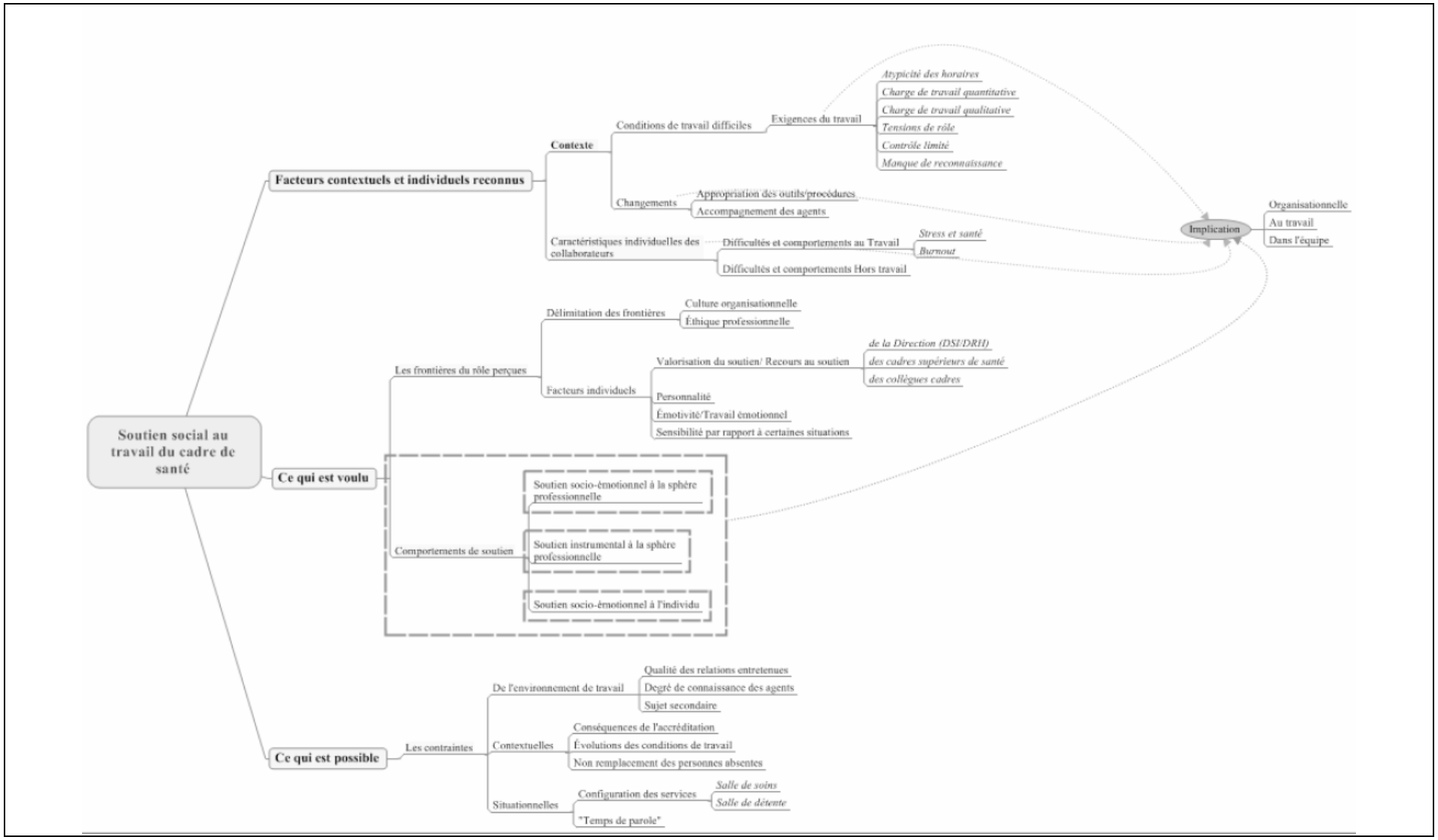


Schéma 7 : Représentation systématique des comportements de soutien voulus par les cadres de santé

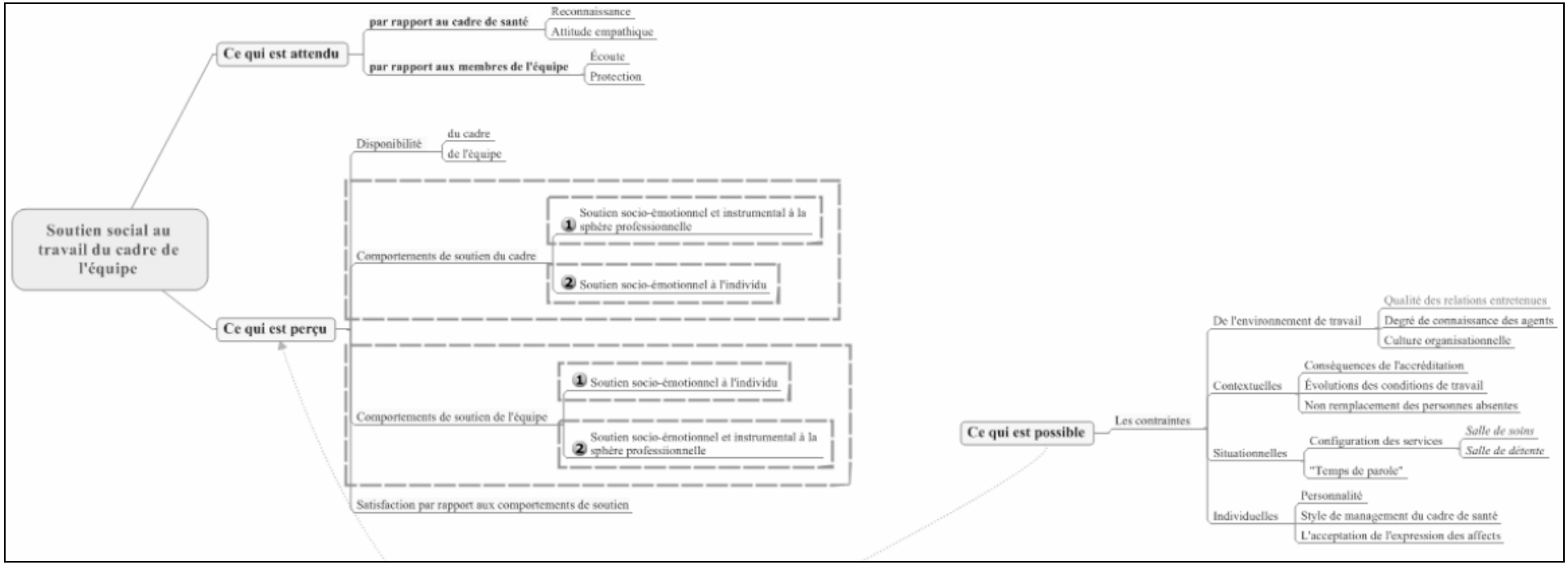


Schéma 8 : Représentation systématique des attentes et de la perception du soutien du point de vue des agents

4.5 LE SOUTIEN SOCIAL ENTRE LES PERSONNES : LE DEVELOPPEMENT D'UN CLIMAT FAVORABLE AU BIEN-ETRE ET A LA MOBILISATION DES PERSONNES

Tout d'abord, les entretiens qualitatifs nous permettent de souligner le **caractère dynamique des relations de soutien au travail**.

Mesurer la perception du soutien social au travail implique d'isoler cette facette par rapport aux autres facettes que nous avons mentionnées dans ce chapitre (reconnaissance des situations qui nécessitent l'aide, comportement « voulus », contraintes / freins perçus et attentes de soutien). D'une part, il est difficile d'opérationnaliser l'ensemble des facettes conjointement et d'autre part, il faut reconnaître que la mise en évidence des cinq dimensions n'était pas un objectif poursuivi *a priori.* De ce fait, pour des raisons de « faisabilité » nous n'intégrons que la dimension « soutien perçu » dans le modèle que nous testerons dans la recherche quantitative. Néanmoins, ces résultats nous permettent de proposer un modèle conceptuel du soutien social au travail qui pourra constituer un prolongement de la recherche.

4.5.1 *LE SST PERÇU, UNE FACETTE QUI NE CERNE PAS SEULE LA COMPLEXITE DU PHENOMENE : VERS UNE APPROCHE TRANSACTIONNELLE ?*

L'approche qualitative ouvre sur une modélisation transactionnelle du SST. Les entretiens mettent en évidence les processus explicatifs des attentes et des actions de soutien au quotidien et dans les moments difficiles. La divergence des logiques individuelles repérées dans le discours des cadres et du personnel soignant se reflète dans leurs logiques d'action.

Ainsi une représentation positive des cadres de santé sur les actions de soutien « à la personne »[381] ne signifie pas forcément qu'elle soit perçue positivement par ses collaborateurs. Le lien entre la représentation positive du cadre et la perception du soutien reçu par le soignant peut être médiatisée par les contraintes contextuelles, situationnelles ou individuelles vécues et/ou perçues par les deux parties de l'échange.

La mise en exergue des situations où le soutien « s'exprime » permet alors de préciser des effets contradictoires.

En d'autres termes au quotidien, un soutien d'écoute et de communication relatifs aux problématiques professionnelles, d'estime et de reconnaissance et de manifestations d'affects positifs (encouragements, protection etc.) est reconnu et attendu. En revanche, les « moments de difficultés» sont complexes à caractériser dans les entretiens. A titre d'exemple, les cadres de santé constatent des difficultés concernant l'harmonisation des plannings[382] et les soignants se plaignent de l'instabilité des roulements et de l'impossibilité de planifier leur temps de vie hors travail.

Cependant, cette situation « anormale » semble être acceptée puisque le manque de moyens est un fait « structurel ». Toutefois, ce climat semble accentuer une montée de la compétition et de l'individualisme signalée par la moitié des cadres de santé et qui ressort dans les entretiens soignants : «*Pour avoir ses jours de congés, il faut se battre parce que le cadre ne vous fait pas de cadeau. Tout ce qu'il peut grappiller, il le fait parce qu'il n'a pas le choix, il a la pression aux niveaux de la DSI et de la DRH. Ses moyens sont limités* » (entretien 3.42, AS du pôle des personnes âgées). Par conséquent, il semble que le manque de moyens limite l'expression du soutien instrumental et donc, le soutien instrumental perçu. Par ailleurs, le manque et/ou l'absence de ressources « tangibles » pourraient paradoxalement expliquer la nature émotionnelle et d'estime du soutien à l'hôpital et aussi son « déficit » ou les déséquilibres perçus par les personnes.

Finalement, le soutien « organisationnel / tangible » a sûrement une influence importante sur l'expression des comportements de soutien. L'entraide et la réciprocité dans l'échange sont des attentes, des attitudes et des comportements reconnus par les personnes

[381] La prise en compte de la situation familiale pour faire quelques aménagements dans le planning, par exemple.

[382] Globalement, les cadres de santé regrettent une demande croissante de flexibilité horaire qui se répercute sur leur quotidien qui renforcent difficultés opérationnelles de gestion et de planification des moyens humains dans les services.

interrogées. La difficulté du contexte est constatée dans le discours des acteurs mais globalement, les tensions et les demandes psychologiques du travail « font partie du quotidien » des soignants.

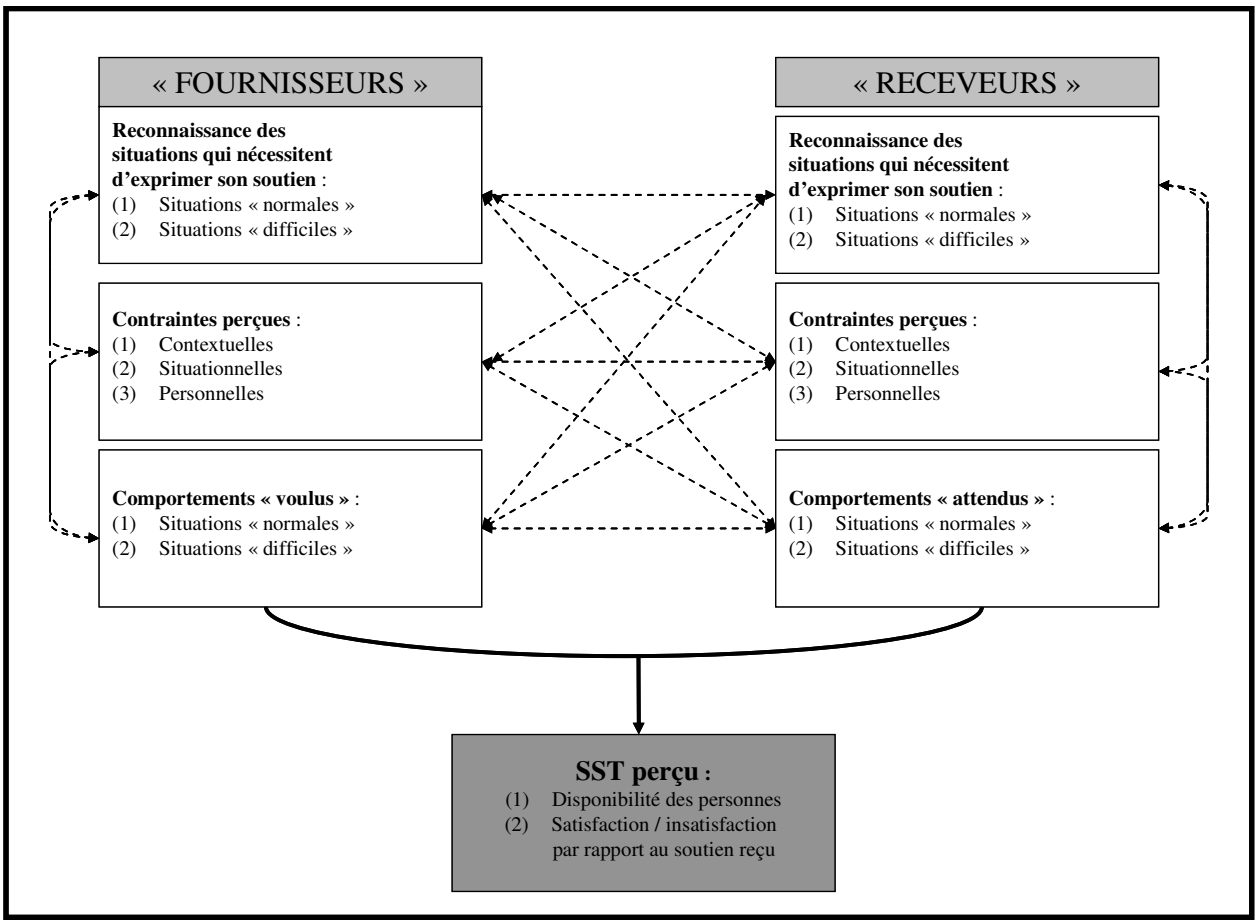


Figure 18 : Le SST perçu au carrefour des représentations individuelles des cadres de santé et des soignants

Finalement, ces caractéristiques se reflètent sur « l'état physique et émotionnel » dans le discours des acteurs puisque dans l'ensemble des entretiens ont été mentionnés « l'assèchement des ressources émotionnelles », le manque de temps consacré à l'échange et la déshumanisation des relations avec le patient mais également entre collègues et avec le cadre de santé. L'épuisement professionnel perçu entretient-il un lien négatif avec l'implication organisationnelle ? Une nouvelle question de recherche ressort des entretiens qualitatifs.

La figure n°19, page suivante, représente synthétiquement le modèle de recherche conceptuel que nous proposons sur la base des entretiens exploratoires. Le modèle que nous testerons lors de la phase quantitative est représenté dans l'encadré en pointillés.

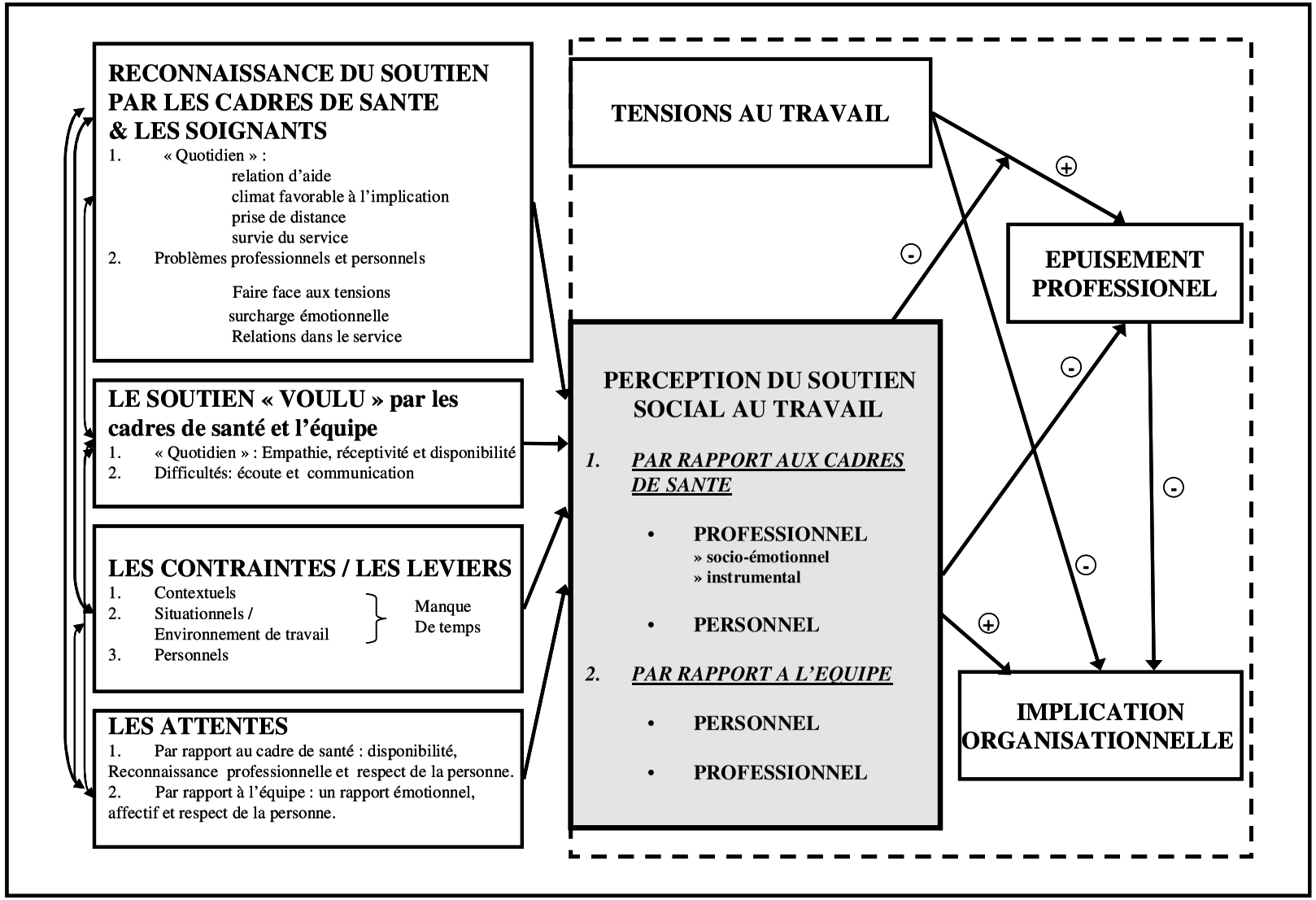


Figure 19 : Les facteurs influençant la construction du soutien perçu au travail et le modèle de recherche

4.5.2 *LE SOUTIEN SOCIO-EMOTIONNEL COMME MECANISME DE REGULATION DES INTERACTIONS SOCIALES A L'HOPITAL*

Le soutien social est une notion difficilement appréhendée par les professionnels de l'hôpital. D'une part, parce que la nature du soutien reconnue est avant tout émotionnelle et d'autre part parce que cette dimension est peu valorisée dans les pratiques.

Or, lorsqu'on spécifie les dimensions que ce concept recouvre[383], plus particulièrement pour les cadres de santé, il apparaît comme étant « un cœur de métier ». Une cadre du pôle de médecine (entretien 2.18) nous l'a confirmé « *Travailler à l'hôpital c'est gérer ses émotions en permanence : d'abord par rapport aux patients ; ensuite par rapport à l'équipe. Les agents des services de soins passent leur temps à encaisser les moments difficiles, à composer avec les affects des autres et avec leurs propres ressources…* ». Ici, l'expression[384] du soutien émotionnel peut être rapprochée du concept d'intelligence émotionnelle telle que définie par MAYER et SALOVEY[385] (1997) : « *L'habilité à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres* ».

L'approche dyadique montre que la nature du soutien a peut-être une influence sur son expression en fonction de tel ou tel type de situation. Ainsi pour simplifier, le soutien socio-émotionnel (estime, empathie, écoute, encouragement etc.) pourrait être à une attitude et un comportement « de base » alors que le soutien professionnel (aide au travail, aménagement des plannings, protection etc.) concerne les situations de tensions. Toutefois, l'analyse du discours montre que les situations de tensions sont des situations vécues et traitées comme « normales » puisqu'elles ne sont pas ponctuelles. Dans cette perspective, les relations de soutien sont peut-être un mécanisme de régulation des relations interpersonnelles dans les services.

[383] Et notamment les dimensions émotionnelle et d'estime.
[384] Aussi, l'adéquation soutien reçu / soutien attendu.
[385] MAYER J.D., SALOVEY P., (1997), *What is emotional intelligence ?,* Dans, *Emotional Development and Emotional Intelligence : Implications for Educators*, SALOVEY P., SLUYTER D., New York, Basic Books

Dans ce cas, l'effet du soutien est direct mais le soutien social perçu peut être assimilé à mécanisme de coping[386] et réduit les effets négatifs du stress (JOHNSON et HALL[387], 1988). L'hôpital serait donc un terrain particulièrement intéressant. En effet, le soutien étant principalement socio-émotionnel[388], nous allons devoir intégrer des items de mesure des mécanismes liés à l'émotion sans mesurer l'émotion directement pour l'opérationnalisation.

Dans cette perspective, l'évaluation prospective de la disponibilité des personnes concernant l'expression du soutien « socio-émotionnel » peut être assimilée à un mécanisme de *coping*. Pour LAZARUS et FOLKMAN (1984), le *coping* a pour fonction de permettre à l'individu de modifier un problème qui est à l'origine du stress et permettre à l'individu de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème. Si le soutien social est étudié comme une stratégie du *coping,* il semble difficile d'admettre que les émotions et leurs expressions soient vouées à exister hors travail… Et d'autant plus si l'on admet que la dégradation du bien-être a des effets négatifs sur les comportements organisationnels (implication, présentéisme etc.).

4.5.3 *IMPLICATIONS POUR LES PRATICIENS : LA VALORISATION ET LE DEVELOPPEMENT DES « SAVOIRS ETRE » SOCIO-EMOTIONNELS DES PERSONNES*

Sur la base des entretiens menés auprès des soignants, il semble que les attitudes et les comportements de soutien social à l'hôpital puissent être assimilés à des « savoirs être socio-émotionnels ». Les personnes interrogées décrivent une réceptivité et des comportements et /ou pratiques des cadres de santé et des collègues. Les types de soutien social mis en évidence par l'analyse de contenu par thématiques se réfèrent à la capacité des individus à mobiliser des comportements adaptés pour aider leurs collaborateurs à gérer, maîtriser et/ou supporter leurs émotions. Les entretiens font ressortir que

[386] processus actif par lequel un individu, par l'auto-appréciation de ses propres capacités, de ses motivations, fait face à une situation stressante et réussit à la maîtriser.

[387] JOHNSON J.V., HALL E.M., (1988), « Job Strain, Work Place Social Support and Cardiovascular Disease: A Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population », *American Journal of Public Health*, Vol. 10, p. 1336-1342

[388] Nous avons montré que l'expression du soutien instrumental est contrainte par le contexte (rationalisation des dépenses ⇨ allocation des ressources ⇨ contraintes vécues dans les services pour la planification) et la situation (roulement du service, par exemple).

l'adéquation du comportement d'aide mobilisé est contingente aux attentes exprimées par les personnes qui ont besoin de soutien. L'efficacité de l'aide passe donc par la disponibilité, un travail d'écoute, d'empathie et de gestion de ses propres affects.

Sur ce point, un autre rapprochement peut être fait avec l'intelligence émotionnelle, telle que définie par GOLEMAN[389] (2001). S'appuyant sur les travaux de SALOVEY et MEYER[390], il définit l'intelligence émotionnelle comme la capacité de reconnaître et de maîtriser les émotions en soi et chez les autres. Dans son modèle, GOLEMAN propose quatre catégories de compétences sociales :

- **la conscience de soi ou l'auto-évaluation** caractérise la capacité à comprendre ses propres émotions et à comprendre leurs incidences.

- **La maîtrise de soi ou l'autorégulation** concerne la capacité à maîtriser ses propres émotions et à s'adapter à l'évolution de la situation.

- **La conscience sociale ou l'empathie** traduit la capacité à détecter et à comprendre les émotions d'autrui et à réagir en tenant compte de l'articulation des relations interpersonnelles.

- **La gestion des relations sociales** renvoie à des compétences communicationnelles mobilisées pour influencer les autres en infléchissant leur développement et en gérant les conflits.

Les quatre compétences décrites par GOLEMAN sont à la fois des compétences personnelles et sociales. La conscience sociale, l'empathie et les compétences communicationnelles nous semblent être le gage de la qualité des relations entre les personnes.

A ce titre, une prise en compte de ces dimensions dans l'évaluation des compétences nous semble importante. D'une part, il est nécessaire que ces aspects soient valorisés par les directions des ressources humaines pour que d'autre part, les acteurs des relations d'échange aient conscience de l'importance du soutien et qu'ils le valorisent à leur tour. De ce point de vue, le rapprochement des résultats avec les travaux sur la perception du

[389]GOLEMAN D., (2001), *An EI-Based Theory of Performance. The Emotionally Intelligent Workplace*, San Fransisco, Editions Cary Cherniss and Daniel Goleman

[390] SALOVEY P., MAYER J.D., (1990), « Emotional intelligence », *Imagination, Cognition and Personality*, Vol. 9, p. 185-211

soutien organisationnel nous semble intéressant. EISENBERGER et RHOADES (2002) ont mis en évidence que la qualité des relations développées entre le supérieur hiérarchique et ses collaborateurs influence positivement le processus de personnification de l'organisation par les salariés.

Nos résultats font ressortir un soutien professionnel et un soutien à l'individu. La nature du soutien du manager de proximité et du soutien des collègues ne sont pas les mêmes. Le soutien du manager de proximité est d'abord professionnel et ensuite individuel et c'est l'inverse en ce qui concerne l'équipe.

Si l'importance du « soutien professionnel » ressort parce que les personnes perçoivent un déficit, il n'en demeure pas moins que les aspects socio-émotionnels dominent les aspects instrumentaux. Les résultats de notre recherche semblent montrer que les difficultés pour spécifier et valoriser leurs comportements de soutien socio-émotionnel sont liées à l'absence de reconnaissance et de valorisation de ces comportements par l'organisation.

Sur cette base, la reconnaissance de la valeur des personnes dans une organisation, passe par la valorisation de leurs « compétences émotionnelles »: « *on est très peu reconnu et très peu écouté à notre niveau. Si le cadre de service est quelqu'un d'ouvert, si tout se passe bien dans l'équipe ; moi je considère ça comme un gage de reconnaissance du travail que j'effectue au quotidien* » (entretien 3.52, aide-soignante du pôle de chirurgie).

Comment les valoriser ? Il nous est impossible pour le moment de proposer une réponse simple aux praticiens car la perception du soutien social organisationnel relève d'une combinaison complexe de facteurs perceptuels et « d'action ». Toutefois, une chose nous est apparue de manière filigranée durant la phase qualitative de la recherche. L'acceptation de la mutation des métiers des soignants et l'appropriation des nouvelles facettes du métier par ces derniers doit être accompagnée : « *On est de moins en moins au chevet du patient et de plus en plus dans la saisie administrative et informatique […] On nous demande de devenir des « robots du soin » sous prétexte qu'il faut faire des économies. Moi j'ai choisi ce métier parce que j'ai besoin d'aider les gens et ce que je fais ne me plaît pas du tout. C'est décourageant et usant* » (entretien 3.45, IDE pôle de chirurgie). Sur ce point, nous pensons que le degré de liberté des établissements est limité mais cet accompagnement passe nécessairement par une réflexion conjointe sur la qualité de vie dans les services et le contrôle de gestion sociale.

CONCLUSION DU CHAPITRE 4

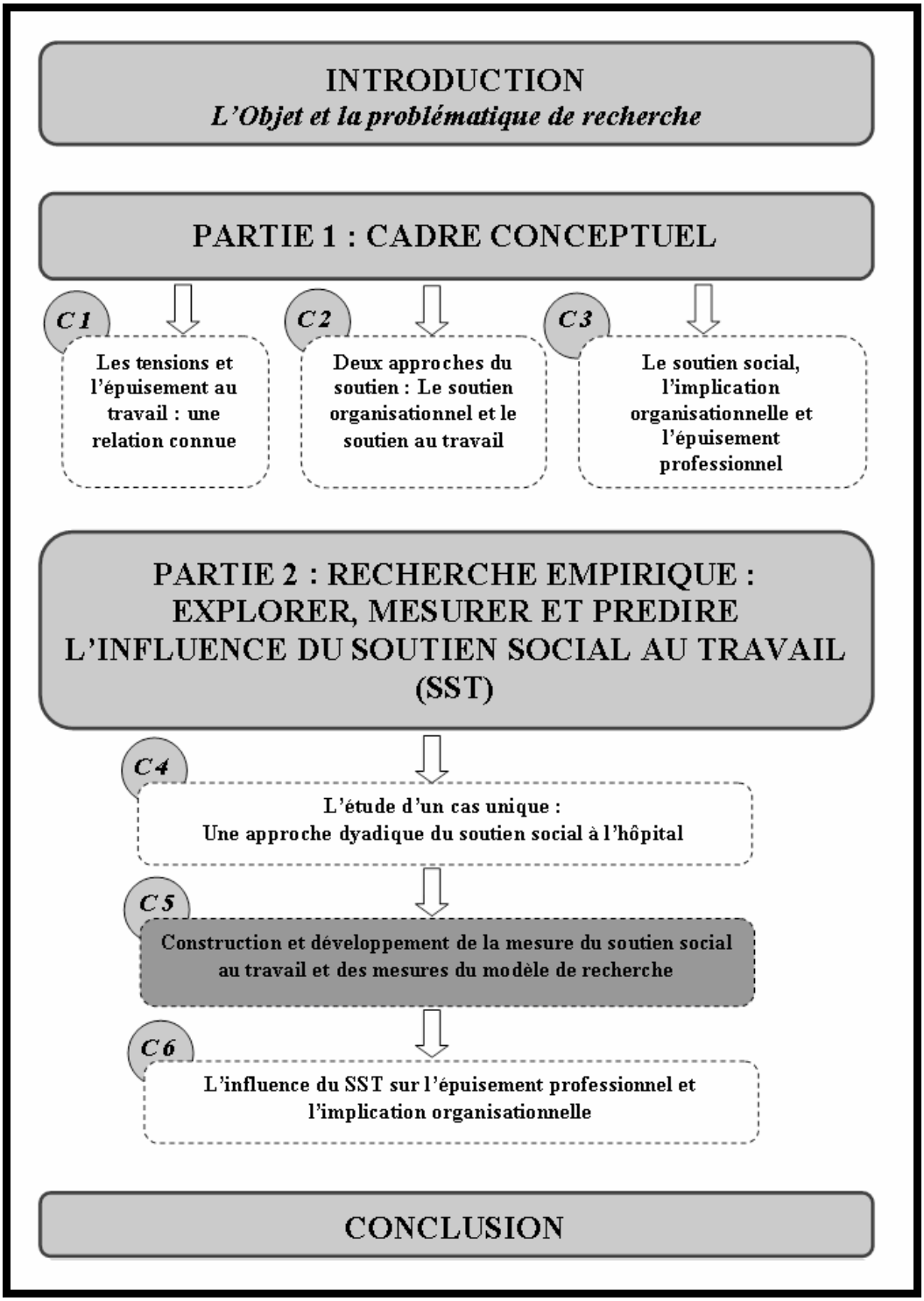
L'analyse de contenu des différents entretiens met en évidence l'importance du tryptique contexte/situation/besoins identifiée par les personnes de notre échantillon. Il ressort de ces entretiens que la dimension principale du soutien, conformément à la revue de littérature en psychologie sociale (BRUCHON-SCHEITZER[391], 2002), est émotionnelle. L'écoute, la manifestation de confiance, la manifestation d'affection, l'empathie, la manifestation de réconfort ou de protection sont des attentes manifestées par les agents et des comportements valorisés par les cadres et les agents. L'analyse thématique met aussi en évidence l'importance de la communication et de la réciprocité (confiance, respect). Le soutien instrumental concernerait principalement l'aménagement des horaires, l'aide à la réalisation du travail et l'aide à l'intégration dans l'équipe de travail.

Quel est le poids relatif des différentes dimensions identifiées dans le cadre des entretiens exploratoires ? La mise en évidence des pratiques de soutien attendues, disponibles et réellement perçues montre que certaines dimensions abordées dans la revue de littérature n'existent pas ou peu à l'hôpital. Les comportements d'aide au développement des compétences ne sont pas priorisés par exemple.

Les facteurs contextuels, situationnels et personnels influenceraient l'expression de tel ou tel type de soutien. En fonction de la problématique de recherche (c'est-à-dire en fonction des tensions et des conséquences du stress du modèle de recherche), un ou plusieurs types de soutien sont intégrés. La qualité d'une recherche sur le soutien social serait contingente au terrain (contexte), à la situation (modèle de recherche « sous-jacent »), à la population étudiée et ses besoins identifiés. Dans le cadre de ce travail, nous avons contraint le réseau au cadre de proximité et aux membres de l'équipe de travail. Si les entretiens des soignants font ressortir le caractère important de l'équipe et si les cadres se reconnaissent dans le rôle de « fournisseur de soutien », d'autres sources de soutien hors travail ont été mentionnées dans tous les entretiens : le conjoint, la famille, les amis, les membres de milieux associatifs (clubs sportifs, culturels, religieux), les nourrices, les membres de structures de garde d'enfants…

[391] BRUCHON-SCHWEITZER M., (2002), *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*, Paris Dunod

CHAPITRE 5 - DEVELOPPEMENT DE L'ECHELLE DE MESURE DU SST ET DES AUTRES MESURES POUR TESTER LE MODELE DE RECHERCHE



INTRODUCTION DU CHAPITRE 5

Comment mesurer un construit théorique ? En psychométrie, le construit théorique est qualifié de variable latente, c'est-à-dire inobservable. La variable latente est mesurée en fonction de variables manifestes ou observées, considérées comme des indicateurs. Mesurer consiste en l'attribution d'un symbole ou d'un chiffre à des caractéristiques d'objets selon certaines règles d'attribution prédéfinies. Ces règles visent à assigner « *des nombres à des objets de façon à représenter des quantités* »[392]. Des protocoles rigoureux de développement de mesures des construits sont fondamentaux car ils déterminent la qualité de la mesure au regard du construit. Dans cette perspective, nous avons justifié notre choix de développer une mesure de la perception du soutien social au travail dans le chapitre précédent.

Ce processus de création est lourd. C'est pourquoi, nous sélectionnons également des instruments existants dans la revue de littérature pour les autres construits que nous souhaitons opérationnaliser. Classiquement, les chercheurs adoptent des échelles déjà créées pour les besoins de recherches antérieures, en se basant sur leurs qualités psychométriques.

Dans ce chapitre, une première section est consacrée à la présentation de la mise en œuvre de la démarche et aux échantillons des deux collectes de données. Les critères de sélection des échelles de mesure sont aussi discutés. Dans la deuxième section, nous présentons les échelles sélectionnées pour l'expérimentation : les échelles de mesure ont été sélectionnées sur la base des conceptualisations traitées dans la première partie de la thèse (les facteurs explicatifs / « risques psychosociaux » : les exigences psychologiques, les tensions de rôle et les conflits entre la vie familiale et la vie professionnelle ; les facteurs à expliquer : l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle). En troisième point, nous présentons la méthodologie. Les dernières sections sont consacrées aux résultats (1) des deux collectes de données pour créer une double mesure de la PSST[393] et (2) de l'épuration des échelles retenues pour mesurer les variables endogènes et exogènes du modèle général de la recherche.
Les résultats font ressortir des modèles de mesure fiables et valides pour l'ensemble des

[392] NUNALLY J.C., (1978), *Psychometric Theory*, New York, McGraw-Hill
[393] PSST : perception du soutien social au travail.

variables, à l'exception de la mesure du soutien social perçu par rapport au cadre de santé. La frontière entre le soutien professionnel et le soutien à l'individu est difficile à mettre en évidence aux niveaux des résultats qualitatifs et opérationnels.

5.1 REMARQUES PRELIMINAIRES : MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE POUR DEVELOPPER LES OUTILS DE MESURE

Comment lier construit théorique et mesure empirique ? Au-delà de la spécification des indicateurs, la question centrale est celle de la nature de la relation entre le construit théorique et ses mesures empiriques : le lien entre variable latente et variables manifestes. Autrement dit, le construit se reflète-il dans ses indicateurs de mesure (variable réflective) ou au contraire, est-il formé par ses différents indicateurs (variable formative)[394] ?

5.1.1 *QUELQUES REMARQUES SUR LA DEMARCHE ET LES ECHANTILLONS*

Depuis la publication par CHURCHILL[395] (1979) de sa recherche séminale sur le développement d'échelle de mesure multi-items, ce paradigme est devenu dominant en recherche en sciences de gestion. Cette procédure vise à réduire les erreurs de mesure (systématique et aléatoire) :

- L'objectif de la **phase exploratoire** est de réduire l'erreur aléatoire : sur la base d'entretiens, il s'agit de générer un ensemble d'items et de purifier la liste des items. Au cours de la phase exploratoire, l'instrument de mesure est exposé aux « *aléas tels que les circonstances, l'humeur des personnes interrogées…* » (EVRARD et al., 2000), en testant la fiabilité de l'échelle par des analyses factorielles exploratoires et en calculant le coefficient alpha de Cronbach.

- L'objectif de la **phase de validation** est de réduire l'erreur aléatoire et l'erreur systématique liée à la construction de l'instrument de mesure. Il s'agit d'une part, de

[394] BOLLEN K., LENNOX R., (1991), « Conventionnal wisdom on measurement : a structural equation perspective », *Psychological Bulletin*, Vol. 2, p. 305-314

[395] CHURCHILL G., (1979), « A paradigm for developing better measure of marketing constructs », *Journal of Marketing Research*, Vol. 16, p. 64-73

vérifier la fiabilité de l'instrument de mesure, et d'autre part, de vérifier sa validité de construit (cohérence interne, liaison avec d'autres mesures, line avec les hypothèses théoriques).

Le protocole de CHURCHILL s'organise en 4 étapes principales : (1) Spécifier le domaine du construit, (2) générer des énoncés ou items de mesure, (3) purifier les items retenus à l'étape précédente à l'aide d'analyses factorielle exploratoires (*ie*. ACP), pratiquer différents tests statistiques pour évaluer la fiabilité et la validité de l'échelle. L'opérationnalisation repose sur un processus itératif fondé sur deux collectes de données :

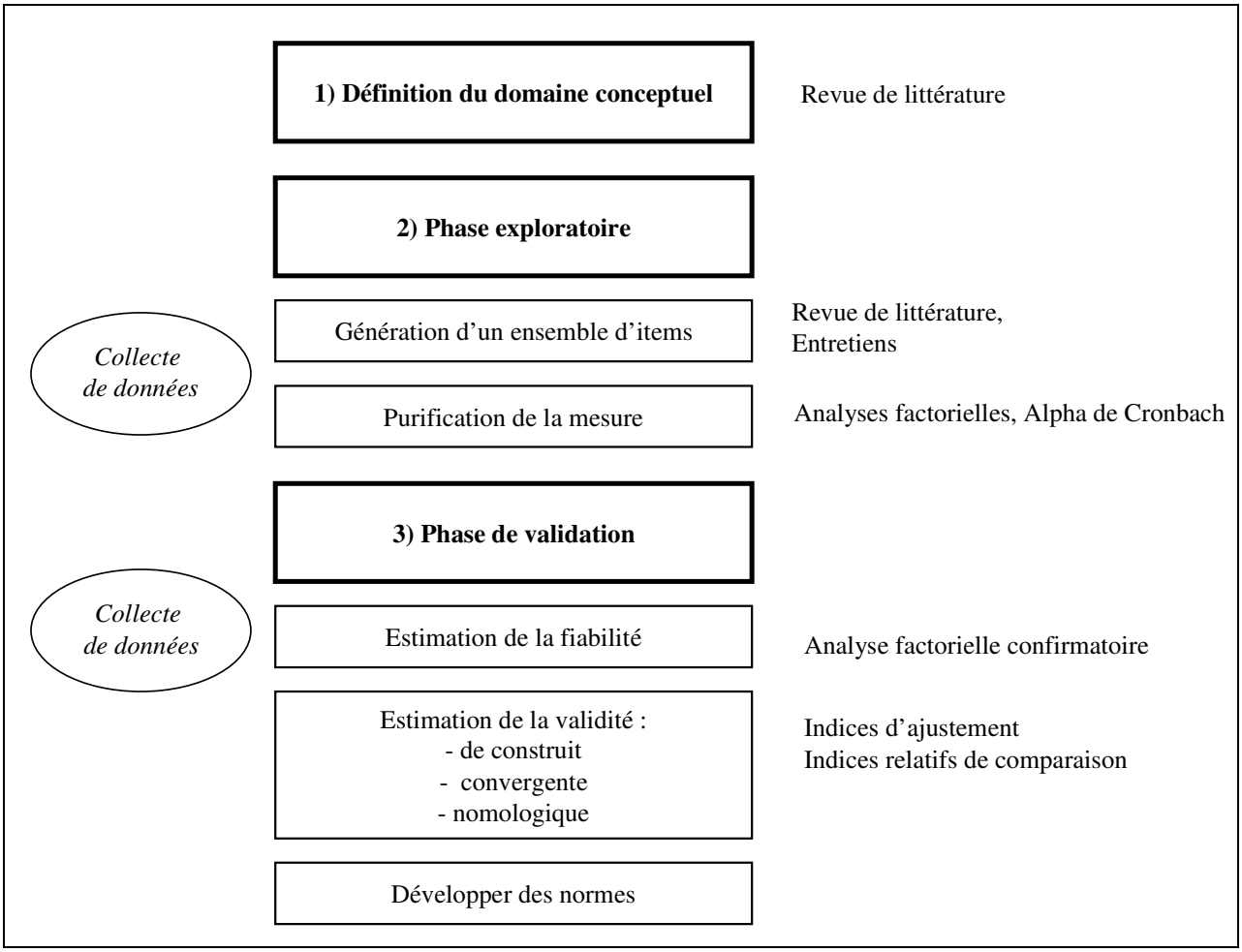


Figure 20 : Le paradigme de Churchill (1979)

La démarche de CHURCHILL est pour le moment le paradigme de référence en théorie

de la mesure malgré les critiques de ROSSITER[396] (2002) et sa proposition d'un protocole alternatif, le C-OAR-SE qui vise à « *s'extraire d'une vision mécaniste d'outils statistiques au profit d'une réflexion théorique* ». Le paradigme de CHURCHILL adopte, de manière tacite, un schéma réflectif de mesure en considérant que le construit est mesuré par une batterie d'items fortement corrélés. La cohérence interne est recherchée, les items sont le reflet d'un construit abstrait préexistant. Il semble, d'après certains chercheurs en marketing[397], que l'approche réflective puisse parfois être inadaptée. Le protocole de ROSSITER indique que l'approche la plus adaptée pour éviter les erreurs de spécification d'un construit formatif s'appuie sur des précautions prises essentiellement a priori.

D'après la revue de littérature, le concept de soutien de soutien social est un construit réflectif. Nous ne remettons donc pas en question la nature de la mesure. Toutefois, les travaux de ROSSITER mettent l'accent sur le lien entre conceptualisation et mesure et de ce point de vue, son protocole alternatif semble intéressant.

Avant de le mesurer, un concept doit être développé, finement analysé : la spécification du contenu est fortement corrélée à celle des indicateurs. La définition du domaine est donc cruciale : l'oubli d'une facette conduit à exclure une partie des indicateurs. Une analyse fine du concept permet de décider avec plus de pertinence comment le mesurer. DIAMANTOPOULOS, en alimentant le débat sur la position de ROSSITER[398] (2002), met lui aussi au premier plan la question de la définition conceptuelle.

Dans le cas de notre recherche sur le soutien social, nous avons précédemment mis en exergue la diversité des conceptualisations. Par ailleurs, PINES[399] (2002) a mis en évidence le poids des facteurs culturels et contextuels sur les comportements de soutien.

Notre terrain de recherche présente des spécifiés en terme de structure, d'organisation hiérarchique et de culturelle organisationnelle. Si les différentes démarches présentées jusqu'alors formalisent des opérationnalisations ex-nihilo, nombre d'instruments de mesure sont développés à partir d'outils existants : des items sont rajoutés ou supprimés

[396] ROSSITER J.R., (2002), « The C-OAR-SE procedure for scale development in marketing », *International Journal of Research in Marketing*, Vol. 19, p. 305-335

[397] JARVIS C.B., MACKENSIE S.B., PODSAKOFF P.M., (2004), « Un examen critique des indicateurs de construit et des erreurs de spécification des modèles de mesure dans la recherche en marketing et en comportement du consommateur », *Recherche et Applications en Marketing*, Vol. 19, N° 1, p. 73-97

[398] ROSSITER J.R., (2002) The C-OAR-SE procedure for scale development in marketing, *International Journal of Research in Marketing,* Vol. 19, p. 305-335

[399] PINES A.M., BEN-ARI A., UTASI A., LARSON D., (2002), « A cross-cultural investigation of social support and burnout », *European Psychologist*, Vol. 7, p. 256-264

selon leur pertinence supposée dans un contexte donné, pertinence jugée à partir de l'analyse de la validité de contenu ou de recherches exploratoires. Il semble que le soin a apporté a priori au processus d'adaptation de l'outil joue un rôle aussi important, sinon plus, que les efforts statistiques ultérieurs pour en améliorer la validité psychométrique.

Dans notre recherche, l'adaptation d'outils est la démarche méthodologique la moins acceptable parce qu'elle présuppose d'avoir recours à des outils de mesure développés dans d'autres contextes culturels (or comme précisé précédemment, l'impact culturel dans le cadre notre recherche n'est pas à négliger), ce qui pose le problème de la contextualisation.
Cependant, nous considérons que l'ignorance des outils existants nous conduirait à nous priver de réflexions déjà menées sur ce concept complexe. Il nous semble important de tenir compte des recherches menées par HOUSE (1981), KARASEK (1982), LAMBERT[400] (2000) entre autres, sur la mesure du soutien social organisationnel. Il nous paraît tout aussi important de considérer ces mesures avec prudence du fait de l'absence de recherches empiriques françaises utilisant ces instruments dans le contexte hospitalier.

Notre terrain de recherche pose des défis à la démarche classique de développement d'un instrument de mesure telle que proposée par CHURCHILL, il s'agit en effet d'une procédure itérative avec plusieurs feedbacks et collectes administrées sur différents échantillons. A notre connaissance, il n'existe pas de recommandations précises sur la caractérisation des échantillons relatifs aux deux collectes de données. Néanmoins, les échantillons devraient avoir les mêmes caractéristiques.
Par conséquent, il apparaît inapproprié de réaliser la première collecte de données sur un échantillon de convenance. Cependant, nous n'avons pas d'autres choix si nous voulons rigoureusement respecter la démarche de CHURCHILL. En effet, notre recherche est basée l'étude de cas d'un centre hospitalier de taille moyenne et une double collecte n'est matériellement pas envisageable. Par ailleurs, l'accès au terrain est difficile, nous ne pouvons donc pas multiplier les études de cas.

[400] LAMBERT S.J., (2000), « Added benefits : the links between work-life benefits and organizational citizenship behavior », *Academy of Management Journal*, Vol. 43, p. 801-815

HARDESTY et BEARDEN[401] (2004) soulignent l'utilité de recourir aux entretiens d'experts pour les chercheurs qui souhaitent créer un outil de mesure. Sans remettre en cause les protocoles existants, ces auteurs estiment que les entretiens d'experts sont pertinents dans le cas ou la recherche n'a pas pour but unique le développement d'outils de mesure ou dans celui où le processus est matériellement difficilement applicable.

Ces différentes considérations nous ont conduit à proposer une démarche d'opérationnalisation du construit car nous ne pouvons pas réaliser deux collectes de données sur deux échantillons « soignants » et nous ne pouvons pas réaliser d'entretiens d'experts. Les discussions actuelles sur l'importance de la validation conceptuelle nous incitent à apporter un soin particulier à ce point, sans ignorer les possibilités de validation empiriques existantes.
La création de l'outil de mesure de la PSST ne constitue pas le seul objectif de la recherche. Nous avons fait le choix de réaliser un nombre important d'entretiens exploratoire afin de proposer une conceptualisation du soutien social à l'hôpital. Par conséquent, nous avons prêté une attention particulière à l'analyse de contenu par thématique des entretiens exploratoires.

Pour générer une liste d'items, nous tenons compte des échelles de mesure issues de la revue de littérature Les verbatims issus des entretiens semi-directifs des infirmières et des aides-soignantes nous ont permis de formuler une liste de 17 items.
Par la suite, deux collectes de données se sont succédées. Une première collecte a été effectuée sur un échantillon de convenance et une seconde collecte a été réalisée auprès des infirmières, des aides-soignantes et des agents des services hospitaliers de l'hôpital faisant l'objet de l'étude de cas.

Concernant la première collecte de données, l'échantillon est composé de 99 personnes (200 questionnaires envoyés dont 80 en version papier et 120 en version électronique : 49,5 % des questionnaires sont exploitables et le taux de retour est très élevé[402] mais de nombreux questionnaire sont incomplets). Dans cet échantillon composite, 66% des répondants sont des femmes, 34% dont des IDE/AS/ASH, 17% sont des chargés de

[401] HARDESTY D.M., BEARDEN W.O., (2004), « The use of expert judge in scale development – Implication for improving face valdity of measure of unobservable constructs », *Journal of Business Research*, Vol. 57, p. 98-107
[402] 57% des questionnaires nous ont été retournés.

clientèle du secteur bancaire, 18% sont des ingénieurs du secteur informatique 19% sont des ouvrier du milieu industriel, 12% sont des employés de la grande distribution. Toutes ces personnes ont en commun de travailler sous la responsabilité d'un manager de proximité et entretiennent des relations quotidiennes avec ces derniers.

Pour la deuxième collecte de données, l'échantillon est composé de 171 individus (350 questionnaires envoyés : 48,8% exploitables et le taux de retour est de 52%). Dans cet échantillon de convenance (non représentatif de la population totale), 95 % des répondants sont des femmes. Plus d'un répondant sur deux (57%) a moins de 5 ans d'ancienneté dans l'hôpital, et plus d'un répondant sur deux (60%) a moins de 5 ans d'ancienneté dans son service.

5.1.2 *CRITERES DE SELECTION D'UN INSTRUMENT DE MESURE*

La revue de littérature fait ressortir de nombreux instruments de mesure des construits mobilisés dans le cadre de notre recherche. Nous nous basons sur des critères de sélection objectifs relatifs à la qualité de la mesure et sur le caractère adaptable de l'échelle au contexte de l'étude de cas.

5.1.2.1 Les qualités d'un instrument de mesure

Un instrument de qualité répond à trois critères (EVRARD, PRAS et ROUX, 2000) qui caractérisent la fiabilité, la validité et la sensibilité de la mesure.

Fiabilité	Capacité de l'instrument à reproduire des résultats identiques à chaque mesure du phénomène sur une même population.
Validité	Capacité de l'instrument à mesurer parfaitement le phénomène étudié.
Sensibilité	Capacité de l'instrument à enregistrer des variations fines du phénomène mesuré.

Tableau 4 : Les critères de qualité d'un instrument de mesure (d'après EVRARD, PRAS et ROUX, 2000)

La fiabilité est une condition nécessaire mais non suffisante à la validité (PERRIEN,

CHERON et ZINS, 1984)[403]. Ces deux critères sont indissociables et sont les plus généralement retenus, en pratique, pour estimer la qualité de la mesure (EVRARD, PRAS, et ROUX, 2000).

Ces deux critères, s'inscrivent dans la théorie de la « vraie valeur ». L'objectif d'une échelle de mesure d'un phénomène est d'obtenir une représentation la plus juste possible de la réalité (vraie valeur) :

M	**=**	**V**	**+**	**Es**	**+**	**Ea**
Mesure Obtenue	=	Vraie Valeur	+	Erreur sytématique	+	Erreur Aléatoire

La difficulté de la mesure des attitudes réside dans le fait que celles-ci sont plus abstraites que la mesure des variables factuelles par exemple (sexe, âge…). Le lien entre l'attitude et comportement est complexe. L'attitude est « *une disposition interne de l'individu qui sous-tendant sa perception et ses réactions vis-à-vis d'un objet ou d'une stimulation* » (TAPIA et ROUSSAY[404], 1991). Les attributs de la personnalité, les motivations, la manière dont un individu s'est socialisé sont autant d'éléments qui s'intègrent, de manière indirecte, dans la mesure des attitudes profondes.

La mesure des attitudes se fait par le biais d'items, qui représentent des questions posées. Les réponses sont retenues sous forme d'échelles.

Apprécier la fiabilité d'une échelle de mesure des attitudes consiste en « *l'évaluation de la précision de cet instrument sans se soucier de ce qu'il mesure* » (NUNALLY[405], 1970).

Evaluer la validité d'une échelle de mesure des attitudes consiste à tester la qualité d'appréhension du phénomène. La validité englobe quatre niveaux d'appréciation[406] : (1) la validité de contenu, (2) la validité de trait, (3) la validité nomologique, (4) la validité prédictive.

La <u>validité de contenu</u> concerne la représentation des différents aspects du phénomène étudié (unidimensionnalité, multidimensionnalité) et la représentation des items sur la ou les dimension(s) du phénomène (« reflets significatifs » des items sur leurs dimensions respectives).

La <u>validité de trait</u> concerne la capacité de l'échelle à mesurer « (1) *une chose (le trait),*

[403] PERRIEN J., CHERON E.J., M. ZINS, (1984), *Méthodes et Décisions*, Recherche en marketing, Boucheville, Québec, Gaëtan Morin
[404] TAPIA C., ROUSSAY P., (1991), *Les attitudes*, Paris, Les Editions d'Organisation, p. 15
[405] NUNALLY J.C., (1970), *Introduction to Psychological Measurement*, New York, Mc Graw-Hill
[406] PETER J.P., (1981), « Construct validity : a review of basic issues and marketing practices », *Journal of Marketing Research*, Vol. 18, p. 133-145

toute cette chose (validité convergente) *et* (2) *rien que cette chose* (validité discriminante) » (ROEHRICH[407], 1993 ; repris par BOULBRY[408], 2003).

La validité nomologique est vérifiée si les liens entre les mesures de différents conformes à la théorie.

La validité prédictive se réfère à la capacité de l'instrument à prédire la valeur d'un autre concept (vérification du lien unissant deux échelles de mesure).

5.1.2.2 Les critères concernant l'adaptation des outils à la culture et au contexte de la recherche

La question de l'utilisation d'échelles de mesure ayant une validité « interculturelle » nous paraît essentielle. Les différences culturelles sont l'explication la plus révélatrice des décalages de fiabilité et de validité observés, lors de l'adaptation d'une échelle existante[409]. Les perceptions diffèrent selon les contextes nationaux (JANSSENS et al.[410], 2001, cités par BESSON et HADDADJ, 2003). Pour certaines échelles, la traduction suffit car ces mesures font l'objet d'un consensus sur leur conceptualisation et sont adaptées à différents contextes culturels en recherche (DAVIS et al [411],1981 ; EARLEY et SINGH[412], 1995). La nature des construits et les questions formulées pour mesurer ces construits autorisent à prendre seulement en compte les précautions de traduction pour obtenir une bonne équivalence (USUNIER[413], 1992, cité par BESSON et HADDADJ, 2003).

Si le concept n'a pas été exploré dans la revue de littérature de la culture du chercheur, si

[407] ROEHRICH G., (1993), *Les consomateurs-innovateurs : un essai d'identification*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Pierre Mendès France, Grenoble
[408] BOULBRY G., (2003), *L'impact du vieillissement cognitif sur l'efficacité publicitaire : le cas de la publicité à évocation nostalgique*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Rennes 1, Rennes
[409] BESSON D, HADDADJ M. (2003), « Adaptation internationale des échelles de mesure entre universalisme et culturalisme : application à la mesure de l'environnement de l'entreprise », XIIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique
[410] JANSSENS M., BRETT J.M., SMITH F.J., (1995), « Confirmatory Cross-Cultural Research Testing the Viability of a Corporation-Wide Safety Policy », *Academy of Management Journal*, Vol. 38, p. 364-382
[411] DAVIS H.L., DOUGLAS S.P., SILK A.J., (1981), « Measure Unreliability : A Hidden Threat to Cross-National Marketing Research ? », *Journal of Marketing*, p. 98-109
[412] EARLEY P.C., SINGH H., (1995), « International and Intercultural Management Research :What's next ? », *Academy of Management Journal*, Vol. 38, p. 327-340
[413] USUNIER J-C., (1990), « Méthodologie de la recherche Marketing Cross-Culturelle : les Limites de l'Equivalence », *Actes 1990 de l'association Française du Marketing*, La Baules

le concept est fortement ancré dans la culture locale ou encore si la recherche porte sur un phénomène complexe ne faisant pas l'objet d'un consensus, alors la création et le développement de la mesure doivent être envisagés. Certains auteurs plaident en la faveur **« *d'un retour à des techniques non paramétriques* »,** plus proches du terrain, des perceptions et des discours des personnes étudiées (GEPHART[414],1988 ; cité par BESSON et HADDADJ, 2003). Nous reconnaissons l'intérêt d'une telle approche.

Dans les chapitres précédents, nous nous sommes attachés à définir et comprendre le sens des construits que nous souhaitons tester. A cet égard, nous avons mis en évidence la complexité des phénomènes que nous observons. Outre leur multidimensionnalité respective, ces construits sont imbriqués dans des niveaux de conceptualisation de natures différentes mais aussi *a contrario,* de natures très proches. Par exemple, les travaux sur le soutien organisationnel illustrent les débats relatifs aux liens existants entre l'implication organisationnelle de l'employé et la perception de l'implication de l'organisation du point de vue de ce dernier (perception du soutien organisationnel).

Si nous pensons que l'outil statistique permet de faire ressortir la direction et l'intensité des liens entre les phénomènes étudiés et d'objectiver les complexités des approches conceptuelles et qualitatives, nous pensons aussi qu'il ne faut pas perdre de vue le sens et la compréhension de ces phénomènes. En d'autres termes, nous considérons l'étape de la mesure comme essentielle mais elle ne doit pas être soumise seulement à la catégorisation d'un phénomène complexe par un symbole. Notre problématique de recherche concerne d'une part la spécification du contenu de la perception du soutien social au travail et d'autre part, la mise en relief des effets de cette perception sur les comportements organisationnels. La mesure du soutien social au travail constitue donc le cœur de ce projet.

A notre connaissance, il existe peu de recherches ayant intégré une mesure de la perception du soutien social au travail en France et dans le contexte hospitalier. Cela nous amène à considérer l'adaptation des outils de mesure dans des contextes différents. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 4, l'hôpital est d'abord un milieu particulier. Ensuite, nous avons mentionné l'évolution du rôle du cadre infirmier au cœur d'un

[414] GEPHART R.P. Jr., (1988), *Ethnostatistic: Qualitative Foundations for Quantitative Research*, London, Sage Publications

système hiérarchique complexe. Nous avons aussi évoqué les facteurs contextuels et situationnels peuvent constituer des facilitateurs ou des freins à l'expression de certains types de comportements de soutien. C'est pourquoi nous créons et développons notre propre échelle.

La procédure de développement d'une échelle de mesure étant difficile à mettre en œuvre, nous sélectionnons des échelles existantes pour mesurer les autres phénomènes que nous observons. Afin de sélectionner des outils de qualité, nous nous intéressons à la fiabilité et à la validité, ainsi qu'à l'adaptation au contexte culturel français et dans la mesure du possible au contexte hospitalier. Les qualités des instruments de mesure que nous sélectionnons dans la section suivante, ont été éprouvées dans de nombreuses recherches sur les comportements organisationnels.

5.2 SELECTION ET DEVELOPPEMENT DES INSTRUMENTS DE MESURE EXISTANTS

Les instruments de mesure des construits que nous souhaitons opérationnaliser sont nombreux. Par conséquent, nous justifierons le choix de chaque échelle mais nous ne décrivons pas l'ensemble des échelles existantes. Les variables à expliquer font l'objet de la première section.

5.2.1 *LES VARIABLES A EXPLIQUER*

Nous nous intéressons à deux variables à expliquer : l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle. Les conceptualisations que nous considérons mettent en évidence la tridimensionnalité de ces deux phénomènes.

5.2.1.1 L'épuisement professionnel

Le « Maslach burn out inventory » (MBI, MASLACH et JACKSON 1981 (a)[415](b)[416], 1986[417]) est l'outil le plus utilisé et il est l'instrument d'évaluation le plus adapté pour

[415] MASLACH C., JACKSON S.E., (1981), « The measrurement of experienced burnout », *Journal of Occupationnal Behavior*, Vol. 2, p. 99-113

[416] MASLACH C., JACKSON S.E., (1981), *The Maslach Burnout Inventory Research Edition*, Palo-Alto, CA, Consulting Psychologists Press

[417] MASLACH C., JACKSON S.E (1986), *The Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd Edition, Palo-Alto, CA, Consulting Psychologists Press

étudier les professionnels de l'aide. La mesure a été reconceptualisée pour l'adapter à l'ensemble des individus au travail (MBI, General Survey ; SCHAUFELI, LEITER, MASLACH et JACKSON[418], 1996, cités par TRUCHOT) Il existe actuellement trois versions du MBI. La première version se réfère aux professionnels de l'aide (*MBI-Human Services Surveys*), la deuxième version est destinée aux enseignants (*MBI Educators Survey*) et la troisième version à l'ensemble des catégories professionnelles. L'échelle a fait l'objet d'une validation en français en 1994[419]. C'est actuellement l'outil de mesure le plus utilisé internationalement. La cohérence interne des trois sous-échelles est éprouvée (MASLACH et JACKSON, 1996).

Si la conceptualisation et la validité du MBI sont critiquées (KOESKE et KOESKE[420], 1989), les chercheurs reconnaissent la richesse de l'approche tridimensionnelle. La validité discriminante de l'échelle du MBI est toutefois mise en doute car il existerait une corrélation importante entre l'épuisement et la dépression, par exemple.

En ce qui concerne la validité discriminante des dimensions, LOUREL et GUEGUEN[421] (2007) dans leur méta-analyse (n=12112) de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument Maslach Burnout Inventory (MBI) ont montré que la plus part de recherche font (1) ressortir que l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation sont toujours corrélés positivement et (2) que les résultats concernant les liens entre l'accomplissement personnel et les deux autres dimensions sont hétérogènes.

Le MBI est composé de vingt-deux items et s'articule autour des trois dimensions : neuf items pour **l'épuisement émotionnel**, 5 items pour **la dépersonnalisation**, 8 items pour **l'accomplissement personnel**. Chaque item mesure une évaluation de l'individu par rapport à son travail (exemple : « je me sens émotionnellement vidé par mon travail »). L'évaluation de la réponse se fait sur une échelle à sept points allant de « Jamais » à « Tous les jours ». L'épuisement, la dépersonnalisation et l'accomplissement sont trois dimensions indépendantes.

---

[418] SCHAUFELI W.B., LEITER M.P., MASLACH C., JACKSON S.E., (1996), *The MBI General Survey,* In, *The Maslach Burnout Inventory Manual*, MASLACH C., JACKSON S.E, LEITER M.P., (1986), Palo-Alto, CA, Consulting Psychologists Press

[419] DION G., TESSIER R., (1994), « Validation de la traduction de l'inventaire d'epuisement professionnel de Maslach et Jackson », Canadian Journal of Behavioral Science, Vol. 26, p. 210-227

[420] KOESKE G.F., KOESKE R.D., (1989), « Construct Validity of the Maslach Burnout Inventory: A Critical Review and Reconceptualization », Journal of Applied Behavioral Science, Vol. 25, p. 131-144

[421] LOUREL M., GUEGUEN N., (2007), « Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI = A meta-analysis of job burnout using the MBI scale », *L' Encéphale*, Vol. 33, p. 947-953

ITEMS	DIMENSIONS
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	**EP**
2. Je me sens "à bout" à la fin de ma journée de travail	**EP**
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	**EP**
4. Je peux facilement comprendre ce que les patients ressentent	**AP**
5. Je sens que je m'occupe certains patients comme s'il étaient des objets	**D**
6. Ttravailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	**EP**
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes des patients	**AP**
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	**EP**
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	**AP**
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'exerce ce travail	**D**
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	**D**
12. Je me sens plein(e) d'énergie	**AP**
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	**EP**
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail.	**EP**
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains patients	**D**
16. Travailler en contact avec les gens me stresse trop	**EP**
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec les patients.	**AP**
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche des patients	**AP**
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	**AP**
20. Je me sens au bout du rouleau	**EP**
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	**AP**
22. J'ai l'impression que les patients me rendent responsables de certains de leurs problèmes.	**D**

Tableau 5 : La version française du Maslach burnout Invetory

5.2.1.2 L'implication organisationnelle

Différents instruments ont été développés pour mesurer l'implication organisationnelle. L'O.C.Q (Organizational Commitment Questionnaire) de PORTER et al. (1974, traduit en français par THEVENET en 1992) a fait l'objet de nombreuses utilisations empiriques (THEVENET, 1992 ; COMMEIRAS et FOURNIER, 2002). Cette mesure est unidimensionnelle.

Comme le soulignent ALLEN, MEYER ET SMITH (1993), *"il est maintenant reconnu que l'implication peut prendre différentes formes et il est, en conséquence, impératif que les chercheurs établissent clairement quel(les) forme(s) d'implication attire(nt) leur intérêt et s'assurent que les mesures utilisées sont appropriées à leur but".*

Nous avons choisi d'utiliser une échelle qui aborde l'implication organisationnelle sous un aspect multidimensionnel. Plusieurs outils ont été développés (O'REILLY et CHATMAN[422], 1986 ; MEYER et ALLEN[423], 1987).

Nous utilisons l'échelle développé par MEYER, ALLEN et SMITH[424] (1993) à dix-huit items dont six concernent l'implication affective, six l'implication calculée et six autres concernent l'implication normative. Les dimensions affective, calculée et normative sont considérées comme composante et non comme type d'implication. Cette échelle a été conçue pour être adaptée à différents contextes de travail. La consistance interne de l'échelle est relativement bonne pour les sous-échelles (DUMAS[425], 1999, HERRBACH et al.[426], 2006). Trouver références françaises.

Nous avons remplacé le terme « organisation » par le terme « hôpital ». L'échelle de l'implication organisationnelle (ALLEN, MEYER et SMITH, 1993) comporte donc dix-huit items et est traduite en français :

[422] O'REILLY C., CHATMAN J., (1986), « Organizational commitment and psychological attachment : the effects of compliance, identification and internalization on prosocial behavior », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 71, N° 3, p. 492-499

[423] MEYER J.P., ALLEN N.J., (1987), « A longitudinal analysis of the early development and consequences of organizational commitment », *Canadian Journal of Behavioral Science*, Vol. 19, p. 199-215

[424] MEYER J.P., ALLEN N.J., SMITH C., (1993), « Commitment to organizations and occupations : extension and test of a three component conceptualization », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 78, p. 538-551

[425] DUMAS M., (1999), *Temps partiel et analyse du changement de l'implication organisationnelle : une application quasi-expérimentale*. Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université de Paris I Panthéon-Sorbonne, Paris

[426] HERRBACH O., MIGNONAC K., SIRE B. (2006), « Identification ou implication organisationnelle? Enjeux théoriques et de mesure pour la recherche en GRH », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, N°59, p. 3-16

ITEMS	ETIQUETTE
1. Je passerais bien volontiers le reste de ma vie professionnelle à l'hôpital	**IA1**
2. Je ressens vraiment les problèmes de l'hôpital comme s'ils étaient les miens	**IA2**
3. (-) Je ne me considère pas comme un "membre de la famille" dans l'hôpital	**IA3**
4. (-) Je ne me sens pas affectivement attaché à l'hôpital	**IA4**
5. L'hôpital a pour moi beaucoup de signification personnelle	**IA5**
6. (-) Je ne ressens pas un fort sentiment d'appartenance à l'hôpital	**IA6**
7. Il serait très difficile pour moi de quitter l'hôpital en ce moment même si je le voulais	**IC1**
8. Beaucoup de choses dans ma vie seraient dérangées si me je décidais à quitter l'hôpital maintenant	**IC2**
9. En ce moment, rester à l'hôpital est un problème qui relève autant de la nécessité que du désir	**IC3**
10. Je pense avoir trop peu de possibilités pour envisager de quitter l'hôpital	**IC4**
11. Une des conséquences négatives de mon départ de l'hôpital serait le manque de solutions de rechange possibles	**IC5**
12. Si je n'avais pas donné tant de moi-même à l'hôpital, j'aurais pu envisager de travailler ailleurs	**IC6**
13. (-) Je ne ressens aucune obligation de rester avec mon employeur actuel	**IN1**
14. Même si c'était à mon avantage, je ne me sentirais pas le droit de quitter l'hôpital maintenant	**IN2**
15. J'éprouverais de la culpabilité si je quittais l'hôpital maintenant	**IN3**
16. L'hôpital mérite ma loyauté	**IN4**
17. Je ne quitterai pas l'hôpital pour le moment car j'éprouve un sentiment d'obligation envers les gens qui en font partie	**IN5**
18. Je dois beaucoup à l'hôpital	**IN6**

Tableau 6 : La version française de l'échelle d'implication organisationnelle d'ALLEN, MEYER et SMITH (1993)

5.2.2 *LES VARIABLES EXPLICATIVES*

Dans cette section, nous présentons les échelles de mesure mobilisées pour (1) les exigences du travail, (2) les conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale et (3) les tensions de rôle.[427]

5.2.2.1 Les exigences du travail

Pour mesurer les exigences du travail, nous utilisons une sous-échelle du questionnaire exigences-contrôle de NIEDHAMMER et al. [428](1998). Cette échelle nous semble intéressante car elle est simple et qu'elle cerne bien les aspects de la charge de travail régulièrement mentionnés au cours des entretiens exploratoires. Cette version française de l'aspect « demandes psychologique » du questionnaire de KARASEK a fait l'objet de nombreuses validations empiriques.

Par ailleurs, les exigences quantitatives du travail ont été testées sur plusieurs échantillons de professionnels de l'aide (cités par TRUCHOT[429], 2004 ; DE JONGE et al.[430], 1996 ; DE RIJK et al.[431], 1998).

ITEMS	ETIQUETTE
1. Mon travail exige que je travaille très vite	**EX1**
2. Mon travail exige que je travaille très dur	**EX2**
3. On me demande de faire trop de travail	**EX3**
4. J'ai assez de temps pour faire mon travail	**EX4**
5. Je ne reçois pas de demandes contradictoires	**EX5**

Tableau 7 : L'échelle de mesure des exigences du travail

[427] Les réponses sont faites sur une échelle de LIKERT à cinq points (pas du tout d'accord ; pas vraiment d'accord ; ni en accord, ni en désaccord ; assez d'accord ; tout à fait d'accord).

[428] NIEDHAMMER I., GOLDBERG M., LECLERC A., DAVIS S., BUGEL I., LANDRE M.F., (1998), « Psychological work environment and cardiovascular risk factors in a occupational cohort in France », *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 52, p. 93-100

[429] TRUCHOT D., (2004), *Epuisement professionnel et Burnout : Concepts, modèles et interventions*, Paris, Editions Dunod

[430] DE JONGE J., JANSSEN P.P.M., VAN BREUKELEN G.J.P., (1996), « Testing the demand-control-support model among health-care professionals : a structural equation model », *Work and Stress*, Vol. 10, p. 209-224

[431] DE RIJK A.E., LE BLANC P.M., SCHAUFELI W.B., (1998), « Active coping and need for control as moderators of the demand-control model : Effects on burnout », *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 71, p. 1-18

5.2.2.2 Les conflits travail famille/ famille travail

Le conflit entre le travail et la famille peut être mesuré dans le sens du travail vers la famille et inversement. Il peut faire l'objet d'un questionnaire traitant des deux conflits en même temps (NETMEYER, MCMURRIAN et BOLES, 1996)[432].

Il peut également être considéré comme agrégation des deux dimensions (SAINT-ONGE et al. [433], 2002). Nous avons choisi d'utiliser une échelle qui mesure les deux types de conflit sachant que le conflit du travail vers la famille semble plus significatif.

Nous avons choisi d'utiliser l'échelle développée par NETMEYER, McMURRIAN et BOLES (1996). La cohérence interne de l'échelle est connue et satisfaisante : la valeur de l'alpha pour cette construction est 0.86 pour le conflit travail – famille et 0.76 pour le conflit famille – travail. Ils ont identifié dix items relatifs aux deux types de conflits. Cette échelle a été reprise par BELGHITI-MAHUT[434] (2003) qui a obtenu des scores semblables à ceux de NETMEYER et al., indiquant une bonne fiabilité de l'échelle à dix items.

Les cinq premiers items renvoient au conflit travail – famille et se rapportent au conflit des horaires, des obligations liées aux deux sphères et aux conséquences du débordement du travail sur la famille. Les cinq autres items renvoient au conflit famille – travail et se rapportent au conflit des horaires, et aux conséquences du débordement de la famille sur la sphère professionnelle.

[432] NETMEYER, BOLES, McMURRIAN, (1996), « Developpment and validation of Work-family conflict end family-work conflict scales », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 81, p. 400-410
[433] SAINT-ONGE S., RENAUD S., GUERIN G., CAUSSIGNAC E., (2002), « Vérification d'un modèle structurel à l'égard du conflit travail-famille », Relations Industrielles, Vol. 57, p. 491-513
[434] BELGHITI-MAHUT S., (2003), « La relation entre le conflit vie professionnelle / vie familiale et la satisfaction au travail : une investigation empirique », *Acte colloque AGRH*, Grenoble

ITEMS	ETIQUETTE
1. Ma vie professionnelle empiète sur ma vie privée	**CTF1**
2. Mon travail m'empêche d'avoir une vie familiale harmonieuse	**CTF2**
3. Mon travail m'empêche de faire tout ce que j'aimerais pouvoir faire chez moi	**CTF3**
4. Il me faut souvent renoncer à des moments importants de la vie de famille à cause de mon travail	**CTF4**
5. Il y a un conflit entre mon travail et mes responsabilités familiales	**CTF5**
6. Ma vie familiale empiète sur mes activités professionnelles	**CTF6**
7. Il me faut parfois m'absenter du travail pour pouvoir assumer mes responsabilités familiales	**CTF7**
8. Je n'arrive pas à accomplir certaines tâches que mon travail implique à cause des sollicitations de ma famille/époux	**CTF8**
9. Ma vie familiale empiète sur ma vie professionnelle, m'empêchant d'arriver au travail à l'heure, d'accomplir mes tâches quotidiennes et de faire des heures supplémentaires	**CTF9**
10. Mes collègues au travail n'apprécient pas que je sois aussi souvent préoccupé par ma vie de famille	**CTF10**

Tableau 8 : Echelle de mesure des conflits entre le travail et la famille de NETMEYER et al. (1996)

5.2.2.3 Les tensions de rôle

Plusieurs échelles ont été créées pour mesurer les tensions de rôle (KAHN et al.[435], 1964; RIZZO et al.[436], 1970; FORD et al.[437], 1975; CHONKO et al.[438], 1986).

Parmi ces outils, c'est celui de RIZZO, HOUSE et LIRTZMAN (1970) qui fait référence dans les travaux de recherche. La méta-analyse de JACKSON et SCHULER[439] (1985) précise que 85% dans chercheurs anglo-saxons utilisent l'échelle de RIZZO et al. Un débat existe entre les chercheurs concernant l'opérationnalisation des tensions de rôles et

[435] KHAN M., WOLFE D., QUINN M., SNOEK J., ROSENTHAL R., (1964), *Organizational stress : Studies in role conflict and ambiguity*, New York, John Wiley & Sons

[436] RIZZO J., HOUSE R., LIRTZMAN S., (1970), « Role conflict and ambiguity in complex organizations », *Administrative Science Quarterly*, Vol. 15, p. 150-163

[437] FORD N.M., WALKER G.A., CHURCHILL G.A., (1975), « Expectation specific measures of the intersender conflict and role ambiguity experienced by industrial salesmen », *Journal of Business Research*, Vol. 3, p. 92-112

[438] CHONKO L.B., HOWELL D., BELLENGER D., (1986), « Congruence in sales force evaluations: relations to sales forces perception of conflict and ambiguity », *Journal of Personal Selling and Sales Management*, Vol. 6, p. 35-48

[439] JACKSON S.E., SCHULER R.S., (1985), « A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings », *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, Vol. 36, N° 1, p. 16-78

notamment concernant l'échelle de conflit et d'ambiguïté développée par RIZZO, HOUSE et LIRTZMAN (1970). Les critiques portent sur la formulation des items de ces échelles, ce qui fait que l'interprétation des échelles dépend totalement de la formulation des items. MCGEE et al.[440](1989) ont conduit une recherche pour vérifier si les deux sous-échelles mesurent bien deux construits différents, si elles ne mesurent pas en fait un seul construit ou s'il existe un facteur de second ordre pour mieux mesurer les tensions de rôle.

L'échelle est composée de 14 items dont 8 mesurent le conflit de rôle et 6 font référence à l'ambiguïté de rôle. Les items concernant l'ambiguïté de rôle sont formulés positivement tandis que les items de mesure du conflit de rôle sont formulés négativement.

Cette configuration de l'échelle est soumise à de nombreuses critiques. SHERPHERD et FINE[441] (1984) suggèrent que la formulation négative pour les items rattachés au conflit de rôle et la formulation positive des items se référant à l'ambiguïté déterminent un artifice statistique

Dans une autre perspective, KING et KING[442] (1990) s'interrogent sur les capacités de l'outil à cerner les facettes du construit tel que défini par KAHN et al. (1964). Pour ALIS[443] (1997) *"le questionnaire ... mesure le conflit de rôle globalement sans faire face à la diversité des conflits* ». Certains items sont complexes et ne se réfèrent pas clairement au facteur auquel ils sont sensés être rattachés La mesure de l'ambiguïté de rôle semble être pertinente mais celle du conflit de rôle serait critiquable. Néanmoins les chercheurs s'accordent sur le fait que l'échelle permette d'obtenir une vision systémique des tensions de rôle.

Même si les critiques relatives à l'échelle de RIZZO et al. (1980) sont nombreuses, à la fois sur le plan conceptuel et psychométrique, elle demeure un outil de référence. Nous le choisissons dans la mesure où il a été traduit et validé en version française (LOUBES[444], 1997).

---

[440] MCGEE G. W. , FERGUSON C. E. JR, SEERS A., (1989), « Role conflict and role ambiguity: do the scales measure these two constructs ? », *Journal of Applied Psychology* , Vol. 74, N° 5, p. 815-818

[441] SHEPHERD C D, FINE L M (1984), "Role conflict and role ambiguity reconsidered", *Journal of Personal Selling and Sales Management*, Vol. 4, 58-65

[442] KING L., KING D., (1990), « Role conflict and role ambiguity: a critical assessment of construct validity », *Psychological Bulletin*, Vol. 107, p. 48-64

[443] ALIS D., (1997), *Conflits de rôles et régulations autonomes du personnel en contact avec la clientèle: le cas des agents généraux d'assurance*, Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université de Droit, d'Economie et des Sciences d'Aix-Marseille III, Marseille

[444] LOUBES A., (1997), *Contribution à l'étude des tensions de rôle des agents de maîtrise en milieu industriel*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Montpellier II, Montpellier

ITEMS	ETIQUETTE
1. Je sais à quel point j'ai de l'autorité dans mon travail	**AR**
2. Mon travail comporte des objectifs clairs et planifiés	**AR**
3. Je dois faire des choses qui devraient être faites autrement	**CR**
4. Je sais que j'ai bien réparti mon temps	**AR**
5. On m'attribue une tâche sans la main-d'œuvre nécessaire pour la compléter	**CR**
6. Mes responsabilités sont clairement définies	**AR**
7. Je dois aller à l'encontre des règles et des politiques pour accomplir mes tâches	**CR**
8. Je travaille avec deux ou plusieurs personnes qui fonctionnent assez différemment	**CR**
9. Je sais exactement ce qu'on attend de moi	**AR**
10. Je reçois des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes	**CR**
11. Je fais des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et pas par les autres	**CR**
12. On m'attribue une tâches sans les ressources et le matériel adéquats pour l'éxécuter	**CR**
13. Les explications de ce que je dois faire sont claires	**AR**
14. Je dois travailler sur des choses que j'estime peu importantes	**CR**

Tableau 9 :Version française de l'échelle de mesure des tensions de rôle de RIZZO et al.

5.3 CONSTRUCTION ET DEVELOPPEMENT DES ECHELLES DE MESURE : METHODES STATISTIQUES RETENUES

Pour établir la fiabilité et la validité des différentes échelles de mesure, nous devons procéder à des analyses factorielles. Il nous faut en premier lieu, réaliser une analyse factorielle exploratoire à partir des données collectées afin de construire un modèle de mesure. Ce dernier est ensuite soumis à une autre analyse statistique, l'analyse factorielle confirmatoire afin de confirmer la bonne adéquation du modèle aux données empiriques. Les différentes étapes des deux procédures sont présentées successivement dans les sections suivantes.

5.3.1 *L'ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE*

Nous devons procéder à une analyse factorielle sur chaque échelle pour établir la validité de contenu et la fiabilité de l'échelle. Cette analyse sera réalisée à partir du logiciel SPSS 15.0.

L'analyse factorielle exploratoire a pour objectif d'extraire des facteurs latents à partir de variables observables initiales, de manière à restituer le maximum d'information (la variance expliquée). Aucune hypothèse n'est faite *a priori*, ni sur la structure des données initiales, ni sur la signification des facteurs qui sortent de l'analyse. Lors de cette étape, l'objectif est de découvrir les dimensions latentes contenues dans l'ensemble des variables initiales.

L'analyse factorielle exploratoire consiste à réduire les variables initiales en un nombre réduit de facteurs. Ces facteurs sont le résultat de combinaisons linéaires des variables initiales dont les coefficients sont fournis par les poids factoriels. Selon la valeur de ces coefficients, il apparaît que certaines variables initiales contribuent plus que d'autres à la formation d'un axe particulier. Certaines conditions sont à vérifier : les données doivent être métriques et factorisables.

Pour vérifier que les données « *forment un ensemble suffisamment cohérent pour qu'il soit raisonnable d'y rechercher des dimensions communes qui aient un sens et qui ne soient pas des artefacts statistiques* » (EVRARD, PRAS, ROUX, 2000), nous utilisons deux indicateurs :

- (1) Le test de **Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)** est une mesure généralisée de la corrélation partielle entre les variables de l'étude. Cette mesure est basée sur la moyenne des coefficients de corrélation qui sont situés dans la diagonale de la matrice anti-image. La règle est qu'un KMO élevé souligne qu'il existe une solution factorielle statistiquement acceptable qui représente les relations entre les variables. Une valeur de KMO de plus de 0,90 est dite de <u>très grande validité</u>, une valeur entre 0,80 et 0,89 est dite de <u>grande validité</u>, une valeur entre 0,70 à 0,79 est de <u>validité moyenne</u>, une valeur entre 0,60 à 0,69 est dite de <u>validité faible</u>, une valeur entre 0,50 à 0,59 est dite de <u>validité au seuil limite</u>, une valeur inférieure à 0 est <u>invalide</u> (NORUSIS[445], 1993).

[445] NORUSIS M.J., (1993), *Spss professional statistics*, Chicago, SPSS Inc.

- (2) Le **test de sphéricité de Barlett** « *permet de juger de l'inégalité des racines latentes, c'est-à-dire l'absence significative de sphéricité du modèle mentionné. Si le modèle s'avère sphérique, on peut présumer que les variables sont voisines de 0 et donc qu'il n'y a pas intérêt à remplacer les variables par des composantes*[446] ». Il s'agit d'un test d'hypothèse, proche du khi carré. Le test consiste à vérifier l'hypothèse nulle selon laquelle toutes les corrélations seraient égales à 0. Pour rejeter l'hypothèse nulle, il faut considérer la valeur du test qui doit être égale ou inférieure à 0,5.

La vérification de la validité d'un instrument de mesure passe par l'étude de sa structure factorielle dans le cadre d'une analyse factorielle exploratoire. La structure est évaluée à trois niveaux[447] :

- (1) **La qualité de la représentation** pour chacun des items. Le degré de communauté des items avec la mesure globale est jugé suffisant s'il dépasse 0,40.
- (2) Le **poids des items** sur les facteurs de l'échelle : la corrélation doit être supérieure ou égale à 0,5.
- (3) La **répartition claire de items sur les facteurs** : un item fortement corrélé à un facteur doit être faiblement corrélé aux autres facteurs.

Le nombre d'axes (dimensions du modèle de mesure) retenu est fixé selon la méthode de Kaiser (valeur propre supérieure à 1).

Pour faciliter l'interprétation des facteurs latents extraits par l'analyse factorielle, il est recommandé de procéder à une rotation des facteurs. Le choix de la rotation orthogonale ou oblique est basé sur les propositions de PEDHAZUR et PEDHAZUR SCHMELKIN[448] (1991). Ces auteurs proposent de réaliser les deux types de rotation afin de déterminer si les aspects du construits multidimensionnel sont inter corrélés. Nous précédons donc à

[446] LAFORGE H., (1981), *Analyse multivariée*, Saint-Laurent, Etudes vivantes, p. 173
[447] STEWART D.W., (1981), « The application and misapplication of factor analysis in marketing research », *Journal of Marketing research*, Vol. 18, p. 51-62
[448] PEDHAZUR E. J., PEDHAZUR SCHMELKIN L., (1991), *Measurement, design and analysis: An integrated approach*. Hillsdale, NJ: LEA

une rotation *oblimin* si la corrélation est forte entre les dimensions (corrélation au moins de l'ordre de 0.3[449]). Sinon, nous procédons à une rotation orthogonale qui maximise le poids des facteurs, aux dépend du poids des variables. Le but de ce type de rotation est d'augmenter la somme des variances des carrés des poids facteurs. Certaines saturations sont plus élevées sur une composante que sur les autres. Cette méthode permet d'aboutir à une structure des composantes plus tranchée.

Pour établir la cohérence interne de chaque échelle lors de l'analyse factorielle exploratoire, nous utilisons l'alpha de Cronbach. Les coefficients alpha de Cronbach sont jugés suffisants lorsqu'ils sont supérieurs à 0,50, bons s'ils sont compris entre 0,60 et 0,70, et très bons lorsqu'ils s'approchent de 0,90 (NUNALLY[450], 1967). Ces exigences peuvent être revues à la baisse s'il s'agit d'une étude exploratoire de la mesure (CHURCHILL, 1979) ou lorsque l'instrument comprend un faible nombre d'items (CORTINA[451], 1993).

5.3.2 *VALIDATION DES INSTRUMENTS DE MESURE*

Pour établir la **validité de contenu** et de **construit** de nos échelles, nous utilisons la méthode des équations structurelles (logiciel AMOS 7.0). Elles permettent d'examiner la qualité d'ajustement du modèle aux données empiriques, en évaluant le modèle global et le modèle de mesure.

5.3.2.1 Les conditions préalables

Deux conditions principales :

- la taille de l'échantillon pour utiliser les méthodes d'équations structurelles est discutée. Les auteurs retiennent un seuil minimum de 5 observations par paramètre estimé et proposent un plafond de 15 (ROUSSEL et al., 2004).
- la distribution multi normale des données : le logiciel AMOS propose deux indicateurs. Premièrement le coefficient de symétrie (*Skewness*) témoigne, pour

[449] AMINE A., FORGUES B., (1993), « Vers une mesure de la désirabilité sociale dans les réponses aux questionnaires », *Actes Congrès International de l'Association Française de Marketing*, Vol. 9, p. 109-128
[450] NUNALLY J.C., (1967), *Psychometric Methods*, New York, McGraw-Hill
[451] CORTINA J.M., (1993), « What is coefficient alpha, an examination of theory and application », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 78, p. 98-104

chaque variable, de la répartition des observations autour de la moyenne. D'après Roussel et al. (2002), le *skewness* ne doit pas dépasser le seuil de 3. Deuxièmement le coefficient de concentration (*Kurtosis*) compare la forme des courbes de distribution des observations et de loi normale. La valeur du *Kurtosis* ne doit pas dépasser le seuil de 8 (Roussel et al., 2002).

5.3.2.2 Qualité d'ajustement du modèle global

Il existe trois niveaux d'évaluation de l'ensemble du modèle (variable(s) latente(s) et variable(s) manifeste(s) :

- l'ajustement absolu, c'est-à-dire la qualité d'ajustement global du modèle aux données.
- l'ajustement incrémental compare les qualités de plusieurs modèles globaux
- l'ajustement parcimonieux détermine la qualité de concision du modèle.

Il existe de nombreux indicateurs pour ces trois niveaux d'évaluation et Roussel et al. (2002) propose de retenir les indices présentés dans le tableau suivant :

Indicateurs d'ajustement absolus	
Chi2 (probabilité associée)	Plus petit possible, p associé < à 5%
GFI	> 0,90
RMSEA (valeur min-valeur max)	< 0,08 ou mieux < 0,05
Indicateurs d'ajustement incrémental	
NFI	> 0, 90
TLI	> 0, 90
CFI	> 0, 90

Tableau 10: Indicateurs d'ajustement retenus et valeurs de références associées (Roussel et al., 2004)

5.3.2.3 Qualité d'ajustement du modèle de mesure

Déterminer la qualité d'ajustement du modèle de mesure implique de s'intéresser à la fois à la fiabilité et la validité de construit. Concernant la fiabilité de construit, nous nous réfèrerons à ce stade de l'analyse au coefficient ρ (plus adapté aux approches confirmatoires que l'α de Cronbach). Le coefficient ρ est bon s'il est supérieur à 0,7 ou 0,8 selon les auteurs (FORNELL et LARKER[452], 1981).

Concernant la validité de chaque instrument de mesure, nous nous intéressons à la validité convergente et à la validité discriminante :

- **La validité convergente** : l'approche la plus générale consiste sur la base d'une analyse confirmatoire, à déterminer la variance de variable latente (ou dimension) de l'échelle partage avec ses variables manifestes : chaque variable latente partage au moins 50% avec ses variables manifestes (FORNELL et LARCKER, 1981). La validité est vérifiée par le rhô de validité convergente :

$$\rho vc(A)= \frac{\sum_{i=1}^{n} \lambda i}{\sum_{i=1}^{n} (\lambda i) + \sum_{i=1}^{n} Var(\varepsilon i)}$$

- **La validité discriminante** : l'approche la plus utilisée est celle du chi-deux. Pour chaque couple de variables latentes, nous comparons le niveau de chi-deux du modèle contraint à celui du modèle libre. La corrélation entre les variables latentes est fixée à 1 pour indiquer une absence de discrimination. Si le modèle contraint révèle une qualité d'ajustement plus faible (chi-deux plus important) que celui du modèle libre la validité discriminante de la dimension considérée est soutenue. Pour être statistiquement significative, la différence entre les chi-deux doit être supérieure à 3,84 pour 1 degré de liberté. La corrélation entre les composantes permet également de déterminer si les facettes du construit se discriminent entre elles. C'est cette information que nous retiendrons pour chaque échelle.

[452] FORNELL C., LARKER D.F., (1981), « Evaluating structural equations models with unobservable variables and measurement error », *Journal of Marketing Research*, Vol. 18, p. 39-50

5.4 CONSTRUCTION ET DEVELOPPEMENT DE LA DOUBLE MESURE DE LA PERCEPTION DU SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL

Nous l'avons évoqué en début de chapitre, deux collectes de données se succèdent dans le temps. Premièrement pour tester la structure factorielle de l'échelle, nous avons administré un questionnaire sur la perception du soutien social à un échantillon de convenance. Nous avons récolté 99 questionnaires exploitables pour la première collecte de données. Par la suite, le questionnaire dans sa version complète (intégrant l'ensemble des échelles) a été distribué à l'ensemble des IDE, AS et ASH du centre hospitalier de l'étude de cas. Nous avons recueilli 171 questionnaires exploitables. L'échantillon n'est pas représentatif de la population du centre hospitalier.

Dans cette section, nous présentons d'abord les échelles de littérature sur lesquelles nous nous sommes appuyées pour rédiger les items de mesure du SST. Par la suite nous traitons successivement les analyses factorielles exploratoires pour conclure sur les résultats des analyses confirmatoires pour toutes les échelles du questionnaire.

5.4.1 *LES ECHELLES DU SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL DANS LA LITTERATURE*

Dans le chapitre 2 de la thèse, nous avons montré que le soutien social peut être étudié dans selon son aspect structural, fonctionnel ou perceptuel.

Les instruments de mesure du « soutien social reçu » et du soutien social « perçu » sont nombreux. Ces derniers intègrent les dimensions du soutien isolément ou conjointement. Nous présentons les plus connus sur la page suivante.

Nous présentons aussi une échelle de mesure du SST développée par PINNEAU (1976). L'échelle est une triple évaluation (par rapport au supérieur hiérarchique, aux collègues de travail et aux proches concernant) de soutien social reçu par les personnes (manifestation d'affects positifs et aide dans les moments difficile). L'échelle de mesure du modèle de KARASEK[453] caractérise un soutien de reconnaissance.

[453] HELLEMANS C., KARNAS G., (2000), *Satisfactions et souffrances au travail*, Dans, *Le stress professionnel: quels liens entre les contraintes au travail et les stratégies de coping ?,* GANGLOFF B., L'Harmattan, Paris

- **L'ISSB** (*Inventory of Socially Supportive Support)*, (Barrera et al., 1981) : 40 énoncés mesurent la fréquence de différents comportements d'aide tangibles et non tangibles. Exemple : « quelqu'un vous a écouté lorsque vous avez exprimé vos sentiments».

- **Le SS-B** *(Social Support Behaviors Scale*), (Vaux, 1982): 45 items mesurent le degré de réalisation de cinq types de comportements de soutien : le soutien émotionnel, l'assistance pratique, l'assistance financière, la socialisation et les conseils / avis.

- Le **QSSP** (*Questionnaire de Soutien Social Perçu), (*Bruchon-Schweitzer et al., 2001*) :* 4 items mesurent les quatre types de soutien identifiés par House (1981), combien de personnes le fournissent, qui sont ces personnes (famille, amis, collègues, spécialistes), et si le sujet en est satisfait. L'originalité de l'outil réside dans l'évaluation des trois facettes du soutien social (structurale, fonctionnelle et perceptuelle). Exemple : « y a-t-il quelqu'un dans votre entourage qui veut vous réconforter et vous écouter ? », « en êtes-vous satisfait ? ».

Figure 21 : Exemples d'échelles de mesure du soutien reçu en psychologie sociale

- **Le SSQ** (*Social Support Questionnaire)*, (Sarason al., 1983) :) existe en plusieurs versions dont une longue à 27 items et une version courte à 6 items (SSQ6). Il permet une évaluation de la disponibilité et de la satisfaction d'un individu par au soutien reçu. Exemple : « qui vous accepte tel que vous êtes, c'est-à-dire avec vos bons et vos mauvais côtés ? », « en êtes vous satisfait ? ».

- **L'ISEL** (*Interpersonal Support Evaluation List*) (Cohen et Wills, 1985) : mesure la disponibilité perçue pour quatre types de soutien (matériel, estime, affiliation, discussion).

Figure 22 : Exemples d'échelles de mesure du soutien perçu en psychologie sociale

- **L'échelle de PINNEAU (1976)** (réponses allant de 1 à 4 : rarement, parfois, souvent, très souvent). Questions : (1) dans quelle mesure ces personnes ont pris leur temps pour vous aider à rendre votre travail plus facile ? Dans quelle mesure est-il facile de parler avec ces personnes ? Dans quelle mesure pouvez bénéficier de l'aide de ces personnes dans les moments difficiles ? Dans quelle mesure ces personnes sont disposées à écouter vos problèmes personnels ?

Figure 23 : Un exemple d'échelle de mesure du soutien reçu au travail

- **L'échelle de mesure du modèle de KARASEK (1982)**

Huit questions mesurent (réponses = scores de 1 à 4) le soutien reçu de la part du supérieur hiérarchique « mon supérieur se sent concerné par le bien être de ses subordonnés » ; « mon supérieur prête attention à ce que je dis ». De la part des collègues « les collègues avec lesquels je travaille sont des gens professionnellement compétents », « les collègues avec lesquels je travaille me manifestent de l'intérêt »

- **La SOP du supérieur hiérarchique EISENBERGER et al. (1986) :**

Quatre items de mesure (réponses allant de 1 à 5 : de pas du tout d'accord à tout à fait d'accord) « mon supérieur prend en compte mes opinions », « mon supérieur se préoccupe vraiment de mon bien-être », « mon supérieur prend fortement en considération mes aspirations et mes valeurs » et « mon supérieur se soucie peu de moi ».

Figure 24 : Les échelles de mesure de soutien social au travail « de référence »

La mesure la plus utilisée par les chercheurs en management est celle qui a été développée par EISENBERGER et al. (1986). Cette échelle est en adéquation avec la conceptualisation de ses auteurs et est adaptée de leur mesure de la perception du soutien organisationnel. La version longue de l'échelle se réfère à 36 items de mesure.

Pour des raisons pratiques, une version courte et unidimensionnelle intégrant quatre items est généralement retenue (SHORE et TETRICK[454], 1991 ; ARMELI, EISENBERGER, FASOLO et LYNCH[455], 1998): Cette échelle présente d'excellentes qualités psychométriques. Cet outil est intéressant car il permet d'évaluer le degré de reconnaissance du supérieur, perçue par le salarié. C'est l'échelle la plus utilisée par les chercheurs qui étudient le soutien organisationnel.

D'autres échelles de mesure existent (FERNANDEZ[456], 1986 ; KOTTKE et SHARAFINSKI, 1988). Ces échelles ont été popularisée au moment du développement des recherches sur les politiques de soutien organisationnel à la famille (THOMPSON et

[454] SHORE L.M., TETRICK L.E., (1991), « A construct validity study of the survey of perceived organizational support », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 76, p. 637-643
[455] ARMELI S., EISENBERGER R., FASOLO P., LYNCH P., (1998), « Perceived organizational support and police performance : the influence of socio-emotional needs », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 83, p. 288-297
[456] FERNANDEZ J.P., (1986), *Child care and corporate productivity*, Lexington, MA., Lexington books

al.[457], 1999 ; ALLEN[458], 2001). Les items de mesure se rapportent donc au soutien au hors travail du supérieur hiérarchique. Ainsi par exemple, l'échelle de FERNANDEZ mesure la perception du degré de compréhension que la supérieur à vis-à-vis des problèmes personnels (exemple : « mon supérieur est très compréhensif lorsqu'un collaborateur doit s'absenter du travail pour des raisons familiales »).

Notons que les échelles développées par les chercheurs qui s'intéressent aux politiques d'harmonisation entre la vie professionnelle et la vie familiale sont inspirées des travaux séminaux de HOUSE[459] (1981) sur la nature du soutien social. Ainsi ces chercheurs ont mis en évidence le caractère émotionnel et instrumental du soutien du supérieur hiérarchique. C'est d'ailleurs en prenant connaissance de l'existence de ces échelles que nous nous sommes orientés vers les travaux de HOUSE, présentés dans le chapitre 2.

5.4.2 *REDACTION DES ITEMS DE MESURE ET PRETEST*

Sur la base de l'analyse de contenu des 60 entretiens exploratoires, nous avons formulé 17 items correspondants aux comportements de soutien présentés au chapitre 4.

Compte tenu de la complexité des résultats qualitatifs exploratoires, nous avons réalisé une synthèse de quatre types de soutien social au travail : un soutien émotionnel, un soutien d'estime, un soutien instrumental professionnel et un soutien informationnel. **Nous avons sélectionné les 17 dimensions qui nous ont semblé les plus significatives après l'analyse de contenu par thématiques.**

Conformément à la revue de littérature, le soutien socio-émotionnel constitue la facette la plus importante de la mesure. Nous avons formulé huit items de mesure du soutien émotionnel (écoute des problèmes, empathie, protection, encouragements, aide à relativiser, communication). Cinq items mesurent un soutien d'estime (estime, reconnaissance, rassurance sur les compétences professionnelles, confiance, respect), trois items se réfèrent à un soutien instrumental professionnel (aide à l'intégration dans l'équipe, aide à l'arrangement des plannings, aide à la réalisation du travail), et un item caractérise un soutien informationnel

[457] THOMPSON C.A., BEAUVAIS L.L., LYNESS K.S. (1999), « When work-family benefits are not enough: the influence of work-family culture on benefit utillization, organisational attachment and work-family conflict », *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 54, p. 392-415

[458] ALLEN T.D., (2001), « Family-supportive work environments: The role of organisational perceptions », *Journal of Vocational Behaviour*, Vol. 58, p. 414-435

[459] HOUSE J.S., (1981), *Work, Stress and Social Support*, Addison-Wesley, Reading, MA

L'échelle développée est une double mesure : nous avons formulé les mêmes items pour le soutien des cadres de proximité et celui de l'équipe. Les réponses sont évaluées sur une échelle allant de 1 à 5 allant de pas du tout d'accord à tout à fait d'accord.

Après la rédaction des items de l'échelle, nous nous sommes assurés que la formulation de ces derniers soit compréhensible pour l'ensemble des sujets de notre étude (IDE, AS, ASH). Nous avons proposé une version à 3 IDE, 3 AS et 3 ASH.

ITEMS	ETIQUETTE
1. Mon cadre de santé est à l'écoute de mes problèmes professionnels	**SSC1**
2. Mon cadre de santé est à l'écoute de mes problèmes personnels	**SSC2**
3. Mon cadre de santé fait preuve d'empathie à mon égard	**SSC3**
4. Mon cadre de santé me manifeste de l'estime	**SSC4**
5. Je me sens reconnu(e) par mon cadre de santé	**SSC5**
6. Mon cadre de santé me protège en cas de coup dur	**SSC6**
7. Mon cadre de santé m'encourage dans les moments difficiles	**SSC7**
8. Mon cadre de santé me rassure sur mes compétences professionnelles	**SSC8**
9. Mon cadre de santé et moi-même sommes en relation de confiance réciproque	**SSC9**
10. Mon cadre de santé et moi-même sommes dans une relation de respect mutuel	**SSC10**
11. Mon cadre de santé m'aide à relativiser quand ça ne va pas	**SSC11**
12. Mon cadre de santé m'aide à me sentir intégré dans mon équipe de travail	**SSC12**
13. Mon cadre de santé m'aide à arranger mon planning en cas de soucis	**SSC13**
14. Mon cadre de santé et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes personnels	**SSC14**
15. Mon cadre de santé et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes professionnels	**SSC15**
16. Mon cadre de santé m'informe, me conseille quelque soit le problème auquel j'ai à faire face	**SSC16**
17. Mon cadre de santé m'aide à rendre mon travail plus facile	**SSC17**

Tableau 11 : Echelle de mesure de la PSSC

5.4.3 *DEVELOPPEMENT DE L'ECHELLE DE LA PSSC*

5.4.3.1 Développement de l'échelle de la PSSC (première collecte de données)

Le test de Barlett et l'indicateur KMO indiquent que les données sont factorisables (K.M.O.= 0,85, Chi-deux approché = 290,616, ddl = 21, Signification = ,000). Nous pouvons donc effectuer l'ACP. La structure est composée de deux dimensions et explique 68,87% de la variance. Les résultats de l'ACP nous ont amené à réaliser une rotation varimax. Le test de Kaiser nous indique que l'échelle est bifactorielle expliquant près de 69% de la variance. Tous les items « complexes » ont été supprimés pour obtenir une structure factorielle claire. En termes de communauté et de poids, toutes les variables sont satisfaisantes.

Le tableau ci-après nous montre que toutes les variables sont correctement représentées (communautés >0,5). Elles sont également toutes liées à un facteur (contribution >0,5). Toutefois, les items SSC1 et SSC4 ont une contribution élevée sur la première composante et assez élevée sur la composante 2 (>0,4).

Structure Factorielle PSSC (Collecte 1)				
Composante et items	**Communauté**	**Poids factoriels**		**Variance en %**
		C1	**C2**	**Réelle**
Composante 1				54,4%
SSC2. Mon responsable est à l'écoute de mes problèmes personnels.	0,76	**0,86**	0,17	
SSC3. Mon responsable fait preuve d'empathie à mon égard.	0,67	**0,81**	0,12	
SSC1. Mon responsable est à l'écoute de mes problèmes professionnels.	0,80	**0,80**	0,41	
SSC4. Mon responsable me manifeste de l'estime.	0,60	**0,66**	0,40	
Composante 2				14,47%
SSC11. Mon responsable m'aide à relativiser quand ça ne va pas.	0,69	0,24	**0,8**	
SSC13. Mon responsable m'aide à arranger mon planning en cas de soucis.	0,63	0,35	**0,79**	
SSC12. Mon responsable m'aide à me sentir intégrer dans mon équipe de travail.	0,66	0,12	**0,79**	
Total				68,87%
Coefficient Alpha de Cronbach		0,84	0,74	

Tableau 12 : Résultat de l'analyse factorielle exploratoire sur l'échelle de la perception du soutien social du manager de proximité (Rotation Varimax, 3 itérations)

Soulignons que la première collecte a été effectuée sur un échantillon de convenance et composite. Sur les 17 items testés, seuls 7 sont correctement représentés sur les 2 composantes et deux items ont une contribution assez « complexe ». Dans cette perspective, nous prenons le risque de conserver l'ensemble des items pour la deuxième collecte dans la mesure où tous les items retenus semblaient importants lors les entretiens exploratoires. Rappelons que cette étape n'est qu'un pré-test afin de mettre en évidence la structure de l'échelle, la fiabilité de l'échelle et afin de vérifier si la structure de l'échelle correspond au modèle exploratoire des comportements de soutien des cadres de santé.

La spécification des composantes est complexe. Nous ne retrouvons pas de « soutien professionnel » ni de « soutien à l'individu ». La première composante englobe un soutien réceptif (d'écoute et d'empathie) et d'estime. La deuxième composante se réfère à un soutien émotionnel (d'aide à relativiser) et instrumental (planning et intégration dans l'équipe).

Concernant la cohérence interne de l'échelle, elle est très satisfaisante. L'alpha de Cronbach de l'échelle est égal à 0,85.

Les résultats de la première collecte ne sont pas surprenants. Nous avons évoqué au chapitre 4 la contingence entre le contexte et les comportements de soutien mobilisés. L'échantillon est composite et les résultats sont certainement influencés par les caractéristiques de l'échantillon.

5.4.3.2 Analyse factorielle exploratoire de l'échelle de la PSSC (deuxième collecte de données)

Le test de Barlett et l'indicateur KMO indiquent que les données sont factorisables (K.M.O.= 0,870, Chi-deux approché = 1018,53, ddl = 45, Signification = ,000). Nous pouvons donc effectuer l'ACP. Les résultats de l'ACP nous ont amené à réaliser à une rotation varimax. Le test de Kaiser nous indique que l'échelle est bifactorielle expliquant près de 68,5% de la variance.

Tous les items « complexes » ont été supprimés pour obtenir une structure factorielle claire. En termes de communauté et de poids, toutes les variables sont satisfaisantes. Le tableau ci-après nous montre que toutes les variables sont correctement représentées (communautés >0,5). Elles sont également toutes liées à un facteur (contribution >0,5) et quasiment uniquement à un facteur.

Structure Factorielle PSSC (Collecte 2)				
Composante et items	**Communauté**	**Poids factoriels**		**Variance en %**
		C1	**C2**	**Réelle**
Composante 1 : Soutien professionnel du cadre de santé				54,8%
SSC4. Mon cadre de santé me manifeste de l'estime	0,78	**0,86**	0,18	
SSC5. Je me sens reconnu(e) par mon cadre de santé	0,77	**0,84**	0,25	
SSC10. Mon cadre de santé et moi-même sommes dans relation de respect mutuel	0,73	**0,84**	0,19	
SSC9. Mon cadre de santé et moi-même sommes en relation de confiance réciproque	0,70	**0,80**	0,26	
SSC8. Mon cadre de santé me rassure sur mes compétences professionnelles	0,64	**0,73**	0,32	
SSC13. Mon cadre de santé m'aide à arranger mon planning en cas de soucis	0,47	**0,62**	0,3	
Composante 2 : Soutien à l'individu du cadre de santé				11,6%
SSC2. Mon cadre de santé est à l'écoute de mes problèmes personnels	0,80	0,17	**0,88**	
SSC14. Mon cadre de santé et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes personnels	0,73	0,25	**0,82**	
SSC3. Mon cadre de santé fait preuve d'empathie à mon égard	0,60	0,38	**0,67**	
Total				68,44%
Coefficient Alpha de Cronbach		0,90	0,79	

Tableau 13 : Résultats de l'analyse factorielle exploratoire sur l'échelle de la perception du soutien social du manager de proximité (Rotation Varimax, 3 itérations)

Concernant la spécification des composantes, nous ne retrouvons pas les trois composantes identifiées lors de l'analyse de contenu de la recherche qualitative. Toutefois, l'échelle à 9 items semble avoir une structure cohérente : 6 items décrivent un soutien professionnel du cadre de santé (estime, reconnaissance, respect, confiance, réassurance sur les compétences et arrangement des plannings) et 3 items se réfèrent à un soutien à l'individu de la part du cadre de santé (écoute et communication sur les problèmes personnels, empathie).

Le soutien professionnel du cadre de santé décrit un soutien d'estime et instrumental tandis que le soutien à l'individu se réfère à la prise en compte des problèmes personnels et l'empathie du cadre de santé.

Concernant la cohérence interne de l'échelle, elle est très satisfaisante. L'alpha de Cronbach de l'échelle est égal à 0,90 ce qui signifie que les items mesurent bien le phénomène. (COMP1= 0,90 ; COMP2 = 0,79).

5.4.3.3 Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle de la PSSC

Les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire menée sur le modèle bidimensionnel à 9 items retenus lors des analyses exploratoires nous obligent à modifier la structure initiale de l'échelle afin d'améliorer les indicateurs d'ajustement et les validités convergente et discriminante de la mesure. L'alternative la plus satisfaisante que nous obtenons est présentée dans l'encadré suivant.

Le modèle initial a donc été re-spécifié afin d'améliorer ses qualités d'ajustement aux observations de l'échantillon. Le modèle correspondant est présenté dans l'annexe N.

Dimension 1 : Soutien professionnel du cadre de santé.

SSC4. Mon cadre de santé me manifeste de l'estime.
SSC5. Je me sens reconnu(e) par mon cadre de santé.
SSC10. Mon cadre de santé et moi-même sommes dans un relation de respect mutuel.
SSC9. Mon cadre de santé et moi-même sommes en relation de confiance réciproque.
SSC8. Mon cadre de santé me rassure sur mes compétences professionnelles.
SSC13. Mon cadre de santé m'aide à arranger mon planning en cas de soucis.

Dimension 2 : Soutien à l'individu du cadre de santé.

SSC2. Mon cadre de santé est à l'écoute de mes problèmes personnels.
SSC14. Mon cadre de santé et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes personnels.

Encadré 2 : Echelle de la perception du soutien social du cadre de santé après analyse factorielle confirmatoire

Les résultats de cette analyse factorielle confirmatoire sont présentés dans le tableau ci-après. Ces derniers montrent que le modèle a de très bons niveaux de fiabilité et de validité convergente. Les résultats concernant la qualité d'ajustement sont très satisfaisants GFI, NFI, TLI, CFI) à l'exception de la probabilité associée au Chi2 et le RMSEA (0,12).

Dans la mesure où il s'agit d'une mesure exploratoire et du fait que les différents modèles testés ne nous permettent pas de proposer une mesure de meilleure qualité, nous conservons cette structure pour l'étape du test des hypothèses.

	Dimension 1 : Soutien professionnel	Dimension 2 : Soutien à l'individu
Fiabilité Rhô de Joreskog	0,98	0,88
Indicateurs d'ajustement absolus		
Chi2 (probabilité associée)	66,890 (0,000)	
GFI	0,909	
RMSEA (valeur min-valeur max)	0,12 (0,09-0,15)	
Indicateurs d'ajustement incrémental		
NFI	0,92	
TLI	0,91	
CFI	0,94	
Rhô de validité convergente	0,92	0,8
Validité discriminante	0,59	

Tableau 14 : Résultats des analyses factorielles confirmatoires sur l'échelle de la perception du soutien social du cadre de santé

La validité discriminante n'est pas satisfaisante car la corrélation entre les deux facteurs est supérieure à 0,5. Ce résultat confirme les difficultés d'opérationnalisation du soutien social.

Nous considérons sur la base des entretiens exploratoires, qu'il existe un soutien professionnel et un soutien à l'individu du cadre de santé. Que le soutien à l'individu soit valorisé ou non par les parties de l'échange, ce soutien existe. Nous ne souhaitons donc pas occulter la deuxième dimension « soutien à l'individu » car nous estimons qu'elle est importante.

Pour tester les hypothèses de la recherche, nous avons sélectionné une méthode de régression spécifique que nous justifierons et présenterons dans le chapitre suivant. La mesure du soutien social perçu par rapport aux cadres de santé n'est donc pas très satisfaisante car les deux dimensions ne se discriminent pas bien. Il peut s'agir d'une

mauvaise formulation des items. Il est vrai que nous n'avons pas caractérisé objectivement le soutien professionnel et le soutien individuel. Peut-être qu'il existe une variable de second ordre.

Nous avons aussi mis évidence dans le chapitre précédent la complexité de la frontière existant entre les deux types de soutien. Cette complexité semble être mise en évidence par les difficultés de mesure.

5.4.4 *DEVELOPPEMENT DE L'ECHELLE DE LA PSSE*

Les structures factorielles du soutien perçu par rapport à l'équipe sont différentes pour les deux collectes de données. Ce résultat semble confirmer la contingence entre l'opérationnalisation du construit, le terrain de recherche et la population étudiée.

L'épuration de l'échelle du soutien au travail de l'équipe nous amène à choisir une structure de mesure unidimensionnelle. Les différentes étapes de cette purification sont présentées dans les points suivants.

5.4.4.1 Analyse factorielle exploratoire de l'échelle de la PSSE (première collecte de données)

Le test de Barlett et l'indicateur KMO indiquent que les données sont factorisables (K.M.O.= 0,843, Chi-deux approché = 299,3, ddl = 21, Signification = ,000).
La rotation oblimin montre une faible corrélation entre les dimensions. Nous avons donc procédé à une rotation varimax.

Les résultats de l'ACP nous ont amené à réaliser à une rotation varimax. Le test de Kaiser nous indique que l'échelle est bifactorielle expliquant près de 69,5% de la variance.

Tous les items « complexes » ont été supprimés pour obtenir une structure factorielle claire. En termes de communauté et de poids, toutes les variables sont satisfaisantes.

Le tableau ci-après nous montre que toutes les variables sont correctement représentées (communautés >0,5). Elles sont également toutes liées à un facteur (contribution >0,5) et quasiment uniquement à un facteur, à l'exception de l'item SSE11 dont la contribution est assez élevée sur la composante 1.

Structure Factorielle PSSE (Collecte 1)				
Composante et items	**Communauté**	**Poids factoriels**		**Variance en %**
		C1	**C2**	**Réelle**
Composante 1 : Soutien professionnel de l'équipe				54%
SSE4. Mon équipe me manifeste de l'estime	0,75	**0,86**	0,13	
SSE10. Mon équipe et moi-même sommes dans une relation de respect mutuel	0,73	**0,83**	0,27	
SSE5. Je me sens reconnu(e) par mon équipe	0,76	**0,76**	0,4	
SSE8. Mon équipe me rassure sur mes compétences professionnelles	0,73	**0,85**	0,13	
Composante 2 : Soutien à l'individu de l'équipe				15,5%
SSE13. Mon équipe m'aide à arranger mon planning en cas de soucis	0,64	0,04	**0,8**	
SSE14. Mon équipe et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes personnels	0,64	0,26	**0,76**	
SSE11. Mon équipe m'aide à relativiser quand ça ne va pas	0,60	0,39	**0,67**	
Total				69,5%
Coefficient Alpha de Cronbach		0,88	0,68	

Tableau 15 : Résultats de l'analyse factorielle exploratoire sur l'échelle de la perception du soutien social des membres de l'équipe (Rotation Varimax, 3 itérations)

La structure factorielle semble claire : 4 items se réfèrent à un soutien professionnel de l'équipe et 3 items caractérisent un soutien à l'individu de la part de l'équipe.

La cohérence interne de cette échelle à 7 items est très satisfaisante : l'alpha de Cronbach est égal à 0,84 (αCOMP1=0,88; αCOMP2=0,68). La cohérence interne de la deuxième composante est plus faible. Dans la mesure où cette étape demeure un pré-test et que les 17 items formulés semblaient être importants dans l'analyse de contenu des entretiens exploratoires, nous conservons l'ensemble des items pour la deuxième collecte.

5.4.4.2 Analyse factorielle exploratoire de l'échelle de la PSSE (deuxième collecte de données)

Le test de Barlett et l'indicateur KMO indiquent que les données sont factorisables (K.M.O.= 0,9, Chi-deux approché = 937,97, ddl = 36, Signification = ,000).

La rotation oblimin fait ressortir une corrélation élevée entre les dimensions de l'échelle (corrélation au moins de l'ordre de 0.3). Par conséquent, nous avons procédé à plusieurs

rotations (CF. Annexes) afin d'obtenir une structure factorielle claire et unidimensionnelle. Le tableau ci-après illustre la structure factorielle retenue. Toutes les variables ont une contribution élevée (>0,5) sur la composante retenue.

Structure Factorielle PSSE (Collecte 2)			
Composante et items	**Communauté**	**Poids factoriels**	**Variance en %**
		C1	**Réelle**
Composante 1 : Soutien social de l'équipe			
SSE7. Mon équipe m'encourage dans les moments difficiles	0,73	**0,85**	
SSE11. Mon équipe m'aide à relativiser quand ça ne va pas	0,69	**0,83**	
SSE14. Mon équipe et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes personnels	0,63	**0,79**	
SSE6. Mon équipe me protège en cas de coup dur	0,59	**0,77**	
SSE4. Mon équipe me manifeste de l'estime	0,58	**0,76**	
SSE8. Mon équipe me rassure sur mes compétences professionnelles	0,58	**0,76**	
SSE5. Je me sens reconnu(e) par mon équipe de travail	0,55	**0,74**	
SSE13. Mon équipe m'aide à arranger mon planning en cas de soucis	0,55	**0,74**	
Total			61,3%
Coefficient Alpha de Cronbach		0,91	

Tableau 16 : Résultats de l'analyse factorielle exploratoire sur l'échelle de la perception du soutien social des membres de l'équipe (Rotation Varimax, 3 itérations)

La composante retenue fait ressortir les aspects professionnels et liés à l'individu du soutien de social de l'équipe. Le soutien de l'équipe est un soutien de reconnaissance (estime, reconnaissance, réassurance sur les compétences professionnelles), un soutien émotionnel (aide à relativiser, communication sur les problèmes personnels, encouragements dans les moments difficiles) et instrumental (arrangement des plannings).

La cohérence interne est très satisfaisante, l' α de Cronbach de la composante est égal à 0,91, soulignant la cohérence entre les items de l'échelle du soutien au travail de l'équipe.

5.4.4.3 Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle de la PSSE

Les résultats concernant le modèle du soutien social de l'équipe retenu lors des analyses exploratoires présentent de bonnes qualités d'ajustement, et de très bons indices de fiabilité et de validité. Ces derniers sont présentés dans le tableau suivant :

	Dimension 1
Fiabilité Rhô de Joreskog	0,98
Indicateurs d'ajustement absolus	
Chi2 (probabilité associée)	30,08 (0,007)
GFI	0,95
RMSEA (valeur min-valeur max)	0,08 (0,04-0,12)
Indicateurs d'ajustement incrémental	
NFI	0,95
TLI	0,96
CFI	0,97
Rhô de validité convergente	0,92

Tableau 17 : Résultats des analyses factorielles confirmatoires sur l'échelle de la perception du soutien de l'équipe

La section suivante est consacrée à la présentation des résultats concernant la purification des échelles existantes. Nous présentons successivement les résultats des analyses factorielles menées sur les variables endogènes du modèle (épuisement professionnel et implication organisationnelle) et sur les variables endogènes (exigences du travail, conflit travail-famille/conflit famille-travail, tensions de rôle).

5.5 DEVELOPPEMENT DES ECHELLES DE MESURE EXISTANTES

Dans la deuxième section de ce chapitre, nous avons présenté les échelles de mesure sélectionnées pour le test des hypothèses de la recherche.

Toutes ces échelles ont été soumises aux mêmes analyses utilisées pour la création des échelles du soutien social perçu. Pour chaque échelle, nous présentons successivement les résultats concernant leur structure factorielle, leur fiabilité et leur validité.

Pour chaque échelle, nous présentons d'abord les résultats des ACP exploratoires, puis les résultats des AFC (Analyses factorielles confirmatoires). Les analyses factorielles confirmatoires sont réalisées à partir des échelles purifiées au stade des analyses factorielles réalisées. Pour chaque dimension, nous présentons la valeur des indices obtenus pour les modèles de mesure retenus.

5.5.5 *PURIFICATION DE L'ECHELLE DU BURNOUT*

Les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires confirment la tridimensionnalité de l'épuisement professionnel. La dimension se référant à l'épuisement émotionnel est la plus importante dans l'explication du phénomène.

5.5.5.1 Analyse factorielle exploratoire de l'échelle de mesure du burnout

Le test de Barlett et l'indicateur KMO indiquent que les données sont factorisables (K.M.O.= 0,79, Chi-deux approché = 933,711, ddl = 91, Signification = ,000). Nous pouvons donc effectuer l'ACP.

La structure est composée de trois dimensions et explique 60,6% de la variance.

La rotation oblimin ne montre pas de corrélation importante entre les dimensions (corrélation au moins de l'ordre de 0.3). Par conséquent, nous avons procédé à une rotation varimax : la répartition des items sur les trois dimensions est claire. En termes de communauté et de poids, toutes les variables sont satisfaisantes.

La première composante caractérise l'épuisement émotionnel (6 items), la deuxième composante particularise l'accomplissement personnel (5 items) et la troisième dimension détermine la dépersonnalisation (3 items).

Les items rattachés aux trois dimensions sont tous correctement représentés (communauté > 0,5) et tous les items sont bien liés à une seule dimension (poids factoriel > 0,5).

La cohérence de l'échelle est satisfaisante (α = 0,8), indiquant que les items sont correctement corrélés à l'échelle. L'α de Cronbach de la dimension « épuisement émotionnel » est très satisfaisant (valeur très proche de 0,9). Toutefois, nous remarquons que les α de Cronbach des dimensions « accomplissement personnel » et « dépersonnalisation » sont faibles (proche de 0,75) compte tenu du fait qu'il s'agisse d'une mesure « à caractère confirmé ».

Structure Factorielle BURNOUT					
Composante et variables	**Communauté**	**Poids factoriels**			**Variance en % Réelle**
		C1	C2	C3	
Composante I : Epuisement émotionnel					29,80%
EP1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0,74	**0,85**	0,03	0,11	
EP2. Je me sens "à bout" à la fin de ma journée de travail	0,73	**0,85**	-0,03	0,12	
EP5. Je sens que craque à cause de mon travail	0,66	**0,81**	0,01	-0,03	
EP6. Je me sens frustré(e) par mon travail	0,6	**0,75**	0,16	0,03	
EP3. Je me sens fatiguée lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0,62	**0,77**	0,04	0,16	
EP7. Je sens que je travaille trop dur	0,52	**0,72**	0,00	0,06	
Composante II : Accomplissement personnel.					17,10%
AP5R. J'arrive à créer un atmosphère détendue avec les patients	0,62	0,03	**0,76**	-0,19	
AP6R. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche des patients	0,56	-0,15	**0,73**	0,10	
AP1R. Je peux comprendre facilement ce que les patients ressentent	0,57	0,05	**0,72**	0,22	
AP2R. Je m'occupe efficacement des problèmes des patients	0,47	0,02	**0,68**	0,03	
AP4R. Je me sens plein(e) d'énergie	0,41	0,29	**0,57**	-0,07	
Composante III : Dépersonnalisation.					13,80%
D3. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0,73	0,10	-0,02	**0,85**	
D2. Je suis devenu(e) plus insensible au gens depuis que j'ai ce travail	0,74	0,20	0,02	**0,84**	
D4. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains patients	0,53	0,03	0,07	**0,73**	
TOTAL					60,60%
Coefficient alpha de Cronbach		0,88	0,73	0,76	

Tableau 18 : Résultats de l'analyse factorielle exploratoire sur l'échelle du burnout (Rotation Varimax, 4 itérations)

5.5.5.2 Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle de mesure du burnout

Les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire menée sur le modèle tridimensionnel à 14 items retenus lors des analyses exploratoires nous obligent à modifier la structure initiale de l'échelle afin d'améliorer les indicateurs d'ajustement et les validités convergente et discriminante de la mesure. L'alternative la plus satisfaisante que nous obtenons est présentée dans l'encadré suivant (Encadre 5.N)

Le modèle initial a donc été re-spécifié afin d'améliorer ses qualités d'ajustement aux observations de l'échantillon.

Dimension 1 : Epuisement émotionnel.

EE1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.
EE2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail.
EE5. Je sens que je craque à cause de mon travail.
EE3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.
EE6. Je me sens frustré(e) par mon travail.
EE7. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail.

Dimension 2 : Accomplissement personnel.

AP5R. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec les patients.
AP6R. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche des patients.
AP1. Je peux comprendre facilement ce que les patients ressentent.

Dimension 2 : Dépersonnalisation.

D3. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.
D2. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.

Encadré 3 : Echelle de mesure du burnout après analyse factorielle confirmatoire

Les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire sont présentés dans le tableau ci-après. Ces derniers montrent que le modèle retenu a de très bons niveaux de fiabilité et de validité convergente. Les résultats concernant la qualité d'ajustement sont très

satisfaisants (GFI, NFI, TLI, CFI) à l'exception de la probabilité associée au Chi2.

La validité convergente est très satisfaisante pour les dimensions relatives à l'épuisement émotionnel et à l'accomplissement professionnel.

La validité convergente de la dimension singularisant la dépersonnalisation est acceptable (0,5). Toutefois, cette valeur n'est pas aussi élevée que pour les autres dimensions, ce facteur ne partage que 57% de variance avec les items qui lui sont rattachés.

	Dimension 1 : Epuisement émotionnel	**Dimension 2 : Accomplissement personnel**	**Dimension 3: Dépersonnalisation**
Fiabilité Rhô de Joreskog	0,95	0,8	0,69
Indicateurs d'ajustement absolus			
Chi2 (probabilité associée)	61,8 (0,001)		
GFI	0,93		
RMSEA (valeur min-valeur max)	0,07 (0,04-0,10)		
Indicateurs d'ajustement incrémental			
NFI	0,91		
TLI	0,93		
CFI	0,95		
Rhô de validité convergente	0,8	0,81	0,54
Validité discriminante	EE-AP = 0,006 ; AP-D = 0,072 ; EP-D = 0,272		

Tableau 19 : Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire sur l'échelle du burnout

Les analyses confirmatoire menées sur l'échelle du burnout nous permettent d'obtenir un modèle de mesure du phénomène en adéquation avec la conceptualisation de ses auteurs et les observations de la recherche.

La re-spécification du modèle lors des analyses confirmatoires nous permet d'obtenir une mesure tridimensionnelle. Les dimensions « épuisement émotionnel » et « accomplissement personnel » présentent de très bonnes valeurs concernant leur fiabilité, leur validité convergente et leur validité discriminante.

La fiabilité et la validité de la dimension « dépersonnalisation » sont acceptables mais demeurent un peu faibles (Rhô de fiabilité = 0,7 ; Rhô de validité convergente = 0,54).

L'épuisement émotionnel est la dimension la plus importante et 6 items sont conservés après les étapes de purification. C

Les résultats concernant la purification de la mesure de l'implication organisationnelle sont présentés dans la section suivante.

5.5.6 *PURIFICATION DE L'ECHELLE DE L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE*

Les analyses factorielles exploratoire et confirmatoire de la mesure confirme la structure tridimensionnelle de l'échelle de mesure de l'implication organisationnelle.

5.5.6.1 Analyse factorielle exploratoire de l'échelle de mesure de l'implication organisationnelle

Le test de Barlett et l'indicateur KMO indiquent que les données sont factorisables (K.M.O.= 0,712, Chi-deux approché = 1503,254, ddl = 153, Signification = ,000). Nous pouvons donc effectuer l'ACP.

La structure est composée de trois dimensions et explique 63,27% de la variance. La rotation oblimin ne montre pas de corrélation importante entre les dimensions (corrélation au moins de l'ordre de 0.3).

Par conséquent, nous avons procédé à une rotation varimax : la répartition des items sur les trois dimensions est claire. Les items se rattachant de manière complexes à au moins deux composantes ont été supprimés.

La première composante englobe les items de mesure de l'implication normative (5 items). La deuxième composante caractérise l'implication calculée (4 items) et la troisième composante se réfère à l'implication affective (3items).

La cohérence interne de l'échelle est satisfaisante (α = 0,82). L'α de Cronbach de la première composante « implication normative » est très satisfaisant (α = 0,82). L'α de Cronbach de la dimension « implication calculée » est satisfaisant (proche de 0,8), tandis que l' α de Cronbach de la dimension « implication affective » est un peu faible (0,7) compte tenu du caractère confirmatoire de la mesure.

En termes de communauté et de poids, toutes les variables sont satisfaisantes.

Structure Factorielle IMPLICATION ORGANISATIONNELLE					
Composante et variables	**Communauté**	**Poids factoriels**			**Variance en % Réelle**
		C1	C2	C3	
Composante I : Implication normative					34,32%
IN4. L'hôpital mérite ma loyauté	0,71	**0,83**	-0,06	-0,12	
IN5. Je ne quitterais pas l'hôpital pour le moment car j'éprouve un sentiment d'obligation envers les gens qui en font partie	0,75	**0,82**	0,16	0,21	
IN3. J'éprouverais de la culpabilité si je quittais l'hôpital maintenant	0,59	**0,72**	0,20	0,20	
IN6. Je dois beaucoup à l'hôpital	0,54	**0,70**	0,01	0,31	
IN2. Même si c'était à mon avantage, je ne me sentirais pas le droit de quitter l'hôpital maintenant	0,57	**0,63**	0,40	0,16	
Composante II : Implication calculée					16,50%
IC4. Je pense avoir trop peu de possibilités pour envisager de quitter l'hôpital	0,74	0,06	**0,85**	0,05	
IC5. Une des conséquences négatives de mon départ de l'hôpital serait le manque de solutions de rechange possible	0,67	0,04	**0,82**	-0,20	
IC3. En ce moment, rester à l'hôpital est un problème qui relève autant de la nécessité que du désir	0,57	0,23	0,72	0,02	
IC1. Il me serait très difficile de quitter l'hôpital en ce moment, même si je le voulais	0,50	0,05	**0,65**	0,26	
Composante III : Implication affective					12,50%
IA6R. Je ne ressens pas un fort sentiment d'appartenance à l'hôpital	0,73	0,12	0,04	**0,85**	
IA3R. Je ne me considère pas comme un "membre de la famille" dans l'hôpital	0,70	0,07	0,12	**0,83**	
IA5. L'hôpital a pour moi beaucoup de signification personnelle	0,51	0,33	0,08	**0,83**	
TOTAL					63,30%
Coefficient alpha de Cronbach		0,82	0,78	0,71	

Tableau 20 : Structure factorielle de l'implication organisationnelle retenue (Rotation Varimax, 4 itérations)

5.5.6.2 Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle de mesure de l'implication organisationnelle

L'analyse factorielle confirmatoire menée sur les items sélectionnés après les ACP exploratoires fait ressortir des valeurs médiocres pour les indicateurs d'ajustement (GFI, NFI, TLI) et un RMSEA au dessus de la norme acceptable.

Nous avons donc re-spécifier le modèle de mesure de l'implication organisationnelle afin d'obtenir un modèle de mesure plus en adéquation avec les données de la recherche.

Dimension 1 : Implication normative.

IN3. J'éprouverais un sentiment de culpabilité si je quittais l'hôpital maintenant.
IN4 : L'hôpital mérite ma loyauté.
IN5 : Je ne quitterai pas l'hôpital pour le moment car j'éprouve un sentiment d'obligation envers les gens qui en font partie.

Dimension 2 : Implication calculée.

IC4 : Je pense avoir trop peu de possibilités pour quitter l'hôpital.
IC5 : Une des conséquences négatives de mon départ serait le manque de solutions de rechange possibles.

Dimension 3 : Implication affective.

IA3R : Je ne me considère pas comme un « membre de la famille » dans l'hôpital.
IA6R. Je ne ressens pas un fort sentiment d'appartenance à l'hôpital.

Encadré 4 : Echelle de mesure de l'implication retenue après épuration

L'ajustement du modèle est bon (le GFI, le NFI, le TLI, le CFI sont >0,9) et le RMSEA indique un excellent ajustement du modèle de mesure.

La fiabilité des trois composantes de l'implication organisationnelle est très satisfaisante (Rhô implication normative = 0,9 ; Rhô implication calculée = 0,8 ; Rhô implication affective = 0,9).

Nous remarquons que la validité convergente des dimensions se référant à l'implication

normative et à l'implication affective sont très bonnes (Rhô validité convergente « implication normative » = 0,8 ; Rhô validité convergente « implication affective » = 0,8).

	Dimension 1 : Implication normative	**Dimension 2 : Implication calculée**	**Dimension 3: Implication affective**
Fiabilité Rhô de Joreskog	0,92	0,79	0,88
Indicateurs d'ajustement absolus			
Chi2 (probabilité associée)	6,8 (0,001)		
GFI	0,96		
RMSEA (valeur min-valeur max)	0,28 (0,00-0,10)		
Indicateurs d'ajustement incrémental			
NFI	0,94		
TLI	0,94		
CFI	0,96		
Rhô de validité convergente	0,8	0,66	0,79
Validité discriminante	IN-IC = 0,187 ; IC-IA = 0,075 ; IN-IA = 0,349		

Tableau 21 : Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire sur l'échelle de l'implication organisationnelle

La section suivante est consacrée à la présentation des résultats concernant l'épuration de l'échelle de mesure des exigences du travail.

5.5.7 *PURIFICATION DE L'ECHELLE DE MESURE DES EXIGENCES DU TRAVAIL*

Le test de Barlett et l'indicateur KMO indiquent que les données sont factorisables (K.M.O.= 0,762, Chi-deux approché = 235,8, ddl = 6, Signification = ,000). La structure factorielle est unidimensionnelle et explique 63,6% de la variance.

L'item 5 « *Je ne reçois pas de demandes contradictoires* » a été supprimé du fait de sa mauvaise représentation (communauté = 0,07).

Le tableau ci-après nous montre que les quatre variables sont correctement représentées, à l'exception d'EX4R dont la communauté dépasse tout juste le seuil acceptable (0,4). Les variables sont toutes correctement liées à la composante retenue (contribution >0,5).
La cohérence interne de l'échelle est très satisfaisante (α de Cronbach = 0,8).

Structure Factorielle Exigences du travail			
Composante et items	**Communauté**	**Poids factoriels C1**	**Variance en % Réelle**
Composante 1			
EX3. On me demande de faire trop de travail	0,71	**0,84**	
EX2. Mon travail exige que je travaille très dur	0,71	**0,84**	
EX1. Mon traval exige que je travaille très vite	0,70	**0,83**	
EX4R. J'ai assez de temps pour faire mon travail.	0,42	**0,65**	
Total			63,6%
Coefficient Alpha de Cronbach		0,79	

Tableau 22 : Structure factorielle des exigences du travail après l'ACP

Pour améliorer la cohérence interne de l'échelle de mesure, nous avons supprimé l'item EX4R. L'alpha de Cronbach de l'échelle est alors égal à 0,82.

HAIR et al. [460] (1998) suggèrent un nombre minimum de trois indicateurs par variable latente afin de parvenir à une mesure « complète ». Cependant, les analyses factorielles confirmatoires ne peuvent pas être effectuées sur une échelle à trois items AMOS ne permet d'apprécier les indices d'ajustement que pour les variables mesurées par 4 items et plus.

[460] HAIR J.F., ANDERSON R.E., TATHAM R.L., BLACK W.C., (1998), *Multivariate Data Analysis*, 5th edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, N.J.

La structure factorielle retenue pour le test des hypothèses est présentée dans l'encadré n°5 :

Dimension 1 : Exigences du travail

EX1. On me demande de faire trop de travail.

EX2. Mon travail exige que je travaille très dur.

EX3. Mon travail exige que je travaille très vite.

Encadré 5 : Echelle de mesure des exigences du travail après épuration

5.5.8 *PURIFICATION DE L'ECHELLE DE MESURE DES CONFLITS ENTRE LA VIE PROFESSIONNELLE ET LA VIE FAMILIALE*

Les analyses factorielles menées sur l'échelle confirment la bidimensionnalité de la mesure.

5.5.8.1 Analyse factorielle exploratoire de l'échelle de mesure des conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale

Le test de Barlett et l'indicateur KMO indiquent que les données sont factorisables (K.M.O.= 0,747, Chi-deux approché = 583,305, ddl = 45, Signification = ,000). Nous pouvons donc effectuer l'ACP.

La structure est bidimensionnelle et restitue 56,63% de la variance. Nous remarquons que la variance expliquée est un peu en dessous du seuil acceptable recommandé par MALHOTRA[461] et al. (2004). Ces auteurs recommandent que les facteurs extraits comptent pour au moins 60% de la variance totale. Toutefois, si nous nous intéressons au critère de la valeur propre, les deux composantes extraites ont une valeur propre supérieure à 1.

La rotation oblimin ne montre pas de corrélation importante entre les dimensions (corrélation au moins de l'ordre de 0.3). Par conséquent, nous avons procédé à une

[461] MALHOTRA N., DECAUDIN J.M., BOUGUERRA A., (2004), *Etudes Marketing avec SPSS, 4ème édition*, Pearson Education

rotation varimax : la répartition des items sur les deux dimensions est claire. En termes de communauté et de poids, toutes les variables sont satisfaisantes. La première composante particularise le conflit travail – famille (5 items) et la deuxième composante détermine le conflit famille – travail (5 items).

La cohérence interne de l'échelle est acceptable, l' α de Cronbach est de 0,7. La cohérence interne de la composante « conflit travail-famille » est très satisfaisante (αCOMP1= 0,84) et qαCOMP2 = 0,75).

Structure Factorielle CTF/CFT				
Composante et items	**Communauté**	**Poids factoriels**		**Variance en %**
		C1	**C2**	**Réelle**
Composante 1: conflit travail - famille				30,72%
CTF2. Mon travail m'empêche d'avoir une vie harmonieuse	0,68	**0,82**	0,03	
CTF3. Mon travail m'empêche de faire tout ce que j'aimerais faire chez moi	0,65	**0,80**	-0,09	
CTF1. Ma vie professionnelle empiète sur ma vie privée	0,61	**0,78**	-0,09	
CTF5 Il y a un conflt entre mon travail et mes responsabilités familiales.	0,57	**0,76**	0,04	
CTF4. Il me faut souvent renoncer à des moments importants de la vie de famille à cause de mon travail.	0,57	**0,75**	0,1	
Composante 2				25,9%
CFT3. Je n'arrive pas à accomplir certaines tâches que mon travail implique à cause des sollicitations de ma famille	0,65	0,01	**0,81**	
CFT4. Ma vie familiale empiète sur ma vie professionnelle, m'empêchant d'arriver au travail à l'heure, d'accomplir mes tâches quotidiennes et faire des heures supplémentaire	0,59	0,09	**0,76**	
CFT1. Ma vie familiale empiète sur ma vie professionnelle	0,52	-0,06	**0,72**	
CFT5. Mes collègues de travail n'apprécient pas que je sois aussi souvent préoccupé par ma vie de famille.	0,41	-0,01	**0,64**	
CFT2. Il me faut parfois m'absenter du travail pour pouvoir assumer mes responsabilités familiales.	0,40	-0,02	**0,63**	
Total				56,63%
Coefficient Alpha de Cronbach		0,84	0,75	

Tableau 23 : Structure factorielle des conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale (rotation VARIMAX, 3 itérations)

5.5.8.2 Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle de mesure des conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale

L'analyse factorielle confirmatoire menée sur les items sélectionnés après les ACP exploratoires fait ressortir un mauvais ajustement du modèle de mesure aux observations.

Nous avons donc re-spécifié le modèle de mesure des conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale afin d'améliorer les indicateurs d'ajustement, la fiabilité et la validité de la mesure.

Dimension 1 : Conflit travail famille

CTF1 : Ma vie professionnelle empiète sur ma vie privée.
CTF2 : Mon travail m'empêche d'avoir une vie harmonieuse.
CTF3 : Mon travail m'empêche de faire tout ce que j'aimerais faire chez moi.
CTF5 : Il y a un conflit entre mon travail et mes responsabilités familiales.

Dimension 2 : Conflit famille travail.

CFT1 : Ma vie familiale empiète sur ma vie professionnelle.
CFT2 : Il me faut parfois m'absenter du travail pour pouvoir assumer mes responsabilités familiales.
CFT3 : Je n'arrive pas à accomplir certaines tâches que mon travail implique à cause des sollicitations de ma famille.
CFT4 : Ma vie familiale empiète sur ma vie professionnelle, m'empêchant d'arriver au travail à l'heure, d'accomplir mes tâches quotidiennes et de faire des heures supplémentaire.
CFT5 : Mes collègues n'apprécient pas que je sois aussi souvent préoccupé(e) par ma vie de famille .

Encadré 6 : Echelle de mesure des conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale retenue après épuration

Les indicateurs d'ajustement sont très satisfaisants (GFI, NFI, TLI et CFI > 0,9 et RMSEA > 0,08). La fiabilité des deux composantes est très élevée (rhô de fiabilité « conflit travail-famille » = 0,95 et rhô de fiabilité « conflit famille-travail » = 0,98). La validité convergente et la validité discriminante des composantes sont également très satisfaisantes.

	Dimension 1 : Conflit travail-famille	**Dimension 2 : Conflit famille-travail**
Fiabilité Rhô de Joreskog	0,95	0,98
Indicateurs d'ajustement absolus		
Chi2 (probabilité associée)	45,2 (0,011)	
GFI	0,95	
RMSEA (valeur min-valeur max)	0,067 (0,031 - 0,097)	
Indicateurs d'ajustement incrémenta		
NFI	0,91	
TLI	0,94	
CFI	0,96	
Rhô de validité convergente	0,84	0,92
Validité discriminante	-0,016	

Tableau 24 : Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire sur l'échelle des conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale

5.5.9 *PURIFICATION DE L'ECHELLE DE MESURE DES TENSIONS DE ROLE*

5.5.9.1 L'analyse factorielle exploratoire de l'échelle de mesure des conflits et de l'ambiguïté de rôle

Les deux étapes relatives à la purification de la mesure font ressortir la bidimensionnalité de l'échelle des tensions de rôle. Le test de Barlett et l'indicateur KMO indiquent que les données sont factorisables (K.M.O.= 0,74(, Chi-deux approché = 551,079, ddl = 55,

Signification = ,000). Nous pouvons donc effectuer l'ACP. La structure est composée de deux dimensions et explique 51,63% de la variance. Notons que la variance expliquée est bien en dessous du seuil acceptable recommandé par MALHOTRA462 et al. (2004). Toutefois, si nous nous intéressons au critère de la valeur propre, les deux composantes extraites ont une valeur propre supérieure à 1. Les items complexes à interprétés ont été supprimés. La rotation oblimin ne montre pas de corrélation importante entre les dimensions (corrélation au moins de l'ordre de 0.3). Par conséquent, nous avons procédé à une rotation varimax : la répartition des items sur les deux dimensions est claire. En termes de communauté et de poids, toutes les variables sont satisfaisantes. La première composante particularise le conflit de rôle (6 items) et la deuxième composante se réfère à l'ambiguïté de rôle (5 items). La cohérence interne de l'échelle est acceptable, l' α de Cronbach est de 0,75. La cohérence interne de la composante « conflit de rôle » est très satisfaisante (αCOMP1= 0,8) et la cohérence interne de la composante « ambigüité de rôle » est proche de 0,8.

[462] MALHOTRA N., DECAUDIN J.M., BOUGUERRA A., (2004), *Etudes Marketing avec SPSS, 4ème édition*, Pearson Education

Structure Factorielle Tensions de rôle				
Composante et items	**Communauté**	**Poids factoriels**		**Variance en %**
		C1	**C2**	**Réelle**
Composante 1: Conflit de rôle				29,3%
CR12. On m'attribue une tâche sans les ressources et le matériel adéquats pour l'éxécuter	0,66	**0,81**	-0,03	
CR14. Je dois travailler sur des choses que j'estime peu importantes	0,57	**0,75**	-0,01	
CR11. Je fais des choses susceptibles d'être acceptées par les une et non acceptées par les autres	0,61	**0,78**	-0,09	
CR7. Je dois aller à l'encontre des règles et des politiques pour accomplir mes tâches	0,47	**0,68**	-0,08	
CR10. Je reçois des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes	0,47	**0,68**	0,12	
CTF4. Il me faut souvent renoncer à des moments importants de la vie de famille à cause de mon travail.	0,57	**0,75**	0,1	
Composante 2 : Ambiguité de rôle				22,37%
CR6R. Mes reponsabilités sont clairement définies	0,68	0,14	**0,81**	
CR2R. Mon emplois comporte des objectifs clairs et planifiés	0,53	0,07	**0,73**	
CR9R. Je sais exactement ce qu'on attend de moi	0,55	-0,16	**0,72**	
CR13R. Les explications de ce que je dois faire sont claires	0,52	-0,20	**0,7**	
CR4R. Je sais que j'ai bien réparti mon temps	0,40	-0,06	**0,63**	
Total				51,63%
Coefficient Alpha de Cronbach		0,79	0,77	

Tableau 25 : Structure factorielle de s tensions de rôles retenue (Rotation Varimax, 4 itérations)

5.5.9.2 L'analyse factorielle confirmatoire de l'échelle des conflits et de l'ambiguïté de rôle

L'analyse factorielle confirmatoire de l'échelle de mesure des conflits de rôle et de l'ambiguïté de rôle. L'analyse factorielle confirmatoire menée sur les 11 items sélectionnés après les ACP exploratoires fait ressortir un mauvais ajustement du modèle de mesure aux observations.

Nous avons donc re-spécifié le modèle de mesure des conflits de rôle et de l'ambigüité pour que un meilleur ajustement de la mesure aux observations.

Dimension 1 : Conflit de rôle

CR12. On m'attribue des tâches sans les ressources et le matériel adéquats pour l'exécuter.

CR14. Je dois travailler sur des choses que j'estime peu importantes.

CR11. Je fais des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et pas par les autres.

CR7. Je dois aller à l'encontre des règles ou des politiques pour accomplir mes tâches.

CR10. Je reçois des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes.

Dimension 2 : Ambiguïté de rôle

AR6R. Mes responsabilités sont clairement définies.

AR2R. Mon travail comporte des objectifs clairs et planifiés.

AR3R. Je sais exactement ce qu'on attend de moi.

Encadré 7 : Echelle de mesure de s tensions de rôle retenue après épuration

Les indicateurs d'ajustement sont très satisfaisants (GFI, NFI, TLI et CFI > 0,9 et RMSEA > 0,08). La fiabilité des deux composantes est très élevée (rhô de fiabilité « conflits de rôle » = 0,95 et rhô de fiabilité « ambiguïté de rôle » = 0,87). La validité convergente et la validité discriminante des composantes sont également très satisfaisantes.

	Dimension 1 : Conflit de rôle	**Dimension 2 : Ambiguité de rôle**
Fiabilité Rhô de Joreskog	0,95	0,87
Indicateurs d'ajustement absolus		
Chi2 (probabilité associée)	29,3 (0,061)	
GFI	0,96	
RMSEA (valeur min-valeur max)	0,056 (0,00-0,09)	
Indicateurs d'ajustement incrémenta		
NFI	0,92	
TLI	0,95	
CFI	0,97	
Rhô de validité convergente	0,79	0,72
Validité discriminante	0,061	

Tableau 26 : Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire sur l'échelle tensions de rôle

CONCLUSION DU CHAPITRE 5

Les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires des différentes échelles nous ont permis de tester, de vérifier leur dimensionnalité, et l'ajustement des modèles de mesure aux données. Globalement la qualité des mesures est très satisfaisante.

La précision des modèles a porté à la fois sur les variables à expliquer et les variables explicatives. Concernant les variables à expliquer, pour mesurer l'épuisement professionnel, nous conservons une structure tridimensionnelle (épuisement émotionnel, accomplissement personnel, dépersonnalisation). Il en est de même pour l'implication organisationnelle (implication affective, implication calculée, implication normative). Concernant les variables explicatives, nous testons les (1) exigences du travail, (2) le conflit travail-famille, (3) le conflit famille-travail, (4) le conflit de rôle, (5) l'ambiguïté de rôle.

Les mesures relatives à la perception du soutien social font ressortir trois facteurs : (6) le « soutien professionnel » du cadre de santé, (7) le « soutien à l'individu » du cadre de santé, (8) le « soutien social » de l'équipe. La dimension du soutien perçu par rapport à l'équipe intègre des aspects professionnels du soutien (réassurance sur les compétences, estime, arrangements des plannings) et des aspects liés à l'individu (communications sur les problèmes personnels, protection, encouragements). Ces différents résultats permettent de valider que l'enquête conduite auprès du personnel soignant repose sur un outil de recueil de données de qualité[463]. Toutefois, l'évaluation de la qualité des mesures des modèles de recherche a été réalisée pour chaque variable. Nous n'avons pas testé la qualité du modèle global de la mesure pour une raison.

Nous avons montré que la mesure de la perception du soutien social du cadre de santé est bidimensionnelle. Nous avons mis en évidence une corrélation élevée (>0,5) entre les deux facteurs retenus après l'épuration de la mesure. La sélection de « facteurs pertinents » peut poser problème lorsque les variables exogènes sont fortement corrélées les unes aux autres. Or, nous souhaitons tester l'effet d'une perception élevée du soutien social. Les effets seront donc testés via des analyses de régression multiple avec prise en compte des effets de la perception d'un haut degré de soutien au travail et d'une

[463] La mesure du SST par rapport au cadre n'est toutefois pas satisfaisante au regard des critères statistiques.

perception élevée des stresseurs au travail.

« *Dans le domaine de la recherche sur la gestion et les organisations il est clair que les événements inattendus et dignes d'intérêt sont propres à bouleverser n'importe quel programme, et que la vraie question n'est pas celle du respect du programme, mais celle de la manière de saisir intelligemment les possibilités d'observation qu'offrent les circonstances*» (GIRIN, 1989). Dans le cas de l'application de la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO), la colinéarité des variables des variables exogènes se traduit généralement par une variance élevée des estimateurs. Cela peut conduire le chercheur au rejet des hypothèses concernant l'inférence entre les variables X et Y alors que les variables X sont fortement corrélées à la variable endogène Y. La technique de régression des moindres carrés partiels (PLS) a été développée pour répondre à cette contrainte.

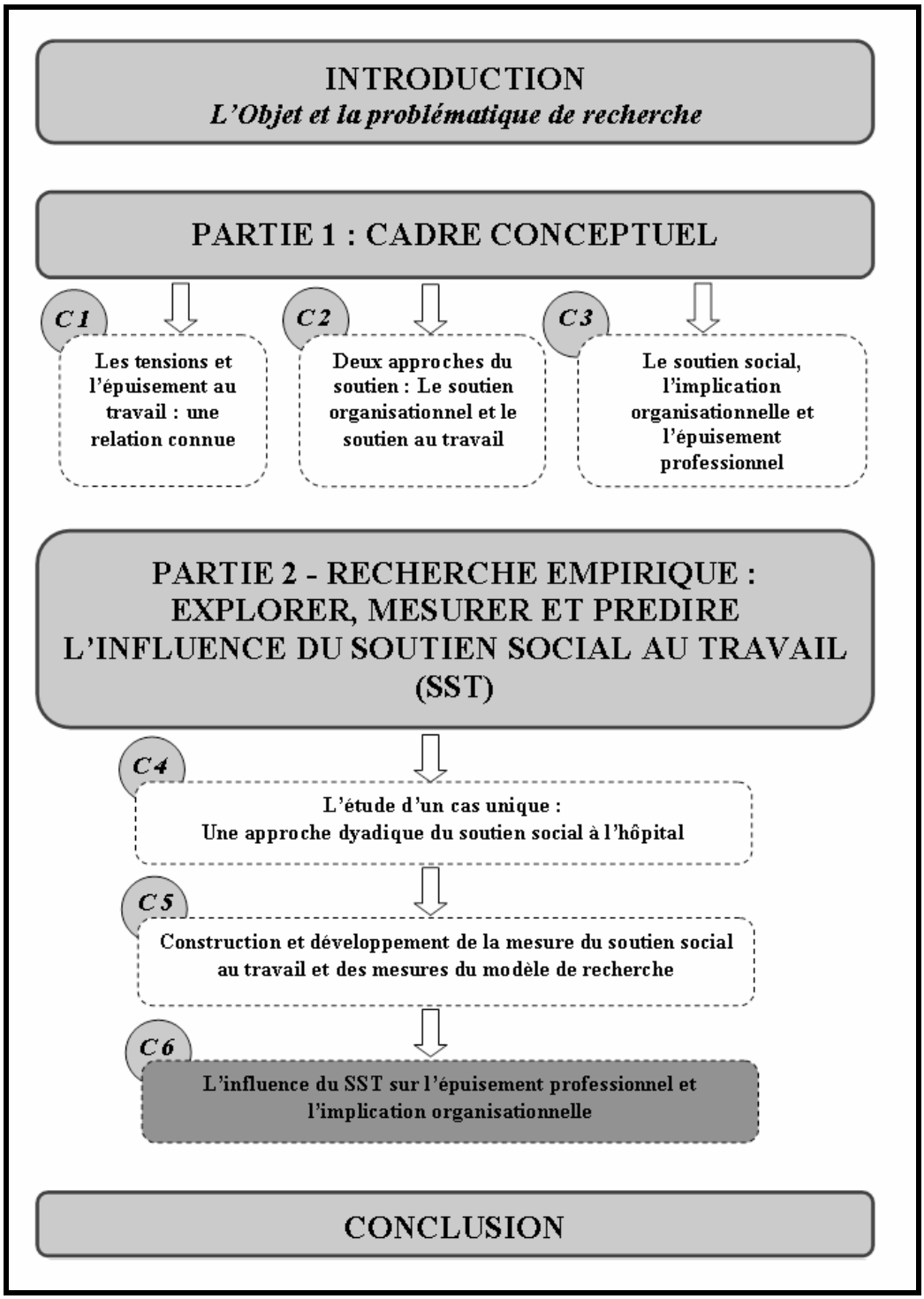
La corrélation entre les deux composantes du soutien du cadre de santé pose un problème majeur. Si LEWIS-BECK[464] (1991) considère qu'au delà du seuil de corrélation 0,8, la colinéarité est considérée comme problématique, nous pensons que le seuil de 0,6 est très élevé. En effet, cela signifie que la condition d'indépendance entre les variables n'est pas respectée. Le chapitre suivant est consacré aux résultats du test des hypothèses de la recherche. La méthodologie utilisée est donc la régression PLS. Cette dernière s'inscrit dans le registre des méthodes d'analyse dont l'objectif est de confirmer empiriquement des relations de cause à effet entre une variable dépendantes et plusieurs variables indépendantes. Ces relations ont été validées sur le plan de l'existence et du sens aux niveaux théoriques et empiriques (lien entre la perception du soutien organisationnel et l'implication organisationnelle ; lien entre la perception du soutien social et l'épuisement professionnel).

[464] LEWIS-BECK M.S., (1991), « Applied regression: an introduction », *Series quantitative applications in the social science*, Sage University Paper, N°93

VARIABLES A EXPLIQUER		GFI	RMSEA	NFI	TLI	CFI	Fiabilité (Rhô)	Validité (Rhô)	Validité discriminante
Burnout	Epuisement émotionnel	0,93	0,07	0,91	0,93	0,93	0,95	0,81	(EE-AP) 0,006
	Accomplissement personnel						0,8	0,8	(AP-D) 0,072
	Dépersonnalisation						0,69	0,54	(EP-D) 0,272
Implication organisationnelle	Implication normative	0,96	0,03	0,94	0,96	0,96	0,92	0,8	(IN-IC) 0,187
	Implication calculée						0,79	0,66	(IC-IA) 0,075
	Implication affective						0,88	0,79	(IN-IA) 0,349
VARIABLES EXPLICATIVES		**GFI**	**RMSEA**	**NFI**	**TLI**	**CFI**	**Fiabilité (Rhô)**	**Validité (Rhô)**	**Validité discriminante**
Soutien social du cadre de santé	Soutien professionnel	0,91	**0,12**	0,92	0,91	0,94	0,98	0,92	**(SP-SI) 0,6**
	Soutien à l'individu						0,81	0,8	
Soutien social de l'équipe		0,95	0,08	0,95	0,96	0,97	0,98	0,92	
Conflits entre la vie professionnelle et la vie familale	Conflit travail famille	0,95	0,07	0,91	0,94	0,96	0,95	0,84	(CTF-CFT) -0,016
	Conflit famille travail						0,98	0,92	
Tensions de rôle	Conflit de rôle	0,96	0,06	0,92	0,95	0,97	0,95	0,79	(CR-AR) 0,061
	Ambiguité de rôle						0,87	0,72	

Tableau 27 : Synthèse des résultats concernant les indices d'ajustement, la fiabilité et la validité des mesures du modèle de la recherche

CHAPITRE 6 - L'INFLUENCE DES DIFFERENTS TYPES DE SST SUR LA PERSONNE ET SON COMPORTEMENT AU TRAVAIL



INTRODUCTION DU CHAPITRE 6

Le recours à différentes méthodes doit permettre au chercheur de disposer d'éléments nécessaires à la discussion du sens des relations entre les variables explicatives et les variables expliquées du modèle théorique. *« Une recherche en sciences sociales ne peut jamais démontrer une causalité mais elle peut seulement l'inférer »* (ROUSSEL et al.[465], 2000). Le choix de la méthode d'analyse paraît donc crucial. La technique d'analyse statistique doit être sélectionnée en fonction des contraintes auxquelles le chercheur doit faire face.

Concernant la validité discriminante de l'échelle de mesure du soutien perçu par rapport au cadre de santé, nous avons mis en évidence une corrélation élevée (= 0,6) entre les composantes de soutien à la sphère professionnelle et de soutien à l'individu concernant le soutien du cadre de santé.

Cette corrélation entre les composantes peut poser un problème majeur pour tester nos hypothèses de la recherche. Les effets de la perception du soutien social sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle constituent le cœur du sujet de cette recherche. Prioritairement, nous souhaitons évaluer l'influence des différents types de soutien, pour mettre en évidence leur poids respectifs. Une forte corrélation entre les composantes du modèle peut créer des « interférences » entre leurs influences dans le modèle. Par conséquent, la régression PLS[466] nous paraît être une bonne alternative pour générer des résultats de qualité.

Une première section est consacrée à la présentation du modèle de recherche et à la justification du recours à la méthode de régression PLS. Une attention particulière est portée aux critères permettant la sélection de « facteurs pertinents » ainsi qu'aux critères de validation de la qualité des modèles. Le codage des variables pour évaluer des « degré de perception élevée » est aussi présenté.

[465] ROUSSEL P., DURRIEU F., CAMPOY E., EL AKREMI A., (2002), *Méthodes d'Equations Structurelles : Recherche et Applications en Gestion*, Economica

[466] PLS = Partial Least Squares, la méthode des moindres carrés partiels (PLS). Cette technique permet analyser et comprendre les relations souvent complexes entre une ou plusieurs variables de sortie Y et des variables d'entrée X qui peuvent être très fortement corrélées entre elles.

Les résultats concernant l'influence des variables explicative du modèle sur l'épuisement professionnel et sur l'implication organisationnel font l'objet de la deuxième et de la troisième section. La dernière partie du chapitre porte sur la discussion des résultats et plus précisément, concernant l'influence de la perception du soutien social au travail. Nous mettons en perspective les résultats de l'approche qualitative et les résultats de l'approche quantitative.

6.1 MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE DE VALIDATION DU MODELE GENERAL DE RECHERCHE

Afin de tester les hypothèses de recherche, des régressions linéaires seront réalisées car elles permettent d'étudier les liaisons entre une variable dépendante et un ensemble de variables indépendantes (TENENHAUS[467], 1996).

6.1.1 *PRESENTATION DES MODELES DE RECHERCHE*

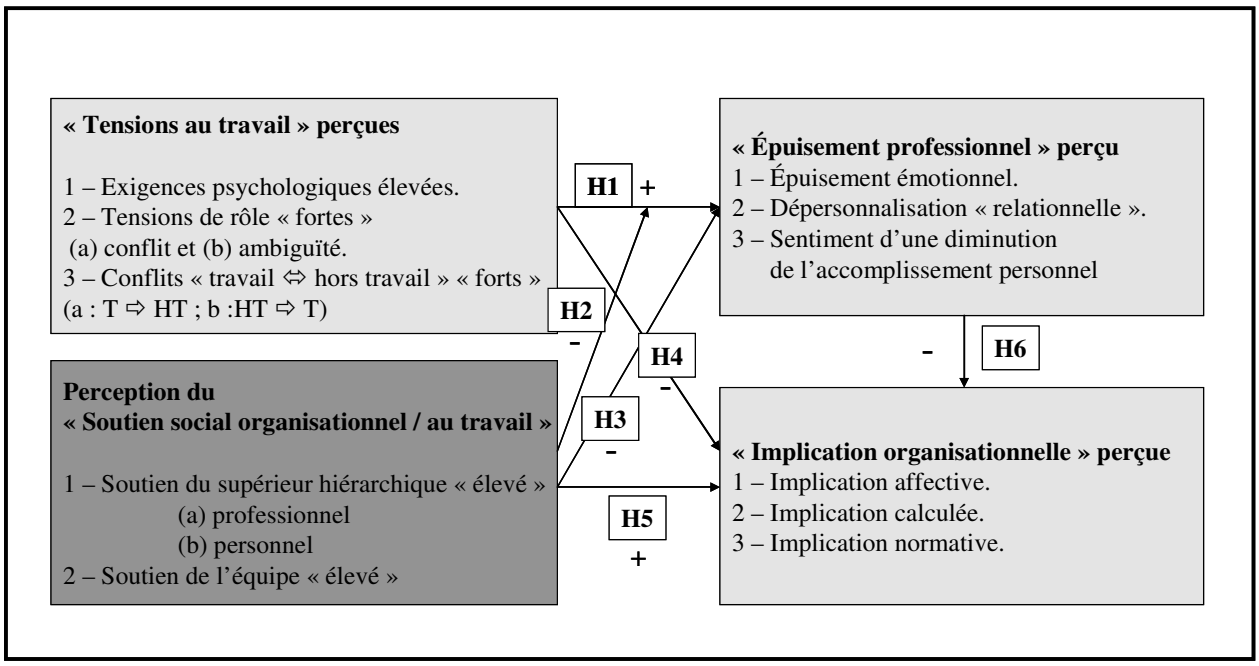


Figure 25 : Le modèle général de la recherche

Dans ce chapitre, **notre objectif est de tester prioritairement l'influence des trois types de SST** mis en évidence par les résultats des étapes de développement de la double échelle de mesure.

La particularité de la régression PLS est d'analyser et comprendre les relations entre une variable explicative Y et des variables d'entrée X qui peuvent être très fortement corrélées entre elles. C'est précisément pour ces raisons que nous sélectionnons cette méthode puisqu'elle permet d'isoler l'influence des différentes variables explicatives.

[467] TENENHAUS M., (1996), *Méthodes statistiques en gestion*, Paris, Dunod

Par conséquent, nous ne testerons pas la deuxième hypothèse du modèle concernant l'effet modérateur[468] du soutien perçu sur la relation entre les tensions fortes du travail et l'épuisement professionnel. Le modèle général de recherche s'articule donc autour de cinq hypothèses.

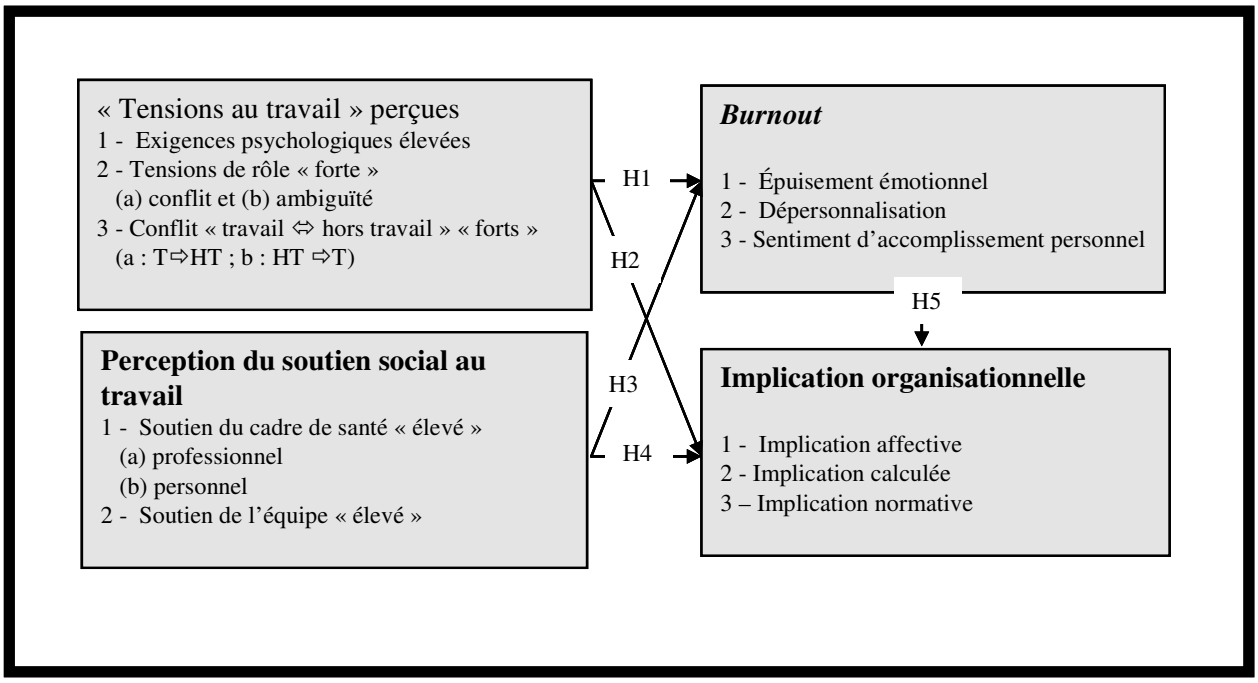


Figure 26 : Le modèle général de la recherche testé avec la régression PLS

H1. DE FORTES TENSIONS PERÇUES AU TRAVAIL INFLUENCENT POSITIVEMENT L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL PERÇU (EPUISEMENT EMOTIONNEL, DEPERSONNALISATION ET MANQUE D'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL) :

H1.1. La relation entre des exigences psychologiques élevées au travail et l'épuisement professionnel est positive.
H1.2.a. De forts conflits de rôle ont une influence positive l'épuisement professionnel.
H1.2.b. Il existe une relation positive entre une forte ambiguïté de rôle et l'épuisement professionnel.
H1.3.a. Un fort conflit travail ⇨ famille a une influence positive sur l'épuisement professionnel.
H1.3.b. Un fort conflit famille ⇨ travail a une influence positive sur l'épuisement professionnel.

[468] L'hypothèse modératrice nécessiterait le test de l'effet d'interaction que l'algorithme PLS ne permet pas.

H2. DE FORTES TENSIONS PERÇUES AU TRAVAIL INFLUENCENT NEGATIVEMENT L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE (IMPLICATION AFFECTIVE, CALCULEE ET NORMATIVE) :

H2.1. La relation entre des exigences psychologiques élevées au travail et l'implication organisationnelle est positive
H2.2.a. De forts conflits de rôle influencent négativement l'implication organisationnelle.
H2.2.b. Il existe une relation négative entre une forte ambiguïté de rôle et l'implication organisationnelle.
H2.3.a. Un fort conflit travail ⇨ famille a une influence négative sur l'implication organisationnelle.
H2.3.b. Un fort conflit famille ⇨ travail a une influence négative sur l'implication organisationnelle.

H3. UNE PERCEPTION DU SST ELEVEE INFLUENCE NEGATIVEMENT L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL (EPUISEMENT EMOTIONNEL, DEPERSONNALISATION ET MANQUE D'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL) :

H3.1.a. Une perception élevée du soutien professionnel de la part du cadre de santé influence négativement l'épuisement professionnel.
H3.1.b. Une perception élevée du soutien personnel de la part du cadre de santé influence négativement l'épuisement professionnel.
H3.2. Une perception élevée du soutien de l'équipe de travail influence négativement l'épuisement professionnel.

H4. UNE PERCEPTION DU SST ELEVEE INFLUENCE POSITIVEMENT L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE (IMPLICATIONS AFFECTIVE, NORMATIVE ET CALCULEE).

H.4.1.a. Une perception élevée du soutien professionnel de la part du cadre de santé influence positivement l'implication organisationnelle.
H.4.1.b. Une perception élevée du soutien personnel de la part du cadre de santé influence positivement l'implication organisationnelle.
H.4.2. Une perception élevée du soutien de l'équipe de travail influence positivement l'implication organisationnelle.

H5. IL EXISTE UNE RELATION NEGATIVE ENTRE UNE PERCEPTION ELEVEE DE L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL ET L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE (IMPLICATION S AFFECTIVE, NORMATIVE ET CALCULEE).
H5.1. Une perception élevée de l'épuisement émotionnel influence négativement l'implication organisationnelle.
H.5.2. Une perception élevée de la dépersonnalisation influence négativement l'implication organisationnelle.
H5.3. Une perception élevée d'un manque d'accomplissement personnel influence négativement l'implication organisationnelle.

Encadré 8 : Les hypothèses de recherche

Nous testerons deux modèles de recherche : (1) un modèle de l'épuisement professionnel et (2), un modèle de l'implication organisationnelle.

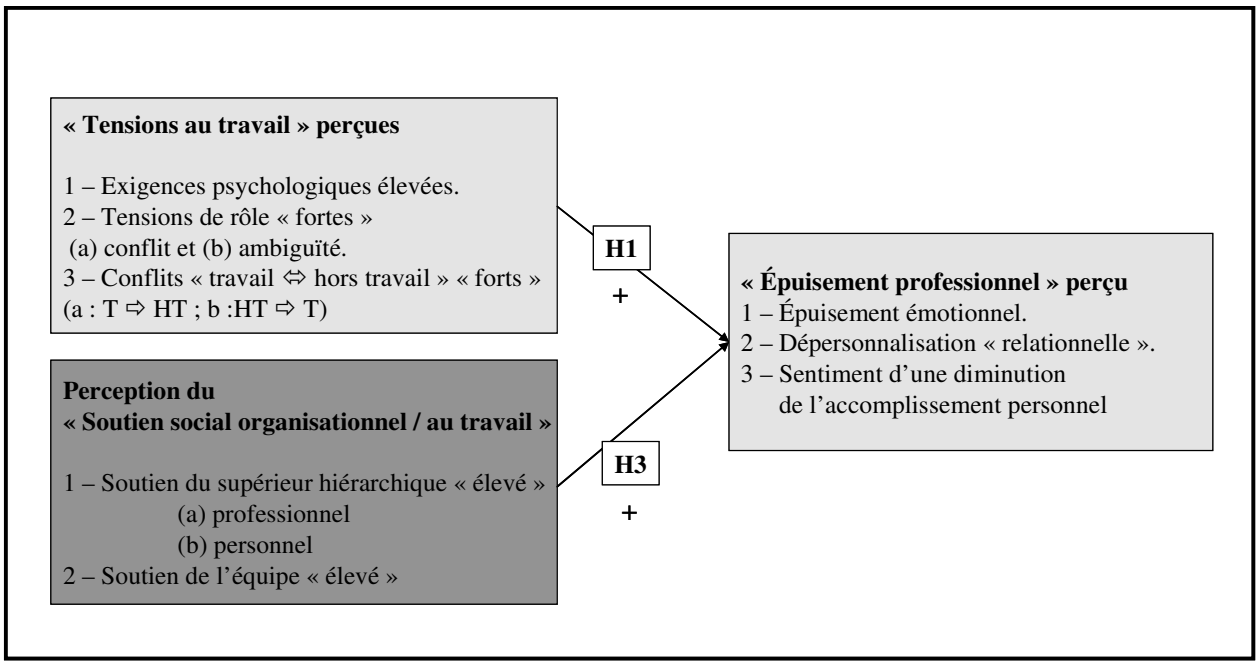


Figure 27 : Modèle de l'épuisement professionnel

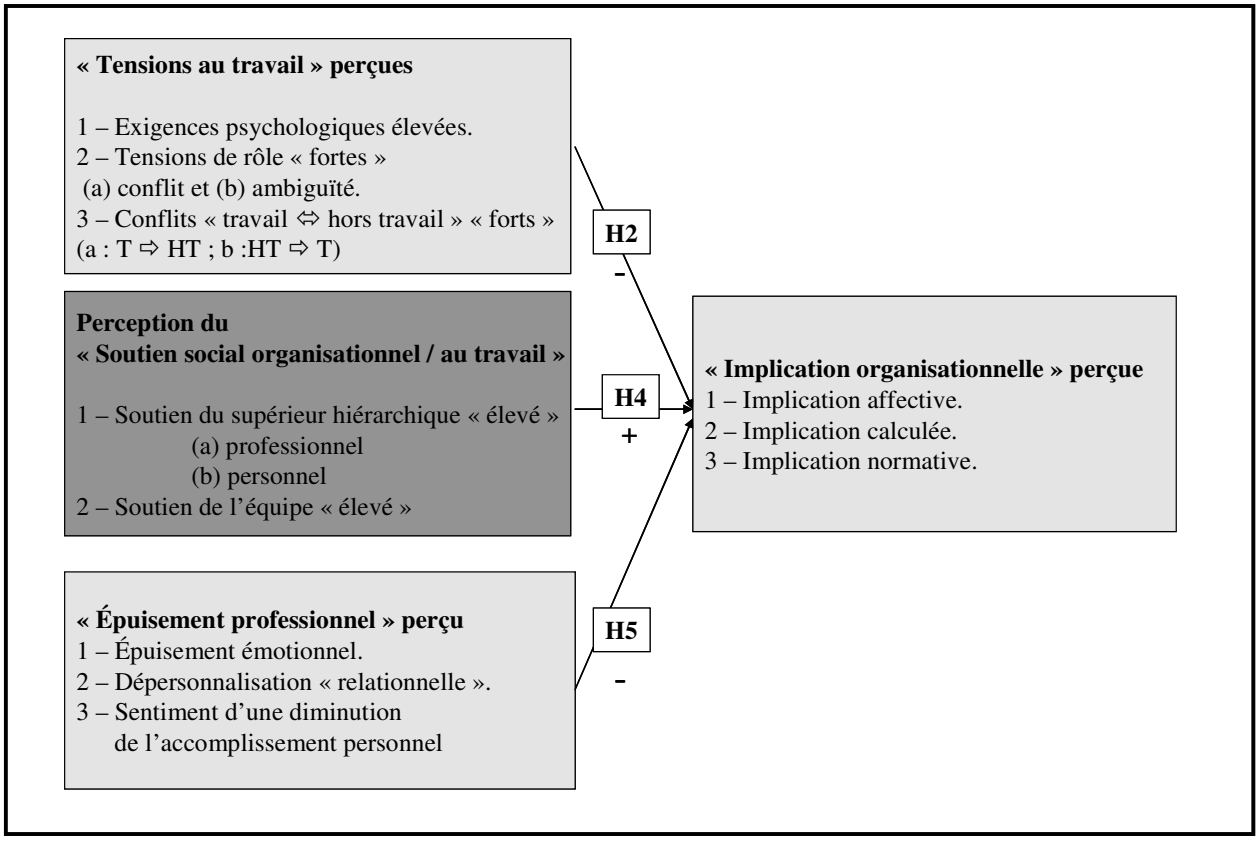


Figure 28 : Modèle de l'implication organisationnelle

6.1.2 *RAPPEL SUR LES VARIABLES ET CODAGE DES VARIABLES EXPLICATIVES*

Rappelons que pour chaque variable, plusieurs items ont été retenus. Premièrement concernant les « tensions au travail », **les exigences du travail sont mesurées par trois indicateurs :** trop de demandes perçues, perception « d'un travail trop dur », perception « de travailler trop vite ».

(2) Le Conflit de rôle : perception d'une inadéquation des ressources et du matériel pour l'exécution des tâches, estimer travailler sur des choses peu importantes, faire des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et pas par les autres, aller à l'encontre des règles ou des politiques pour accomplir ses tâches, recevoir des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes. **L'Ambiguïté de rôle :** les responsabilités ne sont pas clairement définies, le travail ne comporte pas des objectifs clairs et planifiés, connaître exactement les attentes par rapport à soi.

(3) Le Conflit travail ⇨famille est mesuré par quatre indicateurs : empiètement de la vie professionnelle sur la vie privée, estimer que le travail empêche d'avoir une vie harmonieuse, évaluer que le travail empêche la personne de faire tout ce qu'elle souhaiterait chez elle, fort conflit perçu entre le travail et les responsabilités familiales. **Le conflit famille ⇨ travail** est mesuré par cinq indicateurs : empiètement de la vie familiale sur la vie professionnelle, absence du travail pour pouvoir assumer les responsabilités familiales, impossibilité d'accomplir certaines tâches que le travail implique à cause des sollicitations de ma famille, ne pas pouvoir arriver au travail à l'heure, accomplir les tâches quotidiennes et de faire des heures supplémentaire, percevoir que les collègues n'apprécient les préoccupations de la personne concernant sa vie de famille .

Deuxièmement, concernant le soutien au travail. **(1) Le Soutien professionnel** du cadre de santé caractérise : la manifestation d'estime, de reconnaissance, une relation de « respect » une relation de « confiance », le fait de rassurer les personnes sur leurs compétences professionnelles, l'aide à l'aménagement des plannings. **(2) Le Soutien personnel à l'individu** du cadre de santé se réfère à l'écoute et la communication sur les problèmes personnels).

(3) Le soutien de l'équipe englobe les encouragements dans les moments difficiles, l'aide à relativiser quand ça ne va pas, la communication sur les problèmes personnels, la protection en cas de coup dur, la manifestation d'estime et de reconnaissance, l'aide à l'aménagement des plannings.

Troisièmement, concernant les variables à expliquer, **(1) l'épuisement émotionnel** se réfère à six indicateurs : être émotionnellement vidé(e) par son travail, être « à bout » à la fin de la journée de travail, craquer à cause de son travail, se sentir fatigué(e) au lever pour affronter une autre journée de travail, être frustré(e) par son travail, travailler trop dur dans son travail. **La Dépersonnalisation** caractérise deux indicateurs: craindre de s'endurcir émotionnellement, être plus insensible aux gens. **L'Accomplissement personnel** concerne trois indicateurs: créer facilement une atmosphère détendue avec les patients, se sentir ragaillardi(e) lorsque la personne se sent proche des patients, comprendre facilement ce que les patients ressentent.

Concernant **(2) l'implication organisationnelle**, **l'implication affective** englobe deux dimensions **:** se considérer comme un « membre de la famille » dans l'hôpital ; ressentir un fort sentiment d'appartenance à l'hôpital. **L'implication normative** caractérise deux indicateurs : éprouver un sentiment de culpabilité si la personne quittait l'hôpital , estimer que l'hôpital mérite sa loyauté, éprouver un sentiment d'obligation envers les gens qui en font partie. L'**Implication calculée englobe deux caractéristiques :** penser avoir trop peu de possibilités pour quitter l'hôpital, estimer un manque de solutions de rechange possibles.

Pour tester l'influence de niveaux de perception « élevés », toutes les variables explicatives sont codées en variables factices binaires ("dummy variables"). Chaque variable prend soit 0 ou 1 comme valeur pour distinguer deux groupes pour chaque variable. En d'autres termes, la « dummy » nous permet pour chaque variable d'étudier deux niveaux de perception en tenant compte de l'influence d'une perception forte par rapport à une perception faible sur le comportement à expliquer du modèle (épuisement ou implication).

Pour les variables « exigences du travail », « tensions de rôle », « conflits travail / famille » et « SST perçu », la variable Zi vaut 1 si la variable est au niveau i, 0 sinon.

Nous avons fixé ce seuil à 3,5 en considérant qu'au dessus de ce seuil, la perception de l'individu est élevée. Concernant l'épuisement professionnel, nous avons fixé ce seuil à 5 car les réponses vont de 1 à 7.

6.2 PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE

L'intérêt de la régression concerne (1) l'indépendance des influences des différents indicateurs des deux modèles et (2) l'identification des facteurs pertinents.

6.2.1 *LA REGRESSION PARTIAL LEAST SQUARES POUR SELECTIONNER LES FACTEURS PERTINENTS DANS L'EXPLICATION DES PHENOMENES OBSERVES*

Dans nos deux modèles, nous cherchons à identifier l'influence des variables exogènes X permettant d'expliquer une part significative du phénomène Y.

Notre objectif est d'identifier si la perception d'un soutien social élevé influence significativement l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle. En d'autres termes, nous souhaitons évaluer la « pertinence » du facteur « perception du soutien social », compte tenu de l'influence des exigences du travail élevées.

L'objectif est donc de sélectionner les meilleures variables explicatives parmi l'ensemble de variables considérées.

La sélection de « facteurs pertinents » peut poser problème lorsque les variables exogènes sont fortement corrélées les unes aux autres. Dans le cas de l'application de la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO), la colinéarité des variables des variables exogènes se traduit généralement par une variance élevée des estimateurs pouvant conduire à rejeter leur significativité alors que ces variables sont fortement corrélées à la variable endogène Y.

C'est précisément pour répondre à cette limite qu'a été développée la technique de régression des moindres carrés partiels (PLS). Cette technique permet analyser et comprendre les relations souvent complexes entre une ou plusieurs variables de sortie Y et des variables d'entrée X qui peuvent être très fortement corrélées entre elles. La

régression PLS est une combinaison de l'algorithme NIPALS développé par WOLD[469] (1966) pour l'ACP et de l'approche PLS proposée par WOLD[470] (1975) pour l'estimation des modèles d'équations structurelles sur variables latentes (TENENHAUS[471], 1998).

L'analyse sous-jacente à cette méthode de régression est équivalente à une analyse en composantes principales (ACP) de l'ensemble des variables X. Dans cette perspective, l'ensemble des variables X soient le plus « explicatives » possible de la variable Y.

D'un point de vue statistique, nous cherchons à réaliser une régression de la variable Y (exemple : l'épuisement émotionnel) sur p variables explicatives $x_1,\ldots, x_p$ (dans le cas de l'épuisement émotionnel, il y a 8 variables explicatives).

Dans un premier temps, le logiciel construit un première composante t_1 par combinaison linéaire des p variables exogènes. L'équation de la première composante est donnée par l'expression suivante :

$$t_1 = w_{11}\, x_1 + \ldots + w_{1p}\, x_p$$

avec

$$w_{1j} = \frac{\operatorname{cov}(x_j, y)}{\sqrt{\sum_{j=1}^{p} \operatorname{cov}^2(x_j, y)}}$$

La régression est ensuite réalisée des variables y et x_j (j =*1,…,p*) sur t_1 :

$$y = c_1 t_1 + y_1$$

$$x_j = d_1 t_1 + x_{1j}$$

Dans ces deux équations, c_1 et d_1 représentent les coefficients de régression et, y_1 *et* x_{1j} sont les vecteurs des résidus. Il est alors possible de formuler la première équation de régression :

$$y = c_1\, w_{11}\, x_1 + \ldots + c_1\, w_{1p}\, x_p + y_1$$

Si le coefficient de régression est jugé trop faible (le résidu y_1 est trop élevé), une deuxième composante t_2 est créée. Cette dernière est la combinaison linéaire des résidus

[469] WOLD H., (1966), *Estimation of principal components and related models by iterative least squares,* In, *Multivariate Analysis,* KRISHNAIAH P.R., p. 391-420, New York, Academic Press
[470] WOLD H., (1975), « Soft modeling by latent variable : the non-linear iterative partial least squares (NIPALS) approach », *Perspectives in Probability and Statistics*, , p. 117-142
[471] TENENHAUS M., (1998), *Régression PLS : Théorie et Pratique*, Paris, Technip

x_{1j}, non corrélés à t_1 et expliquant le résidu y_1. L'équation de la deuxième composante est donnée par l'expression suivante :

$$t_2 = w_{21} x_{11} + \ldots + w_{2p} x_{1p}$$

avec

$$w_{2j} = \frac{\mathrm{cov}(x_j, y)}{\sqrt{\sum_{j=1}^{p} \mathrm{cov}^2(x_j, y)}}$$

w_{2j} caractérise la contribution de la variable x_j dans la construction de la composante t_2. Pour chaque composante, la somme des poids associés aux p variables x_j est égale à 1. Les deux composantes PLS ainsi obtenues sont orthogonales deux à deux. La régression est alors effectuée de y sur les composantes t_1 et t_2 estimées :

$$y = c_1 t_1 + c_2 t_2 + y_2$$

L'équation de régression en fonction des variables x_j obtenues à la deuxième itération est plus précise. Cette procédure itérative peut se poursuivre en utilisant à chaque étape les résidus obtenus à l'étape précédente. Après p_r itérations, l'équation de régression s'écrit *:*

$Y = TC + \varphi$ avec $T = (t_1, t_2, \ldots, t_{pr})$ et $C = (c_1, c_2, \ldots, c_{pr})$.

Le poids c_h mesure le lien entre la variable y et la composante t_h. La relation entre la variable y et les variables x_j est exprimée par les variables de liaison t_h.

La contribution de la variable x_j (j= 1,2,…,p) à la construction de y par les composantes t_h peut être évaluée par la statistique Variable Importance in the Projection (VIP). Cette statistique s'écrit :

$$VIP_{ij} = \sqrt{\frac{p}{Rd(y;t_1,\ldots,t_l} \sum_{h=1}^{l} Rd(y;t_h) w_{hj}^2} \qquad \text{où } \sum_{j=1}^{p} VIP_{hj}^2 = p$$

l est le nombre de composantes retenues par la procédure de sélection PLS qui fait l'objet de la section suivante. $Rd(y;t_h)$ représente la part de variance de y expliquée par la composante t_h *(R^2).*

Les p variables x_j peuvent être classées en fonction de leur VIP, c'est-à-dire en fonction de leur contribution respective à l'explication de *y*. Les variables dont la contribution est jugée la plus significative ont un VIP supérieur à 1.

L'utilisation de la validation croisée est recommandée par TENENHAUS (1998) pour identifier le nombre de composantes à retenir.

6.2.2 *CRITERES DE SELECTION DES COMPOSANTE ET QUALITE DU MODELE*

6.2.2.1 La validation croisée

La méthode validation croisée *Jackknife* permet de sélectionner les modèles de prédiction en évaluant celui qui a la plus petite erreur de prédiction. L'échantillon initial est séparé en deux sous-échantillons : (1) le premier modèle permet de construire le modèle de prédiction, (2) le deuxième modèle permet de tester sa qualité.

Dans cette perspective, le modèle est estimé sur n-1 observations puis testé sur l'observation exclue i. La procédure est réitérée n fois pour que chaque observation i serve une fois de valeur test. Pour chaque modèle à h composante, la statistique Prediction Error Sum of Squares (PRESS) est estimé par l'expression suivante:

$$\text{PRESS}_h = \sum_{i=1}^{n} (y_i - \hat{y}_{h(-i)})^2$$

où $\hat{y}_{h(-i)}$ représente la prédiction de y_i et est obtenue à l'aide du modèle à h composantes estimé sur n-1 observations.

Le maintien de la composante t_h dans le modèle final peut être déterminé par la valeur du critère Q_h^2, définit par l'expression :

$$Q_h^2 = 1 - \frac{\text{PRESS}_h}{RSS_{h-1}} \qquad \text{avec } RSS_{h-1} = \sum (y_i - \hat{y}_{(h-1)i})^2 .$$

RSS_{h-1} (Residual Sum of Squares) est la somme des carrés résiduels calculée avec h-1 composantes.

L'indice Q_h^2 traduit la contribution marginale de chaque composante PLS au pouvoir prédictif du modèle. TENENHAUS (1998) recommande de fixer le seuil de 0,0975 (1-0,95²) pour considérer que l'introduction de la composante t_h améliore substantiellement la prévision de y.

6.2.2.2 La qualité du modèle

Lorsque le modèle est déterminé, il convient de juger de la qualité de ce dernier. Il s'agit de vérifier si le modèle estimé par la régression PLS reconstitue bien les observations i au niveau des x_j et au niveau des *y*.

Dans cette perspective les résidus e_{ij} et f_i correspondant respectivement à la régression des variables x_j et à la régression de *y* sur les H composantes PLS retenues. L'évaluation de la qualité du modèle pour l'individu i s'établit en divisant la distance au modèle de l'observation i dans l'espace des x_i et de *y*, par l'écart type résiduel.

Pour chaque individu, les distances normalisées notées $DmodX_iN$ et $DModY_iN$ sont exprimées de la manière suivante :

$$DmodX_iN = \frac{D\bmod X_i}{S_x} = \frac{\sqrt{\dfrac{\sum_{j=1}^{p} e_{ji}^2}{p-H} - \dfrac{n}{(n-H-1)}}}{\sqrt{\dfrac{\sum_{i=1}^{n}\sum_{j=1}^{p} e_{ji}^2}{(n-H-1)(p-H)}}} = \sqrt{\frac{n\sum_{j=1}^{p} e_{ji}^2}{\sum_{i=1}^{n}\sum_{j=1}^{p} e_{ji}^2}}$$

$$\text{Et } DModY_iN = \frac{|f_i|}{\sqrt{\dfrac{1}{(n-H-1)}\sum_{i=1}^{n} f_i^2}}$$

N représente le nombre d'observations, H est le nombre de composantes principales et e_{ij} et f_i sont les résidus des régressions de x_j et de *y* sur les composantes $t_1,\ldots, t_h$. Le facteur $\sqrt{n/(n-H-1)}$ est un facteur de correction (>1) autorisant la prise en compte du nombre d'observations et de composantes.

Le modèle représente mal l'observation i dans l'espace des x_j (de y) lorsque la distance ($DmodX_iN$ et $DModY_iN$) qui lui est associé, est supérieure ou égale au seuil critique de Fisher Snedecor à (k_1, k_2) degrés de liberté (95%).

$$DmodX_i N \geq \sqrt{F_{0,95}(k_1 k_2)}$$

$$DModY_i N \geq \sqrt{F_{0,95}(k_1 k_2)}$$

A notre connaissance, le calcul précis des degrés de liberté k_1 et k_2 n'a pas fait l'objet de publications scientifiques. Le seuil Dcrit(H) est estimé par le logiciel SIMCA-P développé par WOLD.

Au terme de cette étape de validation des paramètres du modèle, l'influence de chaque variable exogène sur la variable endogène peut être étudiée.

6.3 LE MODELE DE L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL

En tenant compte des différentes étapes de la procédure de régression PLS décrite dans la section précédente, nous procédons à l'analyse de l'influence des variables explicatives (exigences du travail, conflit travail-famille, conflit famille-travail, conflit de rôle, ambigüité de rôle, soutien professionnel du cadre de santé, soutien à l'individu du cadre de santé et soutien social de l'équipe). Trois modèles sont testés : l'épuisement émotionnel, l'accomplissement personnel et la dépersonnalisation.

6.3.3 *POUVOIR EXPLICATIF DES TROIS MODELES DE L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL*

Pour les trois modèles de l'épuisement professionnel, une régression PLS est réalisée sur les 8 variables exogènes sélectionnées. Au préalable, toutes les variables (x et y) sont centrées réduites.

La qualité du modèle PLS associé à chacun des trois modèles est présentée dans le tableau suivant. Les première et deuxième lignes expliquent respectivement le pouvoir explicatif du modèle final et la qualité de représentation des variables X par les composantes principales retenues. La dernière ligne indique la valeur statistique du test de Fisher avec, entre parenthèses, la probabilité qui lui est associée (5%) :

	Epuisement émotionnel	Accomplissement personnel	Dépersonnalisation
Pouvoir explicatif du modèle (R^2 Y)	28,70%	9,50%	5,06%
Pouvoir explicatif des variables X (R^2 X)	17%	77,57%	77,46%
Nombre de composantes principales	1	7	7
Significativité du modèle (F de Fisher)	8,490 (0,0000)	2,218 (0,0282)	1,126 (0,3480)

Tableau 28 : Qualité de la régression PLS obtenue pour chaque modèle de l'épuisement professionnel

Tout d'abord, il est à noter que la probabilité associée à la statistique F de Fisher est inférieure au seuil de rejet de 5% pour les modèles de l'épuisement émotionnel et de l'accomplissement personnel. Cela signifie que ces modèles expliquent une part significative de la variance de l'épuisement émotionnel et de l'accomplissement personnel.

Le modèle de la dépersonnalisation est rejeté car la probabilité associée à la statistique F de Fisher est supérieure au seuil de rejet de 5%.

En outre, la comparaison des R^2Y des deux modèles retenus sur la base du test fait ressortir que le modèle de l'épuisement émotionnel est plus significatif que celui de la dépersonnalisation. Le modèle de l'épuisement émotionnel est construit à partir d'une seule composante PLS contrairement au modèle de la dépersonnalisation où sept composantes ont été retenues. Cette unique composante décrit 28,70% de la variance de l'épuisement émotionnel et 17% de l'information sur les variables explicatives du modèle.

Le nombre pertinent de composantes PLS à retenir pour décrire les modèles est déterminé sur la base du critère Q^2h. Le tableau suivant présente les valeurs du Q^2h des composantes h pour les trois modèles. Rappelons que lorsque le Q^2h, associé à une composante, est supérieur à un certain seuil, il est considéré que cette composante améliore la prédiction de Y de manière significative. Nous suivons les recommandations de TENENHAUS (1998) concernant ce seuil, fixé à 0,0975.

		Indice de Qualité Q²		
		Epuisement émotionnel	Accomplissement personnel	Dépersonnalisation
Nombre de composantes	t1	**0,232**	-0,171	-0,023
	t2	-0,048	-0,055	-0,081
	t3		-0,037	-0,064
	t4		-0,031	-0,053
	t5		-0,024	-0,039
	t6		-0,013	-0,032
	t7		-0,006	-0,009

Tableau 29 : Résultats de la procédure de validation croisée, utilisée pour sélectionner le nombre pertinent de composantes à retenir (Les valeurs en gras indiquent que la statistique est supérieure au seuil de rejet)

En considérant ce seuil, nous remarquons que le seul modèle acceptable est celui de l'épuisement émotionnel. Dans ce modèle, seule la valeur du Q² associée à la première composante est supérieure au seuil de rejet, ce qui signifie que la deuxième composante n'améliore pas de manière significative la détermination de Y.

Les modèles de l'accomplissement personnel et de la dépersonnalisation sont donc rejetés. Le modèle de l'épuisement émotionnel est accepté.

6.3.4 *IMPORTANCE RELATIVE DES VARIABLES EXPLICATIVES ET QUALITE DU MODELE DE L'EPUISEMENT EMOTIONNEL*

Au terme de l'étape de validation des paramètres des trois modèles de l'épuisement professionnel, nous avons retenu seulement un modèle interprétable. L'influence de chaque variable exogène sur l'épuisement émotionnel est étudiée dans les sections suivantes.

6.3.4.1 L'importance relative des variables

L'importance relative de chaque variable X dans l'explication de l'épuisement émotionnel peut être appréciée par l'examen des « *Variable Importance in the Projection* » (VIP).

Les facteurs les plus importants ont un VIP supérieur à 1. Les facteurs dont le VIP est inférieur à 1 sont considérés comme étant moins importants. Toutefois, cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne contribuent pas significativement à l'explication du phénomène étudié.

D'emblée, nous remarquons que **les facteurs qui influencent significativement l'épuisement émotionnel sont le conflit travail-famille et les exigences du travail**. Les VIP du conflit de rôle (0,070) et du conflit famille-travail (0) sont très faibles.

Les VIP de l'ambiguïté de rôle, du soutien à l'individu du cadre de santé, du soutien professionnel du cadre de santé et du soutien de l'équipe montrent que l'influence de ces variables est importante mais moins important que les exigences et le CTF.

L'ensemble des VIP est présenté dans la figure n°29.

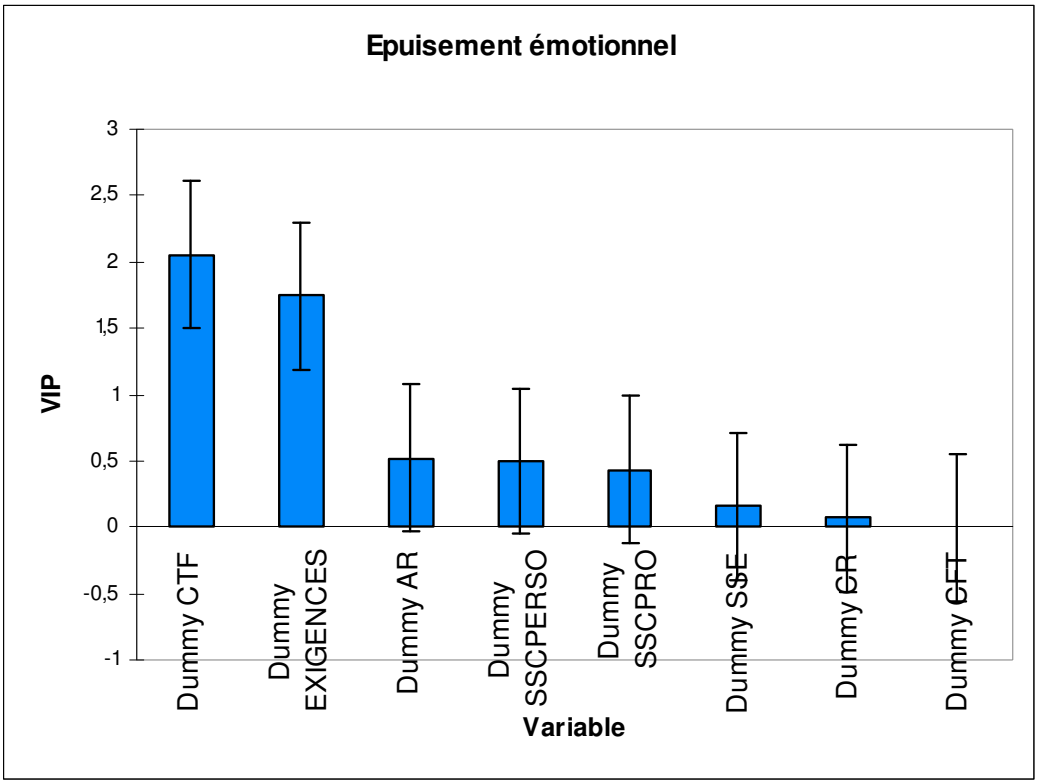


Figure 29 : Classement des VIP relatifs aux variables explicatives de l'épuisement émotionnel

6.3.4.2 Qualité du modèle de l'épuisement émotionnel

La qualité du modèle estimé peut être appréciée en évaluant sa capacité à reconstituer chaque variable *y* et *x j* à l'aide des composantes PLS. Elle consiste en l'étude des résidus fi et e ji et leur écart type, résultant de la régression des variables y et xj (j = 1, …, 8) sur la composante t1 retenue.

Les distances normalisées au modèle des observations (i = 1, …, 171) dans l'espace des x et du y, sont ensuite évaluées par *DlodXNi* et *DmodYNi*. L'observation i est considérée comme mal reconstituée par le modèle lorsque le *DlodXNi* et le *DmodYNi* sont supérieures à un seuil Dcrit = $\sqrt{F_{0,95(k_{1,k2})}}$ dont la valeur est proposée par le logiciel SIMCA_P développé par WOLD (1975).

Le tableau n°30 illustre le pourcentage d'observations mal reconstituées au niveau des x et des y pour le modèle de l'épuisement émotionnel. Seules 0,58% des observations sont mal reconstituées pour les x et seules 1,17% des observations sont mal reconstituées pour les y.

Qualité de représentation des observations	Epuisement émotionnel
Dcrit (X) à 95%	1,74
% de DModXN i en excès	0,58%
Dcrit (Y) à 95%	2,436
% de DModYN i en excès	1,17%

Tableau 30 : Qualité de la représentation des données à l'aide de la composante t_1

Cette étape de la procédure de la régression PLS permet de valider la qualité du modèle de l'épuisement émotionnel. Sur cette base, nous pouvons considérer que la composante t_1 représente de manière satisfaisante l'influence du conflit travail-famille, des exigences du travail, de l'ambiguïté de rôle, de la perception du soutien à l'individu du cadre de santé, de la perception du soutien professionnel du cadre de santé, de la perception du soutien de l'équipe sur l'épuisement émotionnel.

6.3.4.3 Etude du degré d'influence des variables explicatives du modèle

Le tableau N présente l'équation de la régression PLS obtenue et les coefficients de sensibilité associés pour chacune des variables explicatives :

Variable	Epuisement émotionnel
Constante	1,631
Dummy SSCPRO	-0,073
Dummy SSCPERSO	0,084
Dummy SSE	0,026
Dummy CTF	0,345
Dummy CFT	0,000
Dummy AR	0,088
Dummy CR	-0,012
Dummy EXIGENCES	0,293

Tableau 31 : Paramètres du modèle estimé par la régression PLS

Aucun coefficient de sensibilité n'est opposé à celui de la corrélation entre la variable explicative et la variable y. Par conséquent, nous pouvons interpréter les paramètres. Nous présentons les résultats en fonction de l'importance du degré d'influence des différentes variables explicatives.

Tout d'abord, nous remarquons **l'influence très importante du conflit travail-famille et des exigences du travail sur l'épuisement émotionnel**. En d'autres termes, un fort empiètement de la vie professionnelle sur la vie privée, estimer que le travail empêche d'avoir une vie harmonieuse, évaluer que le travail empêche la personne de faire tout ce que la personne souhaiterait chez elle, un fort conflit perçu entre le travail et les responsabilités familiales, trop de demandes perçues, la perception « d'un travail trop dur » et le fait de « travailler trop vite » influencent très fortement l'épuisement émotionnel perçu **: les hypothèses H1.3.a et H1.1 sont donc validées.**

Ensuite, concernant les autres facteurs, l'équation de la régression PLS fait ressortir qu'une ambiguïté de rôle élevée influence positivement l'épuisement professionnel. Autrement dit, lorsque les responsabilités ne sont pas clairement définies, si le travail ne comporte pas des objectifs clairs et planifiés, le fait de ne pas connaître exactement les attentes par rapport à soi augmente l'épuisement émotionnel. Ce résultat valide l'hypothèse **H1.2.b.**

Les résultats montrent également qu'un soutien élevé à l'individu par le cadre de santé influence positivement l'épuisement émotionnel. **Ce résultat conduit au rejet de l'hypothèse H3.1.b.** Il montre que l'écoute et la communication sur les problèmes personnels ne permettent pas de réduire l'épuisement émotionnel perçu par la personne. Au contraire, ces manifestations de soutien auraient tendance à amplifier l'épuisement émotionnel perçu.

Un soutien professionnel élevé de la part du cadre santé influence négativement l'épuisement émotionnel : **l'hypothèse H3.1.a est vérifiée**. La manifestation d'estime, de reconnaissance, une relation de « respect » une relation de « confiance », le fait de rassurer les personnes sur leurs compétences professionnelles, l'aide à l'aménagement des plannings par le cadre permet de réduire l'épuisement émotionnel perçu.

Le soutien de l'équipe influence positivement l'épuisement émotionnel. Les encouragements dans les moments difficiles, l'aide à relativiser quand ça ne va pas, la communication sur les problèmes personnels, la protection en cas de coup dur, la manifestation d'estime et de reconnaissance par l'équipe et l'aide à l'aménagement des plannings augmentent l'épuisement émotionnel perçu : **l'hypothèse H3.2 est rejetée.**

De forts conflits de rôle influencent négativement l'épuisement émotionnel perçu. Ce résultat semble peu significatif. Toutefois, cela signifie que la perception d'une inadéquation des ressources et du matériel pour l'exécution des tâches, estimer travailler sur des choses peu importantes, faire des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et pas par les autres, aller à l'encontre des règles ou des politiques pour accomplir ses tâches, recevoir des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes diminue l'épuisement émotionnel : **l'hypothèse H1.2.a est rejetée**, au même titre que l'hypothèse **H1.3.b** concernant le conflit famille ⇨ travail (absence de lien).

6.4 LE MODELE DE L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE

6.4.1 *POUVOIR EXPLICATIF DES TROIS MODELES DE L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE*

Pour les trois modèles de l'implication organisationnelle, une régression PLS est réalisée sur les 8 variables exogènes sélectionnées. Au préalable, toutes les variables (x et y) sont centrées réduites.

La qualité du modèle PLS associée à chacun des trois modèles est présentée dans le tableau suivant. Les premières et deuxièmes lignes expliquent respectivement le pouvoir explicatif du modèle final et la qualité de représentation des variables X par les composantes principales retenues. La dernière ligne indique la valeur statistique du test de Fisher avec, entre parenthèses, la probabilité qui lui est associée (5%) :

	Implication affective	Implication normative	Implication calculée
Pouvoir explicatif du modèle (R^2 Y)	17,16%	11,42%	8,26%
Pouvoir explicatif des variables X (R^2 X)	14,99%	13,53%	10,86%
Nombre de composantes principales	2	2	2
Significativité du modèle (F de Fisher)	3,200 (0,0021)	2,724 (0,0075)	1,90 (0,0624)

Tableau 32 : Qualité de la régression PLS obtenue pour chaque modèle de l'implication organisationnelle

Premièrement, nous remarquons que la probabilité associée à la statistique F de Fisher est inférieure au seuil de rejet de 5% pour les modèles de l'implication affective et de l'implication normative. Cela signifie que ces modèles expliquent une part significative de la variance de l'implication affective et normative.

Deuxièmement, le modèle de l'implication calculée est rejeté car la probabilité associée à la statistique F de Fisher est supérieure au seuil de rejet de 5%.

Troisièmement, la comparaison des R^2Y des deux modèles retenus sur la base du test fait ressortir que le modèle de l'implication affective est plus significatif que celui de l'implication normative. Le pouvoir explicatif des deux modèles retenus de l'implication organisationnelle est assez faible (respectivement 17,16% et 11,42%). Toutefois, ce résultat est relativement satisfaisant, dans la mesure où d'autres variables pouvant être intégrées dans le modèle de l'implication organisationnelle ne sont pas pris en compte dans le cadre de la recherche.

Le nombre pertinent de composantes PLS à retenir pour décrire les modèles est déterminé sur la base du critère Q^2h. Le tableau suivant présente les valeurs du Q^2h des composantes h pour les trois modèles. Rappelons que lorsque le Q^2h, associé à une composante, est supérieur à un certain seuil, il est considéré que cette composante améliore la prédiction de Y de manière significative. Nous suivons les recommandations de TENENHAUS (1998) concernant ce seuil, fixé à 0,0975.

		Indice de Qualité Q^2		
		Implication affective	Implication normative	Implication calculée
Nombre de composantes	t1	**0,099**	0,040	0,001
	t2	-0,094	-0,016	-0,087

Tableau 33 : Résultats de la procédure de validation croisée, utilisée pour sélectionner le nombre pertinent de composantes à retenir. (les valeurs en gras indiquent que la statistique est supérieure au seuil de rejet)

En considérant ce seuil, seul le modèle de l'implication affective est acceptable. Dans ce modèle, seule la valeur du Q^2 associée à la première composante est supérieure au seuil de rejet, ce qui signifie que la deuxième composante n'améliore pas de manière significative la détermination de Y.

6.4.2 *IMPORTANCE RELATIVE DES VARIABLES EXPLICATIVES ET QUALITE DU MODELE DE L'IMPLICATION AFFECTIVE*

6.4.2.1 L'importance relative des variables

Les facteurs les plus importants ont un VIP supérieur à 1. Les facteurs dont le VIP est inférieur à 1 sont considérés comme étant moins importants. Toutefois, cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne contribuent pas significativement à l'explication du phénomène étudié.

D'emblée, nous remarquons que les facteurs qui influencent significativement l'implication affective sont l'épuisement émotionnel, le conflit de rôle, le soutien à l'individu du cadre de santé, les exigences du travail, la dépersonnalisation et le soutien professionnel du cadre de santé. Le VIP du soutien social et de l'accomplissement personnel de l'équipe est proche de 1, signifiant que le soutien de l'équipe est relativement significatif. Les VIP de l'ambiguïté de rôle et du conflit travail-famille sont moyens et celui du conflit famille-travail est nul.

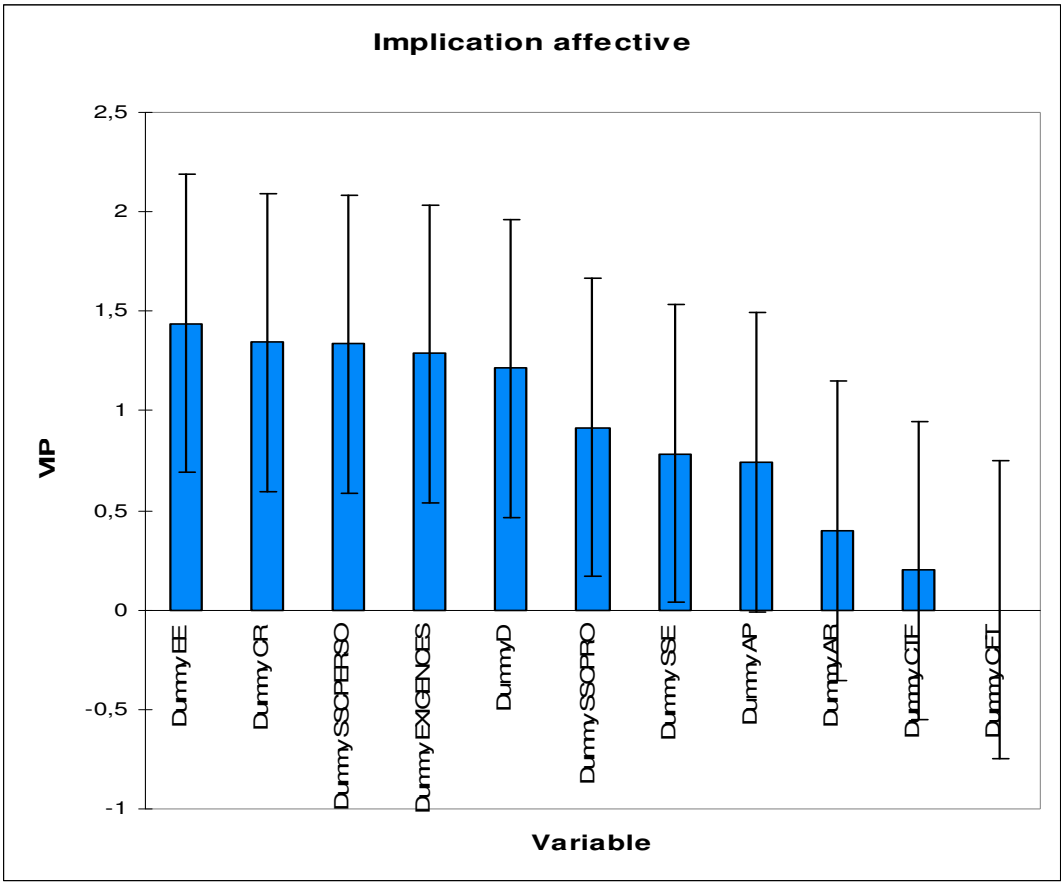


Figure 30 : Classement des VIP relatifs aux variables explicatives de l'implication affective

6.4.2.2 Qualité du modèle de l'implication affective

La qualité du modèle estimé peut être appréciée en évaluant sa capacité à reconstituer chaque variable *y* et *x j*, à l'aide des composantes PLS. Elle consiste en l'étude des résidus fi et e ji et leur écart type, résultant de la régression des variables y et xj (j = 1, …, 8) sur la composante t1 retenue. Les distances normalisées au modèle des observations (i = 1, …, 171) dans l'espace des x et du y, sont ensuite évaluées par *DlodXNi* et *DmodYNi*. L'observation i est considérée comme mal reconstituée par le modèle lorsque le *DlodXNi* et le *DmodYNi* sont supérieures à un seuil Dcrit = $\sqrt{F_{0,95(k_{1,k2})}}$ dont la valeur est proposée par le logiciel SIMCA_P développé par WOLD (1975).

Le tableau N illustre le pourcentage d'observations mal reconstituées au niveau des x et des y pour le modèle de l'épuisement émotionnel. Seules 0,99% des observations sont mal reconstituées pour les x et seules 1,34% des observations sont mal reconstituées pour les y.

Qualité de représentation des observations	Implication affective
Dcrit (X) à 95%	1,694
% de DModXN i en excès	0,99%
Dcrit (Y) à 95%	2,283
% de DModYN i en excès	1,34%

Tableau 34 : Qualité de la représentation des données à l'aide de la composante t_1

Cette étape de la procédure de la régression PLS permet de valider la qualité du modèle de l'implication affective.

Sur cette base, nous pouvons considérer que la composante t_1 représente de manière satisfaisante l'influence du conflit travail-famille, des exigences du travail, de l'ambiguïté de rôle, de la perception du soutien à l'individu du cadre de santé, de la perception du soutien professionnel du cadre de santé, de la perception du soutien de l'équipe et de l'épuisement professionnel sur l'implication affective.

6.4.2.3 Etude du degré d'influence des variables explicatives du modèle

Le tableau n°35 présente l'équation de la régression PLS obtenue et les coefficients de sensibilité associés pour chacune des variables explicatives :

Variable	Implication affective
Constante	2,577
Dummy SSCPRO	0,080
Dummy SSCPERSO	0,116
Dummy SSE	0,068
Dummy CTF	0,017
Dummy CFT	0,000
Dummy AR	0,035
Dummy CR	-0,117
Dummy EXIGENCES	-0,112
Dummy EE	-0,125
Dummy AP	0,065
DummyD	-0,106

Tableau 35 : Paramètres du modèle de l'implication affective estimé par la régression PLS

Aucun coefficient de sensibilité n'est opposé à celui de la corrélation entre la variable explicative et la variable y. Par conséquent, nous pouvons interpréter les paramètres. Nous présentons les résultats en fonction de l'importance du degré d'influence des différentes variables explicatives.

Tout d'abord, nous remarquons l'influence significative et négative de l'épuisement émotionnel, du conflit de rôle, des exigences du travail et de la dépersonnalisation sur l'implication affective.

En d'autres termes, être émotionnellement vidé(e) par son travail, être « à bout » à la fin de la journée de travail, craquer à cause de son travail, se sentir fatigué(e) au lever pour affronter une autre journée de travail, être frustré(e) par son travail, travailler trop dur dans son travail, perception d'une inadéquation des ressources et du matériel pour l'exécution des tâches, estimer travailler sur des choses peu importantes, faire des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et pas par les autres, aller à l'encontre des règles ou des politiques pour accomplir ses tâches, recevoir des demandes incompatibles de

deux ou plusieurs personnes. la craindre de s'endurcir émotionnellement, être insensible aux gens, trop de demandes, la perception « d'un travail trop dur », la perception « de travailler trop vite diminuent fortement le sentiment d'appartenance des personnes à leur hôpital. Par conséquent, les hypothèses **H5.1, H2.2., H2.1 et H5.2. sont validées.**

Concernant le soutien social des cadres de santé, la perception d'une forte écoute sur les problèmes personnels et d'un degré élevé du niveau de communication sur les problèmes personnels de la part des cadres de santé permettent de renforcer l'implication affective des personnes. L'hypothèse **H4.1.b est validée**.

Aussi, le soutien professionnel de la part du cadre de santé a une influence positive et importante. Les personnes qui perçoivent que leur cadre de santé leur manifeste de l'estime, de la reconnaissance, cultive une relation de « respect » et une relation de « confiance », les rassure sur leurs compétences professionnelles et les aide à l'aménagement de leur planning se sentent plus impliquées affectivement par rapport à leur organisation. L'hypothèse **H4.1.a est acceptée.**

Le soutien de l'équipe a une influence positive sur le fait de se considérer comme un « membre de la famille » et de ressentir un fort sentiment d'appartenance à l'hôpital. Les encouragements de l'équipe dans les moments difficiles, son aide à relativiser quand ça ne va pas, la communication sur les problèmes personnels, la protection en cas de coup dur, la manifestation d'estime et de reconnaissance et l'aide à l'aménagement des plannings renforcent l'implication affective : l'hypothèse **H4.2. est validée**.

Le manque d'accomplissement personnel et l'ambiguïté influence positivement l'implication affective. Ce résultat conduit **au rejet des hypothèses H5.3 et H2.2.b.** Les facteurs du conflit travail-famille et du conflit famille-travail n'ont peu ou pas d'influence sur l'implication affective (VIP nul): **les hypothèses H2.3.a. et H2.3.b. sont rejetées.**

6.5 DISCUSSION ET MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS QUALITATIFS ET QUANTITATIFS

6.5.1 *DE NOMBREUX RESULTATS «CONTRE INTUITIFS »*

La méthode quantitative a pour objectif d'évaluer l'effet des tensions et l'efficacité des ressources interpersonnelles sur la qualité de vie au travail. Nous avons étudié deux modèles : (1) l'épuisement émotionnel et (2) l'implication affective.

Pour l'épuisement émotionnel, nous avons mis en évidence (1) l'influence significative de certaines tensions au travail. Les exigences du travail, le conflit travail-famille et l'ambiguïté de rôle influencent significativement et positivement l'épuisement émotionnel.

Les autres facteurs semblent moins importants. Toutefois, nous avons noté (2) deux résultats contre intuitifs concernant le SST : le « fort » soutien à l'individu du cadre de santé (écoute et communication sur les problèmes personnels) et le « fort » soutien de l'équipe (encouragements dans les moments difficiles, la communication sur les problèmes personnels etc.) ont une relation positive avec l'épuisement émotionnel perçue.

Nous notons néanmoins que (3) le soutien professionnel du cadre de santé (estime et reconnaissance de l'individu, aménagement des plannings, réciprocité dans la relation) entretient une relation négative avec l'assèchement des ressources de la personne.

Le dernier résultat (4) est peu important mais est contre intuitif. Les conflits de rôle élevés (estimer travailler sur des choses peu importantes, faire des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et pas par les autres, aller à l'encontre des règles ou des politiques pour accomplir ses tâches etc.) ont une relation négative avec l'épuisement émotionnel perçu.

Concernant l'implication affective, l'épuisement émotionnel, les conflits de rôle, les exigences du travail et la déshumanisation de la relation à l'autre influencent significativement et négativement l'implication affective (1).

A l'opposé, des niveaux élevés de soutien à l'individu et de soutien professionnel des

cadres de santé ou encore de soutien « collégial » influencent positivement la manière dont les personnes se perçoivent attachées à l'établissement.

Les derniers résultats sont moins importants mais contre intuitifs. Ne pas créer facilement une atmosphère détendue avec les patients, ne pas se sentir ragaillardi(e) en étant proche des patients et ne pas comprendre facilement ce qu'il ressente, ne pas avoir de responsabilités et des objectifs clairement définis favorisent l'implication affective.

Variables à expliquer	Variables explicatives (niveaux de perception élevés)	Significativité	Relation	Hypothèse
Epuisement émotionnel	CTF	Très importante	Positive	validée
	Exigences du travail	Très importante	Positive	validée
	Ambiguité de rôle	Importante	Positive	validée
	Soutien à l'individu du cadre de santé	Importante	Positive	non validée et sens inverse
	Soutien professionnel du cadre de santé	Importante	Négative	validée
	Soutien de l'équipe	Moins importante	Positive	non validée et sens inverse
	Conflits de rôle	Moins importante	Négative	non validée et sens inverse
	CFT	Moins importante	Absence	non validée
Implication affective	Epuisement émotionnel	Très importante	Négative	validée
	Conflits de rôle	Très importante	Négative	validée
	Soutien à l'individu du cadre de santé	Très importante	Positive	validée
	Exigences du travail	Très importante	Négative	validée
	Dépersonnalisation	Très importante	Négative	validée
	Soutien professionnel du cadre de santé	Très importante	Positive	validée
	Soutien de l'équipe	Importante	Positive	validée
	Manque d'accomplissement personnel	Importante	Positive	non validée et sens inverse
	Ambiguité de rôle	Moins importante	Positive	non validée et sens inverse
	CTF	Moins importante	Positive	non validée et sens inverse
	CFT	Moins importante	Absence	non validée

Figure 31 : Synthèse des résultats quantitatifs relatifs à la validation des deux modèles de recherche

6.5.1.1 Le paradoxe du SST : l'intégration des affects personnels dans l'organisation ?

En premier point, les ressources interpersonnelles influencent moins l'épuisement émotionnel que les tensions considérées dans la recherche. L'épuisement émotionnel est influencé significativement par les exigences du travail et le conflit ⇨ travail famille. Ce résultat n'est pas surprenant. En effet, les 60 personnes interrogées au cours des entretiens exploratoires signalent des exigences de travail très fortes.
L'épuisement émotionnel apparaît lorsque les demandes excessives de travail dépassent les ressources émotionnelles de l'individu. L'assèchement des ressources individuelles provoque l'incapacité chez ces individus à « *donner d'eux-mêmes* » sur le plan psychologique, de sorte qu'ils ont le réel sentiment d'être « *au bout du rouleau* ».

Nous avons montré au chapitre 3 que de nombreux auteurs ont mis en évidence le lien entre les exigences du travail et l'épuisement émotionnel chez les soignants (DE JONGE et al.[472], 1996 ; DE RIJK et al.[473], 1998, RAFFERTY et al.[474], 2001).

Sur la base des entretiens exploratoires, nous pensons que les exigences du travail sont d'autant plus fortement ressenties que les soignants estiment ne pas « couper avec l'hôpital » : « *Deux jours de repos, ce n'est pas assez pour récupérer. On ne coupe pas avec l'hôpital comme on coupe avec le « bureau »* » (entretien 3.60, IDE du pôle de médecine).

Le travail à l'hôpital, par sa nature, empiète sur la vie « hors travail ». Cet empiètement est renforcé par la surcharge de travail et l'amplitude des horaires. Dans certains services, les personnes alternent le travail de jour et le travail de nuit : «*On alterne le travail de jour, le travail de nuit, on travaille le week-end, on fait des gardes de 12 heures… C'est difficile de récupérer car la charge de travail est très variable […] Il faut toujours adapter sa vie personnelle en fonction des horaires* » (entretien 3.33, AS du pôle de médecine).

---

[472] DE JONGE J., JANSSEN P.P.M., VAN BREUKELEN G.J.P., (1996), « Testing the demand-control-support model among health-care professionals : a structural equation model », *Work and Stress*, Vol. 10, p. 209-224

[473] DE RIJK A.E., LE BLANC P.M., SCHAUFELI W.B., (1998), « Active coping and need for control as moderators of the demand-control model : Effects on burnout », *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 71, p. 1-18

[474] RAFFERTY A.M., BALL J., AIKEN L.H., (2001), *Are teamwork and professional autonomy compatible and do they result in improved hospital care? Quality in Health Care. N°10 S32-S37*, UK, Oxford University Press

Le rythme lié à la variabilité des horaires influence certainement la perception des interférences entre la vie professionnelle et la vie familiale « *Mes horaires cette semaine…J'ai commencé mercredi d'après-midi 13h45-21h15, enchaîné jeudi à la journée 8h30-16h30, puis vendredi/samedi/dimanche du matin 6h15-14h15 et lundi d'après midi. Je me sens en complet décalage par rapport aux horaires de mon mari. Mon travail est fatiguant et ma fatigue je la vis en dehors du travail, c'est usant* » (entretien 3.40, AS du pôle des personnes âgées).

Le conflit travail/famille engendre fortement l'épuisement émotionnel. Nos résultats corroborent les résultats des recherches menées sur des échantillons d'infirmières par LEITER et DURUP[475] (1996) ou encore par BURKE et GREENGLASS[476] (2001).

Lors des entretiens, nous avons remarqué que le terme d'usure professionnelle a été évoqué par près de la moitié des personnes interrogées. Il semble que l'épuisement ne soit pas une situation de « fatigue passagère » : « *Je me sens usée par mon travail. C'est physique, j'ai des problèmes de dos, j'ai régulièrement des tensions musculaires… En gériatrie, il y beaucoup de gens « cassés », on a beau avoir des lèves-malades c'est vraiment très dur parce qu'on a l'impression d'enchaîner les journées sans avoir le temps de récupérer. Moralement ce n'est pas facile non plus, moi je suis tout le temps stressée même quand je suis en repos parce qu'on est régulièrement appelé à revenir sur nos jours de congé pour des remplacements […] Pour améliorer la qualité de vie au travail, ce qu'il faudrait absolument ce sont des postes supplémentaires… Plutôt que de toujours nous mettre devant le fait accompli, on devrait nous faire participer aux décisions qui concernent les investissements en matériel, les formations […] Les relations entre nous et avec les cadres sont importantes mais ça ne suffit pas.* » (entretien 3.42, AS du pôle des personnes âgées).

Les relations avec le cadre de santé et avec l'équipe sont importantes. Pourtant, nous avons mis en évidence qu'une perception élevée du soutien à l'individu (de la part des cadres et de l'équipe) augmente l'épuisement perçu.

Sur ce point, les entretiens qualitatifs mettent en évidence l'importance de l'esprit d'équipe mais font également ressortir que le climat relationnel des équipes est fragile.

[475] LEITER M.P., DURUP M.J., (1996), « Work, Home and In-Between : A Longitudinal Study of Spillover », *Journal of Applied Behavioral Science*, Vol. 32, p. 29-47

[476] BURKE R.J., GREENGLASS E.R., (2001), « Effects of changing hospital units during organizational restructuring », *Health Care Manage*, Vol. 20, p. 10-18

L'entretien d'un climat émotionnel et relationnel « stable » passe par des compromis personnels : « *les infirmières supportent beaucoup de choses. Nous avons la chance d'être une équipe soudée et nous nous apprécions beaucoup. Cela aide à rendre la charge de travail plus supportable. Mais la bonne entente générale reste superficielle, on doit prendre beaucoup de chose sur soi pour ne pas créer des conflits entre les IDE/AS… Donc on peut compter sur l'équipe mais ça dépend de l'ambiance et des périodes* » (entretien 3.61, IDE du pôle de chirurgie).

Une des premières limites de notre modèle concerne l'absence de prise en compte de (1) la qualité perçue des relations[477] et (2), l'absence de nombreux facteurs individuels. Dans les modèles transactionnels du stress, par exemple, les aspects de la personnalité[478] influenceraient l'épuisement professionnel perçu. Certains chercheurs se sont attachés à montrer que névrosisme influencent l'épuisement émotionnel (DEARY et al.[479], 1996 ; GODDARD et al.[480], 2004). Le névrosisme caractérise la capacité de l'individu à ajuster sa stabilité émotionnelle avec un ensemble de sentiments négatifs (anxiété, tension nerveuse). Il semble que cette variable influence significativement l'épuisement émotionnel perçu par les infirmières (ZELLARS et al.[481], 2000). D'autres aspects individuels sont étudiés : l'endurance (hardiness) (CONSTANTINI et al.[482], 1997), le profil comportemental (GANSTER et al.[483], 1991), l'estime de soi (ROSSE et al.[484],

[477] Nous nous sommes tenus à l'évaluation « prospective » de l'aide.

[478] Mc CRAE et COSTA ont propose un modèle théorique intégrant cinq traits de personnalité (extraversion, agréable, consciencieux ; névrosisme, ouverture) dans MCCRAE,R. R., COSTA, P. T., Jr. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. In J. S. Wiggins (Ed.), *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives* (pp. 51-87). New York: Guilford.

[479] DEARY I., BLENKIN H., AGIUS R., ENDLER N., ZEALLY H., WOOD R., (1996), « Models of job-related stress and personal achievement among consultant doctors », *British Journal of Psychology*, Vol. 87, p. 3-29

480 GODDARD R., PATTON W., CREED P., (2004), « The importance and place of neuroticism in predicting burnout in employment service case managers », *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 34 , p. 282-296

[481] ZELLARS K. L., PERREWE P.L., HOCHWARTER W.A., (2000), « Burnout in health care: the role of the five factors of personality », *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 30, p. 1570-1598

[482] CONSTANTINI A., SOLANO L., Di NAPOLI R., BOSCO A., (1997), « Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards », *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 66, p. 78–87

[483] GANSTER D., SCHAUBROECK J., SIME W., MAYES B., (1991), « A new look at nurse burnout : the effect of environmental uncertainty and social climate », *Journal of Nursing Administration*, Vol. 31, p. 91-96

[484] ROSSE J.G., BOSS R.W., JOHNSON A.E., CROWN D.B., (1991), « Conceptualizing the role of sel-esteem in the burnout process », *Group and Organization Studies*, Vol. 16, p. 428-451

1991), le « locus of control » (FIELDING et GALL[485], 1982), le sens de la cohérence (BAKKER et al.[486], 1997).

Par ailleurs, l'écoute et la communication sur les problèmes personnels ont pu être interprétés comme un « moment pour ruminer l'émotion négative » (COLLINS et BELL[487], 2003). Néanmoins, nous pensons que percevoir un déficit d'attention du cadre et des collègues peut être néfaste. La disponibilité de l'entourage professionnel offre une possibilité une liberté aux personnes de solliciter cette aide ou pas.

Que l'épuisement soit étudié dans une perspective interactionniste ou transactionnelle, les chercheurs s'accordent sur un point : les caractéristiques personnelles peuvent être influencées par le contexte et la situation. Un climat organisationnel serein et des relations interpersonnelles de qualité peuvent avoir un caractère stable tandis que les ressources personnelles peuvent s'assécher. Si le degré d'influence du soutien professionnel de la part des cadres est moins important que celui des tensions, nous avons montré que l'estime, la reconnaissance, la réciprocité dans la relation et l'aménagement des plannings peut permettre à l'individu de se protéger de l'épuisement émotionnel. L'estime et la valorisation de la contribution des personnes semblent donc essentielles.

La mission de soin et d'aide aux patients semble chargée de sens pour les personnes que nous avons interrogées. En d'autres termes, les soignants investissent sans compter leur énergie et leurs ressources pour aider les personnes hospitalisées à faire face. En retour, les infirmières, les aides-soignantes et les agents des services hospitaliers attendent un accompagnement humain au quotidien.

Force est de constater que les entretiens exploratoires font ressortir un grand nombre d'insatisfactions par rapport aux conditions de travail dans les services. Les émotions négatives exprimées par les personnes pourraient induire une forte démotivation, un sentiment d'inefficacité au travail, des frustrations qui peuvent être dommageables pour la qualité du service rendu aux patients : « *C'est la reconnaissance au travail, et la*

[485] FIELDING M., GALL M. (1982), "Personality and situational correlates of teacher stress and burnout". Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, New York.
[486] BAKKER M., NORTH D., SMITH D.F., (1997), « Burnout, sense of coherence and sources of salutogenesis in social workers », *Psychology : a Journal of Human Behavior*, Vol. 34, p. 22-26
[487] COLLINS K., BELL R., (2003), « Personnality and agression : the dissipation-rumination scale », *Personnality and Individual Differences*, Vol. 34, p. 751-755

confiance entre l'administration et le personnel (et le rouage intermédiaire est représenté par les cadres) qui permettront d'améliorer le confort au travail. Ca passe par l'écoute et la compréhension de nos difficultés plutôt que par une condamnation systématique dès qu'on hausse le ton » (entretien 3.45, IDE du pôle de chirurgie).

Une deuxième limite de nos modèles concerne l'absence de prise en compte du soutien perçu de la part de l'établissement. Le déficit perçu par les personnes interrogées semble très important.

6.5.1.2 L'implication affective des soignants renforcée par le soutien social des cadres de santé et de l'équipe

Dans la section consacrée à la présentation des résultats issus de la régression, il ressort que le facteur le plus significativement associé à l'implication affective est l'épuisement émotionnel.
Ces résultats corroborent les résultats de CROPANZANO et al.[488] (2003). L'assèchement des ressources et donc la qualité de vie perçue par les personnes sur leur lieu de travail influence fortement leurs comportements et leur attachement à l'organisation.
Par ailleurs, les conflits de rôle et les exigences du travail influencent significativement et négativement l'implication affective des soignants.

Le SST des cadres de santé influence significativement et positivement l'attachement affectif. Ce n'est pas la valorisation de la contribution de l'individu qui influence le plus significativement cet attachement mais l'ouverture du cadre de santé sur les problèmes personnels de l'individu.
Ce constat semble confirmer la mauvaise formulation de l'item «problèmes personnels » qui a certainement été associé à « moments difficiles » alors que nous souhaitions englober « l'ensemble des problématiques liées à l'individu et son développement ». Dans certains entretiens nous avons étiqueté maladroitement certaines catégories d'information . C'est la cas par exemple pour cet extrait d'entretien, que nous avons

[488] CROPANZANO R., RUPP D.E., BYRNE Z.S., (2003), « The Relationship of Emotional Exhaustion to Work Attitudes, Job Performance and Organizational Citizenship Behaviors », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 88, p. 160-169

classé dans « écoute des problématiques professionnelles + écoute des problématiques personnelles»: *« Elle est vraiment l'élément qui fédère, elle est à notre écoute lorsqu'on est ensemble pendant les transmissions. Elle nous écoute aussi individuellement et la porte de son bureau est ouverte en permanence. Avec elle, on communique aussi beaucoup. […] Grâce à elle, nous avons confiance en ce que nous réalisons. Certaines affirment mêmes de nouvelles ambitions : il y a deux jeunes aides-soignantes qui souhaitent reprendre les études pour devenir infirmières. I. les y encouragent fortement, ça joue beaucoup* ».

Le soutien de l'équipe semble également important. Ce résultat confirme les résultats des entretiens qualitatifs.

Les résultats les plus surprenants concernent les influences positives du manque d'accomplissement personnel (importante) et de l'ambiguïté de rôle et du conflit travail ⇨ famille (moins importantes).

Cela signifie que moins l'individu crée une atmosphère détendue avec les patients, moins il comprend ce qu'ils ressentent et plus il se sent « *comme un membre de la famille dans l'établissement* ». En réalité, lors des entretiens exploratoires de nombreuses personnes ont mis en évidence le manque de temps consacré à l'échange et surtout la compression des temps en règle générale, soulignant une complexification des objectifs et des responsabilités.

Le manque de temps entraînerait une élévation des pressions temporelles perçues et un débordement des contraintes professionnelles sur le temps de vie de l'individu : « *A l'hôpital, on ne compte pas nos heures supplémentaires… Si on quitte le service avec 30 minutes de retard parce qu'on reste discuter avec une famille ou avec un patient… Ou s'il y a un imprévu et que l'équipe qu'on quitte est dans la panade… On ne compte pas… De toute façon, c'est déjà trop brouillon la gestion des plannings, ça ne sert à rien et puis on n'est pas là pour ça.* » (entretien 3.18, AS du pôle de médecine ». Les soignants sont « habitués » à un déficit de ressources, à ne pas avoir le temps de fixer des objectifs clairs et précis, de voir leur vie professionnelle prendre le pas sur leur temps « hors travail » et de ne plus avoir autant de temps pour développer l'échange avec les patients seulement sur leur temps de travail.

Finalement, les échanges sociaux entre les cadres de santé, les IDE, les AS et les ASH

sont importants. Nos résultats « contre intuitifs » ne sont pas si étonnants.

Au cœur de ces résultats ressort la principale limite de notre recherche : l'absence d'évaluation des pratiques de l'établissement par les soignants. Il semble que la qualité des relations dans les services passe par la mise à disposition de ressources (temporelles et humaines) par la direction de l'établissement et nous disposons de peu d'éléments pour les évaluer objectivement et prédire leur influence sur les personnes.

Concernant la nature du SST, l'aspect émotionnel domine l'aspect professionnel mais l'opérationnalisation du concept et son pouvoir prédictif montre que la combinaison des approches qualitatives et quantitatives est essentielle pour interpréter les résultats.

6.5.2 *EXPLORER, DECRIRE ET EXPLIQUER LE SOUTIEN SOCIAL A L'HOPITAL : LA VALIDITE DE LA RECHERCHE…*

Si la généralisation de nos résultats est peu soutenable d'un point de vue statistique, il est un point qui nous a semblé crucial dès la fin de la première année de thèse et que nous avons évoqué tout au long de ce travail : le questionnement sur l'existence de relations de soutien dans le contexte du travail hospitalier. Ce questionnement est à notre sens, le fil conducteur de la thèse et cette particularité nous amène à considérer les validités interne et externe conjointement.

6.5.2.1 Convergence des validités interne et externe

YIN[489] (1994) distingue quatre critères permettant l'évaluation de la qualité d'une étude de cas. Ces quatre critères peuvent être regroupés en deux groupes : (1) la validité interne (validité de construit et validité interne) et (2) la validité externe (généralisation et réplication) de la recherche.

Que l'étude de cas constitue un objet de recherche à part entière ou partielle, on lui reconnaît comme principal apport sa validité interne (HLADY-RISPAL[490], 2000). En effet, elle permet une compréhension approfondie des phénomènes complexes et

[489] YIN R.K., (1989), *Case study research design and methods*, Beverly Hills, Sage Publications
[490] HLADY-RISPAL M., (2000), « Une stratégie de recherche en gestion », *Revue Française de Gestion*, p. 61-70

spécifiques.

En revanche, la validité externe de l'étude de cas fait l'objet de nombreux débats et plus particulièrement, lorsque l'étude consiste en l'appréhension d'une seule unité d'analyse. Par conséquent, la généralisation des résultats est complexe. Dans sa typologie sur les stratégies des cas, YIN[491] (2003) suggère que l'étude d'un cas unique peut avoir une visée descriptive ou explicative. En fonction de cet objectif, les critères de qualité qu'il propose se discriminent.

Pour aller au-delà de la distinction entre la validité interne et la validité externe, nous nous appuyons sur la validité théorique telle que définie par MAXWELL[492] (1992). Selon l'auteur, la validité théorique s'applique lorsque le chercheur passe d'une démarche descriptive et interprétative à une démarche explicative. Dans cette perspective, les résultats de la recherche (issues de descriptions et d'interprétations) sont étoffés par des compléments de connaissances issus de concepts théoriques sans rapport immédiat avec l'étude.

Concrètement, notre réflexion sur la validité de la recherche a d'abord été « globale ». Le point de départ était de prouver l'existence du soutien social au travail. Les premiers contacts au terrain ont été surprenants et nous nous sommes intéressés aux travaux des psychologues pour nous armer sur la nature des comportements de soutien et faire en sorte que les praticiens n'y voient pas seulement une approche « normative ».

Par la suite, pour répondre à notre question de recherche, deux choix nous sont apparus comme adaptés : l'étude d'un cas unique ou l'étude de cas multiples.

Parallèlement, nous nous sommes interrogés sur la structuration des recherches menées par les chercheurs anglo-saxons. Ainsi, avons remarqué que le soutien social au travail est appréhendé de manière quadratique dans les articles de recherche : définition, description des comportements étudiés, opérationnalisation et modélisation.

La variété des modélisations et la mise en perspective des deux courants théoriques abordés dans la première partie prouvent que les points d'entrée l'étude des relations au travail et de leurs influences sur les attitudes et les comportements sont multiples.

[491] YIN R.K., (2003), *Applications of Case Study Research. Applied Social Research Series. Vol. 34, Second Edition*, , Sage Publications

[492] MAXWELL J.A., (1992), « Understanding and Validity in Qualitative Research », *Harvard Educational Review*, Vol. 3, p. 279-300

La démarche des anglo-saxons nous est apparue adaptée dans la mesure où elle nous permettait de répondre partiellement aux questions de fond qui nous semblaient importantes, sur la base de la revue de littérature **: Le soutien au travail existe-il ? Est-il attendu ? Comment se matérialise-t-il ? Ces comportements peuvent-ils s'inscrire dans des pratiques ? Quels effets ont-ils ?** Outre les aspects logistiques que nous avons mentionnés précédemment, l'étude de cas a donc été un moyen de combiner une approche descriptive, compréhensive et explicative.

6.5.2.2 Implications théoriques : le soutien social à l'hôpital

Sur la base des différents résultats, il nous est apparu que les actions de soutien prennent leur sens par rapport à ce qui reconnu, ce qui est possible, ce qui est voulu, ce qui attendu, ce qui est mobilisé et ce qui est effectivement perçu par les parties de l'échange.

Si nous avons fait le choix de nous concentrer sur l'étude de la perception du soutien social au travail du point de vue de ceux qui le reçoivent, la prise en compte de cette facette n'a de sens que dans un cadre relationnel. L'approche dyadique mobilisée par les entretiens exploratoires fait ressortir de nombreux facteurs influençant les perceptions des parties de la relation d'échange.

Sans en étudier la nature, la mise en évidence de ces différents niveaux perceptuels du soutien professionnel nous aide à expliquer pourquoi de nombreux soignants perçoivent **un décalage** entre leurs attentes de soutien par rapport à leur cadre et à leurs collaborateurs :

(1) **<u>La reconnaissance des situations</u>** et des événements qui nécessitent l'expression des comportements de soutien. La mission d'aide au patient a été unanimement mentionnée comme étant l'essence du soutien social à l'hôpital. Le rapport quotidien à la souffrance, à la mort justifie la nécessité de pouvoir évacuer les tensions vécues quotidiennement dans les services par l'échange verbal. Les exigences de travail, l'atypicité des horaires, la charge de travail et l'environnement de travail sont également des facteurs qui ressortent très nettement dans l'ensemble des entretiens. Si cette situation génère des insatisfactions, elle est vécue comme « normale » par les soignants que nous avons interrogés.

(2) <u>Ce qui est possible pour les cadres de santé et les collaborateurs</u>. Globalement, la plupart des personnes que nous avons interrogées reconnaissent un engagement dans la relation d'aide à leurs collaborateurs. Toutefois de nombreuses contraintes ont été mentionnées. Ces contraintes freineraient l'expression de certains types de comportements et peuvent constituer un obstacle à la disponibilité ou à la capacité de manifester de l'aide.

Au niveau du travail et de l'environnement de travail, l'autonomie, la confiance entre les acteurs, la qualité des relations entretenues, la suffisance du personnel, la configuration des services (dans certains services, l'office des infirmières sert de salle de pause), l'atmosphère, la connaissance des membres de l'équipe… Sont des éléments mentionnés, de manière inégale dans les entretiens, qui pourraient favoriser l'expression des comportements de soutien.

Au niveau contextuel, les conséquences de l'accréditation sur les métiers des soignants et notamment l'introduction d'activités administratives de saisies des soins au patient, l'intensification de la charge de travail, la dégradation des conditions de travail, le non remplacement des personnes absentes dans les services pourraient constituer des freins aux comportements de soutien.

Au niveau individuel : la personnalité des agents de la relation, le « style de management » des cadres de santé (autoritaire vs participatif), l'acceptation de l'expression des affects, l'âge, le genre, l'expérience, le statut (cadre ou faisant fonction de cadre) sont mentionnés comme des éléments important et explicatifs de la construction de la relation de soutien.

(3) <u>Les actions voulues par les personnes qui fournissent le soutien.</u> Le point le plus délicat à aborder concerne la prise en compte des difficultés personnelles des collaborateurs. Près de la moitié des personnes interrogées considèrent que l'expression des difficultés personnelles dépasse le cadre des relations au travail. Ces mêmes personnes reconnaissent laisser leurs propres difficultés personnelles aux portes de l'hôpital. De ce fait elles seront peut être moins sensibles à l'expression de certains affects. Par ailleurs, les entretiens des cadres de santé ont montré une relation étroite entre les comportements voulus et la volonté de considérer l'ensemble des collaborateurs de

manière équitable.

(4) <u>Les comportements et les actions attendues par les personnes</u>. Les attentes de soutien sont variées et concernent à la fois les problématiques professionnelles et personnelles. Ces attentes mettent en évidence que les soignants ont surtout besoin de pouvoir exprimer leurs émotions liées aux difficultés rencontrées au travail.

(6) <u>Le soutien perçu par les demandeurs d'aide</u>. C'est la facette du soutien que nous avons opérationnalisée. La revue de littérature nous a alerté sur la complexité de cette dimension. La perception du soutien concerne théoriquement à la fois la disponibilité perçue du soutien et la satisfaction par rapport à ce dernier. La disponibilité des collaborateurs n'est pas un gage de satisfaction dans la relation d'aide. Ainsi, les résultats concernant l'effet direct du soutien social nous paraissent être à interpréter avec grande précaution compte tenu des interdépendances entre les différents niveaux perceptuels. Ce principe de précaution est d'autant plus important que la nature des ressources échangées dans la relation de soutien est intangible, émotionnelle et instable dans le temps.

L'analyse de contenu approfondie met en évidence que le soutien du manager et celui de l'équipe sont de natures différentes mais leur point commun réside dans le caractère affectif et d'estime de l'échange. Les entretiens exploratoires nous ont amené à faire la distinction entre deux composantes[493] du soutien du cadre de santé: un soutien socio-émotionnel / instrumental professionnel[494], un soutien à l'individu[495].

Sur la base de ces mêmes entretiens, le soutien de l'équipe serait de deux types : un soutien socio-émotionnel à l'individu[496] et un soutien socio-émotionnel et instrumental

[493] La composante 1 « professionnelle » englobe un soutien relationnel, émotionnel et instrumental.
[494] D'estime (manifestation d'estime, de reconnaissance, réassurance sur les compétences professionnelles, feedback sur le travail), de réceptivité et d'écoute des problèmes professionnels, émotionnel (protection dans les moments difficiles, encouragements) , de réciprocité (respect, confiance, communication sur les problèmes personnels) et instrumental (aide dans le travail, aménagement des plannings et aide à l'intégration dans l'équipe.
[495] Ecoute et communication sur les problèmes personnels.
[496] De réceptivité (écoute des problèmes personnels), de manifestations d'affects positifs (protection, encouragements, aide à relativiser), de réciprocité (confiance et communication sur les problèmes personnels.

professionnel[497]. Les associations entre les types de soutien voulu/attendu et les sources du soutien (manager, équipe) diffèrent.

6.5.2.3 Les implications méthodologiques : la difficile mesure des « affects positifs » et l'importance de ces affects au travail

Le caractère contingent du soutien social oblige une investigation en profondeur pour comprendre les situations où les individus ont besoin de l'exprimer.

Les résultats de notre recherche corroborent les résultats des recherches antérieures sur le soutien social et convergent avec les développements récents sur le *coping*, sur un point essentiel : **le rôle important des émotions**.

Plus précisément, **la manifestation d'affects d'émotions positives** joue un rôle important sur l'implication affective des salariés et influence négativement (moins significativement) l'épuisement émotionnel.

Ces résultats nous conduisent à faire un lien avec les résultats de SCHWARZER et al.[498] (2002) et FOLKMAN[499] (1997) sur *le coping*. La théorie du *coping* positif s'inscrit dans le courant de la psychologie positive (SELIGMAN et CSIKSZENTMIHALYI[500], 2000). Dans ces perspectives, l'expression de « sentiments positifs » tels que le bonheur, la joie et l'enthousiasme, servent à l'épanouissement et au bien-être des individus, des groupes sociaux et des sociétés. SCHWARZER et al. (2002) et FOLKMAN (1997) soulignent l'importance du sens accordé à l'événement et à la gestion des problèmes et au sentiment d'auto-efficacité dans la résolution du problème.

Les qualités psychométriques de l'échelle de mesure que nous avons développée sont

[497] Instrumental (aide à la réalisation des tâches, aide pour les changements de plannings), de réciprocité (respect, communication sur les problèmes professionnels), d'estime et de reconnaissance professionnelle, de réceptivité et d'écoute.

[498] SCHWARZER R., KNOLL N. (2002). Positive Coping: Mastering Demands and Searching for Meaning. To appear in: S.J. Lopez, C.R. Snyder, (Eds.), *Handbook of Positive Psychological Assessment.* Washington, DC: American Psychological Association.

[499] FOLKMAN S., (1997), « Positive psychological states and coping with severe stress », *Social Science and Medicine*, N° 45, p. 1207-1221

[500] SELIGMAN M. E., CSIKSZENTMIHALYI M., (2000), « Positive psychology : An introduction », *American Psychologist*, N° 55, p. 5-14

discutables. La complexité du concept de SST réside partiellement dans la délimitation « floue » de la frontière entre les comportements « acceptés » (confiance, réassurance sur les compétences, par exemple) et «inégalement acceptés » (écoute et communication des problèmes personnels). La régression PLS nous a permis de résoudre une partie des problèmes liés à la problématique de recherche. Toutefois, pour mener des analyses plus fines et comprendre plus précisément le lien entre les différents aspects du construits et d'autres aspects des « méta-construits » qui l'englobent… La mesure mérite d'être affinée.

A titre d'exemple, récemment, certains chercheurs (UCHINO et al. [501], 2001 ; COHEN[502], 2004) ont montré l'intérêt des mesures de liens conflictuels pour améliorer l'appréhension du soutien social. En effet, le conflit social peut être associé à une baisse du bien-être psychologique (ROOK[503], 1984). Il fait référence aux types variés d'interactions sociales négatives pouvant intervenir au cours des échanges (conflit, hostilité, exigences non souhaitées) ou de transactions perçues comme négatives. Cette perspective pourrait être intéressante mais la validité discriminante de l'échelle pourrait alors être discutée. Par exemple, la formulation positive des items liés à la dimension « personnelle » pourrait induire les résultats.

6.5.2.4 Les implications managériales : L'importance du soutien émotionnel au service de la performance à l'hôpital

Au point de départ de la thèse, notre souhaitions construire une typologie des pratiques de soutien organisationnel reconnues par les praticiens et interroger les salariés sur leur perception de l'utilité de ces pratiques. La complexité conceptuelle du soutien social nous a sans cesse obligé à des remises en question épistémiques et méthodologiques de telle sorte que d'une visée « prédictive », nous avons évolué vers une visée compréhensive du phénomène. Il est finalement apparu une évidence dans tous les entretiens et qui ressort également dans la partie quantitative de la recherche. Le soutien social à l'hôpital consiste essentiellement en la reconnaissance de la personne et des ses caractéristiques personnelles.

[501] UCHINO B.N., HOLT-LUNSTAD J., UNO D., FLINDERS J.B., (2001), « Heterogeneity in the social networks of young and older adults: Prediction of mental health and cardiovascular reactivity during acute stress », *Journal of Behavioral Medicine*, N° 24, p. 361–382
[502] COHEN S., (2004), « Social Relationships and Health », *American Psychologist*, Vol. 59, p. 676-684
[503] ROOK K.S., (1984), « The Negative Side of Social Interaction: Impact on Psychological Well-Being », *Journal of Personality & Social Psychology*, Vol. 46, p. 1097-1108

La norme de réciprocité est donc bien au cœur de l'échange social. En effet, les soignants soulignent un déséquilibre entre les efforts fournis et en retour, estiment être « oubliés ». Selon le modèle de SIEGRIST[504] (1986), l'état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre les efforts qu'une personne consent à fournir dans son travail et les récompenses qu'elle reçoit en retour. Les récompenses peuvent être de trois sortes : les gains monétaires (salaires, primes, etc.), l'estime reçue de la part des collègues et des supérieurs et le degré de contrôle sur son statut professionnel (perspectives de promotion, sécurité de l'emploi, …). A ce titre, le soutien social organisationnel doit être considéré comme une compétence sociale.

Les types de soutien social mis en évidence dans la recherche se réfèrent à la capacité des individus à mobiliser des comportements adaptés pour aider leurs collaborateurs à gérer, maîtriser et/ou supporter leurs émotions. A cet égard, les comportements de soutien social à l'hôpital sont des « savoirs être émotionnels ». Ils permettent de renforcer l'attachement affectif des personnes à leur organisation. C'est ce que nous avons eu l'occasion de montrer dans le dernier chapitre de la thèse.

Dans une perspective proche, les résultats des recherches américaines sur les Magnet Hospitals (AIKEN et al.[505], 2000 ; BUERHAUS et al.[506], 2000) constituent des perspectives d'enrichissement intéressantes. Ces recherches ont mis en évidence un ensemble de facteurs d'attractivité et de rétention du personnel soignant. Les Magnet Hospitals sont des structures qui favorisent l'autonomie, le contrôle, le développement de relations positives entre les membres des équipes, la participation aux décisions d'établissement, le management participatif et un environnement de travail valorisant la contribution du personnel.

AIKEN et al. (2000) ont montré que l'autonomie et la prise d'initiative sont deux facteurs explicatifs de la fidélisation des soignants. Le développement d'un environnement de travail soucieux de la qualité de vie présente un intérêt à quatre niveaux (AIKEN et al.,

504 SIEGRIST J., (1996), « Adverse Health Effects of High Effort/Low Reward Conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 1, p. 27-41

505 AIKEN L.H., CLARKE S.P., SLOANE D.M., (2000), « The magnet nursing services recognition program: A comparison on two groups of magnet hospitals », *American Journal of Nursing*, Vol. 100, p. 26-36

506 BUERHAUS P., STAIGER D., AUERBACH D., (2000), « Why Are Shortages of Hospital RNs Concentrated in Specialty Care Units ? », *Nursing Economics*, Vol. 18, p. 3111-116

2000, 2001[507]). Premièrement, il diminuerait les risques liés aux erreurs médicales. Deuxièmement, les coûts liés au turnover des soignants seraient moins importants. Troisièmement, la satisfaction des patients serait plus élevée. Quatrièmement, les niveaux d'épuisement professionnel seraient moins importants et la satisfaction au travail plus élevée.

Dans une autre perspective, l'enquête Press-Next (ESTYN-BEHAR[508], 2004) témoigne en France d'un manque de soutien psychologique perçu par les soignants face à la charge émotionnelle, au stress, aux contraintes professionnelles et à l'agressivité des patients. (62% des soignants). Les résultats de cette enquête montrent que le besoin de communiquer avec l'équipe et les collègues est la source la plus importante de soutien. Nos résultats mettent en évidence l'importance de la manifestation d'affects positifs sur l'attachement des personnes à leur établissement.

Trois enjeux forts des pratiques organisationnelles nous semblent importants. Tenir compte des attentes respectives des parties de l'échange (1) pour aider les salariés à développer leur conscience relationnelle (2) et les accompagner dans ce développement (3) mérite d'être réfléchi. Les tensions au travail ont un caractère très variable, elles peuvent diminuer, se stabiliser ou augmenter. La qualité des relations interpersonnelles est une variable sur laquelle l'organisation a un certain contrôle. D'ailleurs le contrôle et l'autonomie accordés aux salariés pourraient constituer un approfondissement intéressant pour la suite.

[507] AIKEN, L. , CLARKE, S., SLOANE, D., SOCHALSKI, J., BUSSE, R., GIOVANNETTI, P., HUNT, J., RAFFERTY, A., & SHAMIAN, J. (2001), "Nurses' reports on hospital care in five countries: The ways in which nurses' work is structured have left nurses among the least satisfied workers, and the problem is getting worse", *Health Affairs,* vol. 20, p. 43-53.

[508] ESTRYN-BEHAR M., (2004), *Santé, satisfaction et abandon du métier de soignant*, Etude PRESST-NEXT

CONCLUSION DU CHAPITRE 6

Les statistiques sont un moyen d'objectiver des processus complexes mais elles ne permettent pas de s'affranchir de la richesse des résultats générés par les approches théoriques et par l'approche qualitative.

Les résultats concernant la validité convergente de nos échelles de mesure de la perception du soutien social ont révélé une corrélation élevée entre les composantes « professionnelles » et « personnelles » pour l'échelle de mesure du soutien du cadre de santé. Au départ, cette corrélation entre les composantes a posé un problème majeur pour tester nos hypothèses de recherche. Les deux dimensions sont sensées mesurer deux facettes du soutien qui se discriminent entre elles.
En croisant les résultats qualitatifs et quantitatifs, ce point constitue un élément d'information important. En dehors des erreurs que nous avons pu commettre dans la rédaction des items de notre questionnaire, il semble que la frontière entre les comportements du cadre à l'égard de la personne comme « professionnel » et la personne comme « individu » soit difficile à clarifier.

Grâce à la régression PLS, nous avons pu évaluer isolément l'effet de ces deux types de soutien du manager de proximité et mettre en évidence que les effets attendus ne sont pas ce que nous avions prédit.

Le « soutien professionnel » du cadre de santé modère l'épuisement émotionnel tandis que le « soutien personnel » aurait une influence contraire. Cela peut signifier plusieurs choses et c'est ce que nous avons compris grâce aux entretiens exploratoires et aux nombreux articles de recherche traitant des relations interpersonnelles.

D'abord, certaines personnes considèrent que le « hors travail » et tout ce qu'il représente doit rester aux portes de l'organisation. Ensuite, certaines personnes estiment que l'expression des difficultés personnelles au travail est un moyen risqué de ruminer des émotions négatives. Enfin, les soignants sont quotidiennement confrontés à la douleur des autres de telle sorte qu'ils reconnaissent unanimement que les problèmes des patients passent avant les leurs.

Pourtant, nous avons montré dans cette partie que le soutien personnel du cadre de santé influence positivement et significativement l'attachement émotionnel des personnes à leur établissement. Il semble par conséquent que les services de soins ne soient pas un lieu de marginalisation de l'expression des difficultés personnelles. Le cadre de santé a donc un rôle important puisque lorsqu'il sait reconnaître ses collaborateurs et nouer des relations de confiance et de respect avec ses derniers il les aide à modérer les effets de l'épuisement émotionnel qu'ils perçoivent.

Par ailleurs, un cadre à l'écoute et prêt à communiquer sur les difficultés personnelles de ses collaborateurs crée un climat favorable à l'implication. Les résultats concernant les effets du SST de l'équipe sont néanmoins moins significatifs mais positifs. Nous avons montré que la manifestation d'estime, de reconnaissance, la valorisation de la contribution des collègues, les encouragements, la protection et l'aide à relativiser de l'équipe aident l'individu à se sentir « attaché à l'hôpital ».
La faible influence de l'équipe dans les deux modèles semble surprenante dans la mesure où ce soutien est considéré comme central par les personnes interrogées au cours des entretiens exploratoires. Nous pensons que le soutien de l'équipe est globalement mieux perçu par les soignants mais que l'absence de soutien du cadre de santé un plus fort motif d'insatisfaction.
La mise en perspective des résultats qualitatifs et quantitatifs répond aux interrogations de départ. Les personnes attendent du soutien par rapport à leur environnement de travail, ces attentes sont avant tout des attentes émotionnelles et de reconnaissance. Les comportements de SST perçus influencent positivement l'implication.

Les comportements de soutien du cadre de santé nous apparaissent importants et méritent réflexion. Premièrement au regard des soignants, le cadre de santé représente la Direction des Ressources Humaines et par conséquent, c'est une personne ressource qui se légitime par la qualité de l'échange qu'il développe avec ses collaborateurs. Deuxièmement, il semble que ses actions aient un poids conséquent sur la qualité au travail des personnes dans les services de soins. Troisièmement, le cadre de santé catalyse le climat émotionnel de l'équipe et à ce titre, il lui même un rôle à jouer sur le développement des actions d'aide des collaborateurs entre eux. Ce rôle doit être développé et soutenu par les pratiques organisationnelles.

CONCLUSION GENERALE

L'objectif de cette recherche était de contribuer à la compréhension du soutien social au travail. D'abord, nous avons proposé une conceptualisation en spécifiant sa nature qu'il soit mobilisé par les managers de proximité ou par les collègues. Nous avons mis en évidence la coexistence de deux représentations du SST[509] en soulignant cinq niveaux perceptuels : (1) la reconnaissance des situations où les personnes expriment leur soutien, (2) les comportements voulus par les personnes qui fournissent, (3) les contraintes / les leviers influençant l'expression du soutien, (4) les attentes et (5) le soutien réellement perçu. La clarification sur les ressources que les personnes estiment investir montre leur caractère émotionnel. Cela signifie que les ressources mobilisées dans la relation interpersonnelle sont d'abord des ressources personnelles. Par la suite, nous avons développé une mesure de la perception du soutien social au travail pour enfin, répondre à deux questions générales de recherche : Permet-il de modérer directement l'épuisement professionnel perçu ? Permet-il de renforcer directement l'implication organisationnelle ?

La revue de littérature nous a permis dans un premier temps de mettre en évidence deux approches du soutien de l'organisation par rapport à ses salariés. Un premier constat concerne la convergence des approches en management et en psychologie pour montrer que globalement, le soutien de l'organisation et de ses représentants modère (directement ou indirectement) le burnout et favorise l'implication organisationnelle. Toutefois, les résultats des recherches présentées dans la première partie de la thèse nous ont amené à un deuxième constat : les effets du soutien social diffèrent en fonction (1) du type de soutien mobilisé et/ou perçu (émotionnel vs. Instrumental), (2) des situations nécessitant l'expression de ces comportements et (3) de l'adéquation ou l'inadéquation entre le soutien « voulu » et le soutien « perçu ». D'après les chercheurs en psychologie sociale, la nature du soutien social devrait être étudiée en fonction de son contexte et des attentes des acteurs de l'échange. Les effets du soutien sont globalement positifs mais l'opérationnalisation permet difficilement de discriminer les types de comportements ayant une influence « significative »..

[509] Celle du « fournisseur » et celle du « receveur » de SST.

Dans la littérature, un climat organisationnel favorable privilégie la reconnaissance de l'individu et se traduit par la mise en place de procédures perçues comme étant justes et équitables par les salariés. Ce climat permet de diminuer les contraintes perçues (tension, stress, conflit travail famille, surcharge de travail…) et de renforcer les attitudes et comportements « positifs » (satisfaction au travail, bien-être, implication organisationnelle etc). D'après les théoriciens de l'échange social, l'organisation dispose de deux ressources : (1) le soutien tangible / organisationnel tangible consiste en la mise à disposition de moyens pour faire face au stress perçu et favoriser la mobilisation des personnes et (2) le soutien social interpersonnel détourne les personnes du stress par le sentiment d'appartenir à un réseau social, renforçant l'estime de soi et le sentiment d'affiliation.

Investir de manière tangible dans les politiques et les pratiques RH constituent une base. En fonction des besoins et des moyens de l'organisation, créer une crèche d'entreprise, mener une réflexion sur la flexibilisation des horaires, mettre en place des services aux salariés ou tout simplement recruter par exemple pour l'hôpital etc. C'est essentiel.
Investir dans le soutien social interpersonnel est complexe. En effet, les relations interpersonnelles et leur étude font ressortir des résultats divergents. Comment valoriser le travail de ses collaborateurs ? Quelles sont les frontières du « rôle de soutien » au travail (reconnu, perçu, attendu) ? Dans quelle mesure les contraintes environnementales influencent-elles les perceptions des individus et l'expression des comportements d'aide ?

Le secteur hospitalier pose de manière singulière la dynamique et les enjeux de l'encadrement de proximité. Les évolutions organisationnelles et les nouvelles contraintes de gestion rendent les problématiques[510] des cadres de plus en plus complexes. La mise en place de la RTT en 2002, la distinction des tâches AS-ASH, les réflexions menées au niveau des établissement, la mise en place des pôles avec le développement et/ou la suppression d'activités etc. Sont autant de facteurs qui nécessitent une adaptation permanente des cadres de santé aux évolutions de leur fonction. A ces évolutions s'ajoute un contexte de rationalisation budgétaire nécessitant une optimisation des moyens humains par rapport aux ressources dont les établissements disposent. Parallèlement, on

[510] Le remplacement des absences par exemple.

assiste à une montée des insatisfactions au travail chez les soignants[511] et à un déficit de reconnaissance perçue. Les cadres de santé sont donc au cœur d'un système complexe et doivent être accompagnés pour mobiliser leurs équipes et les aider à faire face.

Nous avons choisi de mener une étude de cas unique. Cette méthode pose le problème de généralisation. La triangulation des méthodes[512] nous a semblé être la stratégie d'investigation la plus efficace compte tenu de nos trois objectifs[513] et fait ressortir des implications multiples :

Nous avons proposé d'expliciter la nature du soutien au travail pour prédire son influence. L'approche dyadique nous a permis de faire ressortir deux modèles du SST. Le soutien du cadre de santé est d'abord un soutien professionnel[514] (d'estime, de réceptivité, de réciprocité, de manifestation d'affects positifs, d'aménagement des plannings) et ensuite un soutien « personnel » (écoute et communication). Le soutien de l'équipe est un soutien « global » (à la fois d'estime, de reconnaissance, d'aide dans le travail etc.).

L'échange de soutien est d'abord basé sur la norme de réciprocité et l'entraide. L'appartenance à l'équipe avec en tête de ligne un cadre soutenant apparaît ensuite comme une condition nécessaire à l'échange. Enfin, ces relations sont de nature affective et la confiance et le partage de valeurs communes entre les personnes renforcent ces relations. Si le soutien instrumental est jugé important, la conscience sociale, l'empathie et la gestion des relations sociale semblent être le fondement de la relation d'échange social à l'hôpital.

Toutefois, nous avons montré que l'équilibre des relations « positives » est fragile. Une représentation positive du cadre de santé sur les actions de soutien qu'il fournit ne signifie pas qu'elles soient perçues positivement par ses collaborateurs. Le lien entre la représentation positive du cadre et la perception du soutien reçu par le soignant peut être médiatisée par les contraintes environnementales ou personnelles vécues et/ou perçues par les deux parties de l'échange. Par ailleurs, la caractérisation des moments et des situations « d'expression » du soutien permettent de préciser des effets contradictoires.

[511] ESTRYN-BEHAR M., (2004), Santé, satisfaction et abandon du métier de soignant, Etude PRESST-NEXT

[512] La recherche est articulée autour de trois phases : 60 entretiens qualitatifs menés de manière dyadique (30 entretiens « cadres de santé » ; 30 entretiens « IDE/AS/ASH » ; Deux collectes de données pour développer une mesure du SST perçu et prédire son influence.

[513] Décrire, opérationnaliser et prédire l'influence du SST.

[514] Socio-émotionnel et instrumental.

Dans les entretiens qualitatifs, il ressort qu'au quotidien, un soutien d'écoute et de communication relatifs aux problématiques professionnelles, d'estime et de reconnaissance et de manifestations d'affects positifs est reconnu et attendu. En revanche, les « moments de difficultés» sont complexes à caractériser pour les acteurs mais globalement c'est dans les moments de tensions que les personnes souhaitent un soutien « personnel » de la part du cadre de santé. Pourtant, l'interprétation de nos résultats par la méthode de régression PLS nous a permis de mettre en évidence qu'un soutien personnel « fort » du cadre augmente l'épuisement émotionnel perçu. Il pourrait donc semblé inapproprié dans les services de soins. Cependant, les tests quantitatifs nous ont permis de montrer que ce soutien influence très significativement et positivement l'implication affective.

Notre recherche présente de nombreuses limites. Outre la qualité de la mesure, nous n'avons pris en compte le soutien tangible de l'établissement. Or dans cette recherche, le paradoxe de l'influence du SST réside dans sa nature socio-affective. Nous avons montré que les effets directs de la perception du soutien social sur les comportements sont contingents à la nature du soutien étudié. Si les frontières du rôle du cadre de santé sont difficiles à définir, il semble que son ouverture aux problématiques personnelles des agents du personnel soignants[515] soit un gage de leur implication dans l'établissement. Mais comment valoriser et accompagner ces savoirs être alors que leur conceptualisation demeure complexe ?

La capacité à développer un climat de confiance et des relations coopératives entre les salariés constitue une compétence du manager de proximité et un talent à développer. Un climat de confiance, une réciprocité dans l'échange et une attitude empathique favorisent la cohésion des membres de l'équipe et leur attachement à l'établissement. Cette valorisation du soutien social nous paraît importante au moment où organisations publiques et entreprises privées souhaitent augmenter leur performance dans un contexte de changement.

A l'hôpital, l'expression du soutien passe par la mise à disposition de ressources à hauteur des nouvelles exigences qui pèsent sur les épaules des cadres de santé. Des réflexions doivent être menées aux niveaux des établissements concernant la gestion des plannings, par exemple. Dans la recherche, les entretiens ont mis en évidence le positionnement

[515] familiales, mobilité, développement des compétences etc.

complexe des cadres de santé. Ces derniers se retrouvent souvent « coincés » entre les attentes des agents en termes d'organisation de leur temps « hors travail » et leurs contraintes de gestion. Si les agents sont prêts à accepter une certaine flexibilité des horaires de travail, ils désirent aussi pouvoir disposer de leur temps de repos en journées, dégagé par la mise en place de la RTT. Cette problématique du temps et des plannings a été décrite dans l'ensemble des entretiens.

Pour conclure sur quelques perspectives, la première voie que nous souhaitons emprunter concerne l'affinement de la mesure de la perception du soutien social organisationnel. Si notre mesure a permis de faire ressortir des résultats intéressants, les qualités psychométriques de l'échelle du soutien des cadres de proximités, sont discutables. A ce titre, nous souhaitons affiner la mesure en reformulant des items se référent objectivement au soutien « professionnel » et au soutien « à l'individu », par exemple.

En affinant la mesure, nous pourrions mener des analyses plus sophistiquées. Nous pourrions par exemple, envisager de proposer un modèle transactionnel du soutien social au travail en intégrant les ressources personnelles de l'individu (estime de soi) en évaluation secondaire, en testant l'effet modérateur du soutien sur la relation entre des exigences élevées au travail et l'épuisement professionnel. En effet, les résultats quantitatifs ont fait ressortir un effet contrasté du soutien social organisationnel perçu sur l'épuisement émotionnel. A ce propos, il est fort probable que le soutien social interagisse avec le stress professionnel perçu. Les résultats seraient encore plus intéressants au plan managérial.

Le deuxième projet de recherche est de mener une enquête intersectorielle sur les représentations du soutien social organisationnel par les salariés. La démarche de purification de la mesure a fait ressortir des structures factorielles très différentes sur les deux échantillons. Ce résultat montre que les perceptions des salariés diffèrent en fonction du contexte professionnel.

Troisièmement, nous avons montré que le soutien social organisationnel est un phénomène complexe influencé par de nombreux facteurs. Notre recherche ne permet pas de prendre en compte toute la complexité des interactions entre les perceptions des différentes parties de l'échange. Sur la base de nos résultats, nous pensons que

l'encastrement des niveaux perceptuels et des facteurs contextuels, situationnels et individuels induisent le soutien social perçu par les salariés.

Un des prolongements de la recherche consisterait à réaliser une recherche systématique sur soutien social organisationnel. A cet égard, la méthode des cartes cognitives comme « *représentation graphique élaborée par le chercheur à partir d'un discours énoncé par un sujet, à propos d'un objet particulier.* » (COSSETTE et AUDET[516], 1994) nous paraît être la méthode la plus appropriée. Nous pensons que la perception des relations interpersonnelles est fortement influencée par le sens et l'importance que les personnes leur accordent.

.

[516] COSSETTE P., AUDET M., (1994), *Qu'est qu'une carte cognitive ?,* Dans, *Cartes cognitives et organisations*, COSSETTE P., p. 13-33, Les presses de l'Université Laval, Editions ESKA

BIBLIOGRAPHIE

A

AIKEN L.H., CLARKE S.P., SLOANE D.M., (2000), « The magnet nursing services recognition program: A comparison on two groups of magnet hospitals », *American Journal of Nursing*, Vol. 100, p. 26-36

ALIS D., (1997), *Conflits de rôles et régulations autonomes du personnel en contact avec la clientèle: le cas des agents généraux d'assurance*, Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université de Droit, d'Economie et des Sciences d'Aix-Marseille III, Marseille

ALIS D., DUMAS M., (2003), « 35 heures, soutien organisationnel perçu et harmonisation vie familiale/vie professionnelle », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, N° 50, p. 37-55

ALLEN D., SHORE L., GRIFFETH R., (1999), *A model of perceived organizational support.*, Unpublished Manuscript, University of Memphis and Georgia State University, Memphis

ALLEN N.J., MEYER J.P., (1990), « The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization », *Journal of Occupational Psychology*, Vol. 63, p. 1-18

ALLEN T.D. (2001), « Family supportive environments : The role of organizational perceptions », *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 58, p. 350-370

ALLEN T.D., (2001), « Family-supportive work environments: The role of organisational perceptions », *Journal of Vocational Behaviour*, Vol. 58, p. 414-435

ALLEN T.D., HERST D.E., BRUCK C.S., SUTTON M., (2000), « Consequences associated work-family conflict : A review and agenda for future research », *Journal of occupational Health Psychology*, Vol. 5, p. 278-308

AMINE A., FORGUES B., (1993), « Vers une mesure de la désirabilité sociale dans les réponses aux questionnaires », *Actes Congrès International de l'Association Française de Marketing*, Vol. 9, p. 109-128

ANTONUCCI T.C., ISRAEL B., (1986), « Veridicality of social support: A comparison of principal and network members' responses », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 54, p. 432-437

ARGYRIS C., (1960), *Understanding Organizational Behaviour*, Homewood, IL., Dorsey Press

ARMELI S., EISENBERGER R., FASOLO P., LYNCH P., (1998), « Perceived organizational support and police performance : the influence of socio-emotional needs », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 83, p. 288-297

ARYEE S., BUDHWAR P.S., CHEN Z.X., (2002), « Trust as a mediator of the relationship between organizational justice and work outcomes: test of a social exchange model », *Journal of Organizational Behaviour*, Vol. 23, p. 267-285

ASELAGE J., EISENBERGER R., (2003), « Perceived organizational support and psychological contracts: A theoretical integration », *Journal of Organizational Behaviour*, Vol. 24, p. 491-509

ASHFORTH B.E., HUMPREY R.H., (1995), « Emotion in the workplace: a reappraisal », *Human Relations*, Vol. 48, N°2, p. 97-125

B

BABA V.V., (1989), « Central life interests end job involvement : an exploratory study in the developing world », *International Journal of Comparative Sociology*, Vol. 30, N° 3-4, p. 181-194

BAILYN L., HARRINGTON M., (2004), « Redesigning work for work-family integration », *Community, Work and Family*, Vol. 7, p. 199-211

BAKKER M., NORTH D., SMITH D.F., (1997), « Burnout, sense of coherence and sources of salutogenesis in social workers », *Psychology : a Journal of Human Behavior*, Vol. 34, p. 22-26

BARNETT R., GARIES K.C., BRENNAN R.T., (1999), « Fit as a mediator of the relationship between work hours and burnout », *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 4, p. 307–317

BARNETT R.C., (1994), « Home-to-work spillover revisited : A study of full-time employed in dual earner couples », *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 56, Août 1994, p. 647-656

BARRERA M., (1986), « Distinctions between social support concepts, measures and models », *American Journal of Community Psychology*, N° 4, p. 413-445

BARRERA M.J., (1981), *Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues*, In, *Social networks and social support*, GOTTLIEB B., p. 69-96, Beverly Hills, Sage Editions

BAUER T.N., ERDOGAN B., LIDEN R.C., WAYNE S.J., (2006), « A Longitudinal Study of the Moderating Role of Extraversion: Leader-Member Exchange, Performance and Turnover During New Executive Development », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 91, p. 298-310

BECKER H.S., (1960), « Notes on the concept of commitment », *American Journal of Psychology*, Vol. 66, p. 32-40

BEERH T. A., NEWMAN J. E., (1978), « Job stress, employee health and organizational effectiveness : A facet analysis, model and literature review », *Personnel Psychology*, N°31, p. 665-699

BELGHITI-MAHUT S., (2003), « La relation entre le conflit vie professionnelle / vie familiale et la satisfaction au travail : une investigation empirique », *Acte colloque AGRH*, Grenoble

BIES R.J., (2001), *Interactional (in) justice: The sacred and the profane*, In, *Advances in organizational Justice*, GREENBERG J., CROPANZANO R., p. 89-118, California, Stanford University Press

BIES R.J., MOAG J.F., (1986), *Interactional justice: Communication criteria of fairness*, In, *Research on negotiations in Organizations,* LEWICKI R.J., SHEPPARD B.H., BAZERMAN M.H., p. 43-55, Greenwich, JAI Press

BLAU P., (1964), *Exchange and power in social life*, New York, Wiley

BLIESE P.D., BRITT T.W., (2001), « Social support, group consensus and stressor-strain relationships, social context matters », *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 22, p. 425-436

BLUM T.C, FIELDS D.L., GOODMAN J.S., (1994), « Organizational level determinants of women in management », *Academy of Management Journal*, Vol. 37, p. 241-268

BOLES J.S., MARK W.J., HAIR J.F., (1997), « Role stress, work-family conflict and emotional exhaustion : inter-relationships and effects on some related consequences », *Journal of Personal Selling and Sales Management*, p. 17-28

BOLLEN K., LENNOX R., (1991), « Conventionnal wisdom on measurement : a structural equation perspective », *Psychological Bulletin*, Vol. 2, p. 305-314

BOULBRY G., (2003), *L'impact du vieillissement cognitif sur l'efficacité publicitaire : le cas de la publicité à évocation nostalgique*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Rennes 1, Rennes

BOURGEOIS E., VERELLEN C., (1996), « Le stress chez les cambistes : de l'identification des facteurs d'influence à l'ébauche d'un modèle prédictif et préventif du stress au travail », *Psychologie du Travail et des Organisations*, Vol. 2, p. 149-162

BOZZINI L., TESSIER R., (1985), *Support social et santé*, In, *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie,* DUFRESNE J., DUMONT F., MARTIN Y., Québec : Presses de l'Université du Québec, Lyon : Presses universitaires de Lyon

BRENNINKMEYER V., VAN YPEREN N.W. BUUNK B.P., (2001), « Burnout and depression are not identical twins : is decline of superiority a distinguishing feature ? », *Personality and Individual Differences*, Vol. 30, p. 873-880

BRIEF A.P., GEORGE J.M., (1995), *Psychological stress and the workplace : A brief comment on Lazarus outlook*, In, *Occupational Stress : A handbook*, RANDALL R.C., PERREWE P.J., p. 15-19, Philadelphia, Taylor and Francis

BRINBERG D., CASTELL P., (1982), « A resource exchange approach to interpersonal attraction attractions: A test of Foa's theory », *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 43, p. 260-269

BRISSETTE I., COHEN S., SEEMAN T.E., (2000), *Measuring social integration and social networks,* In, *Measuring and intervening in social support*, COHEN S., UNDERWOOD L., GOTTLIEB B., New York, Oxford University Press

BRUCHON-SCHWEITZER M., (2002), *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod

BUCHANAN B., (1974), « Building organizational commitment, the socialization of managers in work organizations », *Administrative Science Quaterly*, Vol. 19, p. 533-546

BUERHAUS P., STAIGER D., AUERBACH D., (2000), « Why Are Shortages of Hospital RNs Concentrated in Specialty Care Units ? », *Nursing Economics*, Vol. 18, p. 3111-116

BURKE R.J., GREENGLASS E.R., (2001), « Effects of changing hospital units during organizational restructuring », *Health Care Manage*, Vol. 20, p. 10-18

BURKE R.J., SHEARER J., DESZCA G. (1984), « Correlates of burnout phases among police officers », *Group and Organization Studies*, Vol.9, p. 451-466

C

CANAOUI P., MAURANGES A., (2004), *Le burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, De l'analyse aux réponses,* Eds Masson. Paris

CAPLAN G., (1974), *Support systems and community mental health*, New York, Behavioral Publications, p. 1-40

CASSEL J., (1974), « Psychosocial processes and "stress": Theoretical formulations », *International Journal of Health Services*, Vol. 4, p. 471-482

CASSEL J.C., (1976), « The contribution of the social environment to host resistances », *American Journal of Epidemiology*, Vol. 104, p. 107-123

CHARREIRE S., DURIEUX F., (2003), *Explorer et tester : deux voies pour la recherche*, In, *Méthodes de recherche en management*, THIETART R.A., (2003), Editions Dunod

CHERNISS C., (1980), *Professional Burnout in the Human Service Organizations*, New York, Praeger

CHI-CHING Y., (1995), « The effects of career salience and life-cycle variables on perceptions of work-falily interfaces », *Human Relations*, Vol. 48, No. 3, p. 265-284

CHONKO L.B., HOWELL D., BELLENGER D., (1986), « Congruence in sales force evaluations: relations to sales forces perception of conflict and ambiguity », *Journal of Personal Selling and Sales Management*, Vol. 6, p. 35-48

CHURCHILL G., (1979), « A paradigm for developing better measure of marketing constructs », *Journal of Marketing Research*, Vol. 16, p. 64-73

CLAWSON J.G., (1999), *Level three leadership: Getting below the surface*, Upper Saddle River, Prentice Hall

COBB S., (1976), « Social support as a moderator of life stress », *Psychosomatic Medicine*, Vol. 38, p. 300-314

COHEN A., KIRCHMEYER C., (1995), «A multidimensional approach to the relation between organizational commitment and nonwork participation », *Journal of Vocational Behavior*, N° 46, p. 189-202

COHEN S., (1992), *Stress, social support and disorder*, In, *The Meaning and Measurement of Social Support*, VEIEL H.O.F., BAUMANN U., p. 109-124, New York, Hemisphere

COHEN S., (2004), « Social Relationships and Health », *American Psychologist*, Vol. 59, p. 676-684

COHEN S., GOTTLIEB B., UNDERWOOD L., (2000), *Social relationships and health*, In, *Measuring and intervening in social support*, COHEN S., UNDERWOOD L., GOTTLIEB B., New York, Oxford University Press

COHEN S., MERMELSTEIN R., KARMARCK T., HOBERMAN H.M., (1985), *Measuring the functional components of social support,* In, *Social Support: Theory, Research and Application,* SARASON I.G., SARASON B.R., p. 73–94, Boston, Nijhoff

COHEN S., SYME S.L., (1985), *Social Support & Health*, London, Academic Press

COHEN S., SYME S.L., (1985), *Issues in the study and application of social support,* In, *Social Support and Health*, COHEN S., SYME S.L., p. 3-22, Orlando, Florida, Academic Press

COHEN S., WILLS T.A. (1985), « Stress, social support and the buffering hypothesis », *Psychological Bulletin*, N° 98, p. 310-357

COLE M. S., SCHANINGER Jr., WILLIAM S., HARRIS S. G., (2002), « The Workplace Social Exchange Network: A Multilevel Conceptual Examination », *Group & Organization Management*, Vol. 27, p. 142-167

COLLINS K., BELL R., (2003), « Personnality and agression : the dissipation-rumination scale », *Personnality and Individual Differences*, Vol. 34, p. 751-755

COMMEIRAS N., (1994), « La mesure de l'implication organisationnelle : existe-t-il un outil adéquat ? », *Annales du Management*, Vol. 1, p. 649-673

COMMEIRAS N., LOUBES A., FOURNIER C., (2007), *« Les managers de rayons face aux tensions de rôles : quelles incidences sur l'implication au travail »*, Actes du Congrès de l'AGRH, Fribourgs

CONSTANTINI A., SOLANO L., Di NAPOLI R., BOSCO A., (1997), « Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards », *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 66, p. 78–87

CORDES C.L. et DOUGHERTY T.W., (1993) sur le cadre théorique des recherches sur le bunout. « A review and a integration of research on job burnout », *Academy of Management Review*, Vol. 18, p. 621-656

CORTINA J.M., (1993), « What is coefficient alpha, an examination of theory and application », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 78, p. 98-104

COSSETTE P., AUDET M., (1994), *Qu'est qu'une carte cognitive ?,* Dans, *Cartes cognitives et organisations*, COSSETTE P., p. 13-33, Les presses de l'Université Laval, Editions ESKA

COURTIAL, J.P., HUTEAU S., (2005), « Le burnout des infirmières : de la recherche à l'hôpital », *Santé publique*, N° 17, p. 385-402

COX T., GRIFFITHS A., (1995), *The nature and measurement of work stress: theory and practice,* In, *The Evaluation of Human Work: A Practical Ergonomics Methodology,* WILSON J., CORLETT N., London, Taylor & Francis

COYLE-SHAPIRO J.A.-M., KESSLER I., PURCELL J., (2004), « Exploring organizationally directed citizenship behaviour : reciprocity or It's my job ? », *Journal of Management Studies*, Vol. 41, p. 85-106

COYLE-SHAPIRO J.A-M., KESSLER I., (2000), « Consequences of the psychological contact for the employment relationship: A large scale survey », *Journal of Management Studies*, Vol. 37, p. 903-930

CRIE D., (2005), « De l'usage des modèles réflectifs ou formatifs dans les modèles d'équations structurelles », *Recherche et Applications en Marketing*, Vol. 20, N° 2, p. 5-27

CROPANZANO R., RUPP D.E., BYRNE Z.S., (2003), « The Relationship of Emotional Exhaustion to Work Attitudes, Job Performance and Organizational Citizenship Behaviors », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 88, p. 160-169

CUNNINGHAM J.B., McGREGOR J., (2000), « Trust and the design of work :complementary constructs in satisfaction and performance », *Human Relations*, Vol. 52, p. 1575-1591

CURCHOT C., (2003), « La méthode comparative en sciences de gestion : vers une approche qualiquantitativede la réalité managériale », *Finance Contrôle Stratégie*, Vol. 2, p. 155-177

D

D'ABBS P., (1982), *Social support networks : A critical review of models and findings*, Melbourne, Institute of Family Studies

DANSEREAU F., GRAEN G., HAGA W., (1975), « A vertical dyad approach to leadership wtihin formal organizations », *Organizational Behaviour and Human Performance*, Vol. 13, p. 46-78

DAVIS H.L., DOUGLAS S.P., SILK A.J., (1981), « Measure Unreliability : A Hidden Threat to Cross-National Marketing Research ? », *Journal of Marketing*, p. 98-109,

DE JONGE J., JANSSEN P.P.M., VAN BREUKELEN G.J.P., (1996), « Testing the demand-control-support model among health-care professionals : a structural equation model », *Work and Stress*, Vol. 10, p. 209-224

DE LA VILLE V.I., (2000), « La recherche idiographique en management stratégique : une pratique en quête de méthode ? », *Finance Contrôle Stratégie*, Vol. 3, p. 73-99

DE RIJK A.E., LE BLANC P.M., SCHAUFELI W.B., (1998), « Active coping and need for control as moderators of the demand-control model : Effects on burnout », *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 71, p. 1-18

DEARY I., BLENKIN H., AGIUS R., ENDLER N., ZEALLY H., WOOD R., (1996), « Models of job-related stress and personal achievement among consultant doctors », *British Journal of Psychology*, Vol. 87, p. 3-29

DEELSTRA J.T., PEETERS M.C.W., SCHAUFELI W.B., STROEBE W., ZIJLSTRA F.R.H., VAN DOORNEN L.P., (2003), « Receiving instrumental support at work: when help is not welcome », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 88, p. 324-331

DEJOURS C., (1998), *Souffrances en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Editions Seuil

DEKKER I., BARLING J., (1995), « Workfoce size and work related role stress », *Work and Stress*, Vol. 9, p. 45-54

DEVAULT A., FRECHETTE L., (2006), *Le soutien social : ses composantes, ses effets et son insertion dans les pratiques sociosanitaires,* In, *Pratiques en santé communautaire*, CAROLL G., p. 141-152, Montréal, Chenelière Éducation

DIAMANTOPOULOS A., (2005), « The C-OAR-SE procedure for scale development in marketing: A comment », *International Journal of Research in Marketing*, Vol. 22, No. 1, p. 1-9

DIENISH R.M., LIDEN R.C., (1986), « Leader-member exchange model of leadership : a critique and further development », *Academy of Management Review*, Vol. 11, p. 618-634

DION G., TESSIER R., (1994), « Validation de la traduction de l'inventaire d'epuisement professionnel de Maslach et Jackson », *Canadian Journal of Behavioral Science*, Vol. 26, p. 210-227

DRUCKER-GODARD C., EHLINGER S., GRENIER C., (1999), *Validité et fiabilité de larecherche*, In, *Méthodes de recherche en management*, THIERTART R. A., COLL, p. 257-287, Paris, Dunod

DUBIN R., (1956), « Industrial workers' worlds : a study of the « central life interests » of industrial workers », *Social problems*, No 3, p. 131-142

DUBINSKI A.J., MATTSON B.E., (1986), « Influence of role stress on industrial salespeople work outcomes in the United States, Japan and Korea », *Journal of International Business Studies*, First Quarter, p. 77-99

DUCHARME F., STEVENS B., ROWAT K., (1994), « Social support : conceptual and methodological issues for research in mental health nursing », *Issues in Mental Health Nursing*, N° 15, p. 373-392

DUMAS M., (1999), *Temps partiel et analyse du changement de l'implication organisationnelle : une application quasi-expérimentale*. Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université de Paris I Panthéon-Sorbonne, Paris

DUMAS M., (2008), « Conflit et enrichissement travail-famille et implication », *La Revue de Gestion des Ressources Humaines*, N° 67, p. 23-37

DUNHAM R.B., PIERCE J.L., CASTENADA M.B., (1987), « Alternative work schedules: Two field quasi-experiments », *Personnel Psychology*, Vol. 40, p. 215-240

DURRIEU F. et ROUSSEL P., (2002), « L'implication organisationnelle dans les réseaux de franchise : un concept pertinent pour les entreprises en réseau ? », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, N° 44, 2ème trimestre

DUXBURY L.E., HIGGINS C.A., (1991), « Gender differences in work-family conflict », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 76, No. 1, p. 60-74

DYER W.G., WILKINS A.L., (1991), « Better stories, not better constructs, to generate better theory: a rejoinder to Eisenhardt », *Academy of Management Review*, Vol. 16, N° 3, p. 613-619

E

EARLEY P.C., SINGH H., (1995), « International and Intercultural Management Research :What's next ? », *Academy of Management Journal*, Vol. 38, p. 327-340

EINSENBERGER R., HUNTINGTON R., HUTCHINSON S., SOWA D., (1986), « Perceived organizational support », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 75, No. 1, p. 51-59

EISENBERGER R., ARMELI S., REXWINKEL B., LYNCH P.D., RHOADES L., (2001), « Reciprocation of perceived organizational support », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 86, N°1, p. 42-51

EISENBERGER R., CUMMINGS J., ARMELI S., LYNCH P.D., (1997), « Perceived organizational support, discretionary treatment, and job satisfaction », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 82, p. 812-820

EISENBERGER R., FASOLO P., DAVIS-LAMASTRO V., (1990), « Perceived organizational support and employee diligence, commitment and innovation », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 75, p. 51-59

EISENBERGER R., RHOADES L., CAMERON J., (1999), « Does pay for performance increase or decrease perceived self-determination and intrinsic motivation », *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 77, p. 1026-1040

EISENBERGER R., STINGLHAMBER F., VANDERBERGHE C., SUCHARSKI I.L., RHOADES L., (2002), « Perceived supervisor support : Contributions to perceived organizational support and employee retention », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 87, p. 565-573

EISENHARDT K.M., (1989), « Building theories from case study research », *Academy of Management Review*, Vol. 14, p. 532-530

ESTRYN-BEHAR M., (2004), *Santé, satisfaction et abandon du métier de soignant*, Etude PRESST-NEXT

ESTRYN-BEHAR M.; LE NÉZET O., (2006), « Insuffisance du travail d'équipe et burnout; deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière », *Soins Cadres*, Hors série N°2, Octobre 2006

ETZIONI A., (1961), *A comparative analysis of complex organizations: On power, involvement and their correlates*, New York, Free Press of Glencoe

F

FERNANDEZ J.P., (1986), *Child care and corporate productivity*, Lexington, MA., Lexington books

FESTINGER H., (1962), *A theory of cognitive dissonance*, Stanford, Stanford University Press

FOLKMAN S., (1997), « Positive psychological states and coping with severe stress », *Social Science and Medecine*, N° 45, p. 1207-1221

FORD N.M., WALKER G.A., CHURCHILL G.A., (1975), « Expectation specific measures of the intersender conflict and role ambiguity experienced by industrial salesmen », *Journal of Business Research*, Vol. 3, p. 92-112

FORNELL C., (1983), « Issues in the application of covariance structure analysis : a comment », *Journal of Consumer Research*, Vol. 9, p. 443-448

FORNELL C., LARKER D.F., (1981), « Evaluating structural equations models with unobservable variables and measurement error », *Journal of Marketing Research*, Vol. 18, p. 39-50

FRENCH J.R.P., CAPLAN R.D., (1973), *Organizational stress and individual strain,* In, *The Failure of Success*, MARROW A.J., New York, AMACOM

FRENCH J.R.P., CAPLAN R.D., HARRISON R.V., (1982), *The mechanism of job stress and strain*, New York, Wiley

FREUDENBERGER H. J., (1974), « Staff burnout », *Journal of Social Issues*, N° 30, p. 159-165

FREUDENBERGER H.J., RICHELSON G., (1980), *Burnout : How to beat the high cost of success*, New York, Bantam Books

FRIEDMAN M., ROSENMAN R. H., CARROLLl V., (1958), « Changes in serum cholesterol and blood clotting time in men subjected to cyclic variation of occupational stress », *Circulation*, Vol. 17, p. 852- 861

G

GAERTNER K.N., NOLLEN S.D., (1992), « Turnover intentions and desire among executives », *Human Relations*, Vol. 45, N° 5, p. 447-469

GALOIS I., (2006), *La fidélité des intérimaires à l'Entreprise de Travail Temporaire : une approche par la théorie de l'échange social*, Thèse de Doctorat en Sicences de Gestion, Université Jean Moulin de Lyon III, Lyon

GANSTER D., SCHAUBROECK J., SIME W., MAYES B., (1991), « A new look at nurse burnout : the effect of environmental uncertainty and social climate », *Journal of Nursing Administration*, Vol. 31, p. 91-96

GEORGE J.M., REED T.F., BALLARD K.A., COLIN J., FIELDING J., (1993), « Contact with AIDS patients as source of work-relates distress : effects of organizational and social support », *Academy of Management Journal*, Vol. 36, p. 157-171

GEPHART R.P. Jr., (1988), *Ethnostatistic: Qualitative Foundations for Quantitative Research*, London, Sage Publications

GLISSON C., DURICK M., (1998), « Predictors of job satisfaction an organizational commitment in human service organizations », Administrative Science Quarterly, Vol. 33, p. 61-81

GOBO C., (2004), *Sampling, Representativeness and Generalizability,* In, *Qualitative Research Practice,* SEALE C., GOBO G., GUBRIUM J., SILVERMAN D., 2004, Sage Publications

GODDARD R., PATTON W., CREED P., (2004), « The importance and place of neuroticism in predicting burnout in employment service case managers », *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 34 , p. 282-296

GOLEMAN D., (2001), *An EI-Based Theory of Performance. The Emotionally Intelligent Workplace*, San Fransisco, Editions Cary Cherniss and Daniel Goleman

GOULD S., (1979), « An equity-exchange model of organizational involvement », *Academy of Management Journal*, Vol. 34, p. 53-62

GOULDNER A., (1960), « The norm of reciprocity », *American Sociological Review*, Vol. 25, p. 161-178

GRAEN G., NOVAK M.A., SOMMERKAMP P., (1982), « The effects of leader-member exchange and job design on productivity and satisfaction : testing a dual attachment model », *Organizational Behavior and Human Performance*, Vol. 30, p. 109-131

GRAEN G., SCANDURA T.A., (1987), « Toward a psychology of dyadic organizing », *Research in Organizational Behavior*, Vol. 9, p. 175-208

GREENBERG J., (1990), « Organizational justice: Yesterday, today and tomorrow », *Journal of Management*, Vol.16, p. 399-432

GREENGLASS E., BURKE R.J., KONARSKI R., (1996), « Coping, work demands and psychological burnout among teachers », *Journal of Health and Human Resources Administration*, Vol. 18, p. 90-103

GREENHAUS J.H, BEUTELL N.J., (1985), « Sources of conflict between work and family roles », *Academy of Management Review*, Vol. 10 , p. 76-88

GUERIN G., SAINT-ONGE S., (1997), « Le conflit emploi-famille validation du modèle causes-conséquences », *Actes du colloque de l'AGRH, Québec*

GUERTS S.A.E., KOMPIER M.A.J., ROXBURGH S., HOUTMAN I.L.D., (2003), «Does work–home interference mediate the relationship between workload and wellbeing ?» *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 63, p. 532–559

GUZZO R., NOONAN K., ELRON E., (1994), « Expatriate managers and the psychological Contract », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 79, p. 617-626

H

HAIR J.F., ANDERSON R.E., TATHAM R.L., BLACK W.C., (1998), *Multivariate Data Analysis*, 5th edition, Prentice Hall, Upper Saddle River, N.J.

HAMMER L.R., BAUER T.N., GRANDEY A.A., (2003), « Work family conflict and work related behaviour" , *Journal of Business and Psychology*, Vol. 17, p. 419-436

HARDESTY D.M., BEARDEN W.O., (2004), « The use of expert judge in scale development – Implication for improving face valdity of measure of unobservable constructs », *Journal of Business Research*, Vol. 57, p. 98-107

HARTMANN A., (2007), *Etude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur« accompagnant-référent*, Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Rennes 2, Rennes

HEITZMANN C.A., KAPLAN R., (1988), « Assessment of Methods for measuring Social Support », *Health Psychology*, Vol. 7, N°1, p. 75-109

HELLEMANS C., KARNAS G., (2000), *Satisfactions et souffrances au travail*, Dans, *Le stress professionnel: quels liens entre les contraintes au travail et les stratégies de coping ?,* GANGLOFF B., L'Harmattan, Paris,

HERRBACH O., MIGNONAC K., SIRE B. (2006), « Identification ou implication organisationnelle? Enjeux théoriques et de mesure pour la recherche en GRH », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, N°59, p. 3-16

HERZBERG H., (1966), *Work and the nature of man. The Mentor Executive*, New-York, Mentor Books

HILL E.S., BAHNIUK M.H., DOBOS J., ROUNER D., (1989), « Mentoring and other communication support in the academic setting », *Group and Organization Studies*, Vol. 14, p. 355-368

HLADY-RISPAL M., (2000), « Une stratégie de recherche en gestion », *Revue Française de Gestion*, p. 61-70

HOCHSCHILD A.R., (1979), « Emotion work, feeling rules and social structure », *American Journal of Sociology*, Vol. 85, p. 551-575

HOCHSCHILD A.R., (2002), « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler – Revue Internationale de Psychopathologie et de Psychodynamique du travail*, N° 9, p. 19-49

HODGSON J.T, JONES J.R, ELLIOT R., OSMAN J., (1993), *Self-reported work-related illness. HSE Research Paper 33*, , HSE Books

HOMANS G., (1958), « Social behavior as exchange », *Americam Journal of Sociology*, Vol. 63, p. 597-606

HOUSE J.S., (1981), *Work, Stress and Social Support*, Reading, MA , Addison-Wesley

HUPCEY J.E., (1998), « Clarifying the social support theory-research linkage », *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 27, p. 1231-1241

HUPCEY, (1998), « Social Support: Assessing Conceptual Coherence », *Qualitative Health Research*, Vol. 8, p. 304-318

J

JACKSON S.E., SCHULER R.S., (1985), « A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings », *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, Vol. 36, N° 1, p. 16-78

JACKSON S.E., SCHWAB R.L., SCHULER R.S., (1986), « Toward an understanding to burnout phenomenon », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 71, p. 630-640

JANSSENS M., BRETT J.M., SMITH F.J., (1995), « Confirmatory Cross-Cultural Research Testing the Viability of a Corporation-Wide Safety Policy », *Academy of Management Journal*, Vol. 38, p. 364-382

JARVIS C.B., MACKENSIE S.B., PODSAKOFF P.M., (2004), « Un examen critique des indicateurs de construit et des erreurs de spécification des modèles de mesure dans la recherche en marketing et en comportement du consommateur », *Recherche et Applications en Marketing*, Vol. 19, N° 1, p. 73-97

JOHNSON J. V., (1989), *Control, collectivity and the psychosocial work environment,* Dans, *Job Control and Worker Health*, SAUTER S.L, HURREL Jr. J.J., COOPER C. L., Wiley Chichester, p. 56-74

JOHNSON J.V., HALL E.M., (1988), « Job Strain, Work Place Social Support and Cardiovascular Disease: A Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population », *American Journal of Public Health*, Vol. 10, p. 1336-1342

JOHNSTON M.W., PANASURAMAN A., FUTRELL C.M, BLACK W.C., (1990), « A longitudinal assessment of the impact of selected organizational influences on salespeople's organizational commitment during early employment », *Journal of Marketing Research*, Vol. 27, p. 333-344

JUDGE T.A., COLQUITT J.A., (2004), « Organizational justice and stress: the mediating role of work–family conflict », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 89, p. 395–404

JUNG C.G., *Types Psychologiques*, Librairie de l'Université de Géorgie, Première parution en 1920, 1991

K

KANTER R.M., (1968), « Commitment and social organization : a study of commitment mechanisms in utopian communities », *American Sociological Review*, Vol. 33, N° 4, p. 499-517

KARASEK R. A., TRIANTIS K. P., CHAUDHRY S. S., (1982), « Coworker and Supervisor Support as Moderators of Associations between Task Characteristics and MentalStrain », *Journal of Occupational Behaviour*, Vol. 3, N° 2, p. 181-200

KARASEK R., (1979), « Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, Vol. 24, p. 285-306

KARASEK R., THEORELL T., (1990), *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books

KATZ D., KAHN R., (1978), *The social psychology of organizations*, New York, John Wiley & Sons

KHAN M., WOLFE D., QUINN M., SNOEK J., ROSENTHAL R., (1964), *Organizational stress : Studies in role conflict and ambiguity*, New York, John Wiley & Sons

KING L., KING D., (1990), « Role conflict and role ambiguity: a critical assessment of construct validity », *Psychological Bulletin*, Vol. 107, p. 48-64

KOESKE G.F., KOESKE R.D., (1989), « Construct Validity of the Maslach Burnout Inventory: A Critical Review and Reconceptualization », *Journal of Applied Behavioral Science*, Vol. 25, p. 131-144

KOFODIMOS J. R., (1990), « Why Executives Lose Their Balance », *Organizational Dynamics*, Vol. 19, p. 58-68

KOSSEK E.E., OSEKI C., (1998), « Work-family conflict, policies, and the job-life satisfaction relationship : A review and directions for organizational behavior-human ressources research », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 83, No 2, p. 139-149

KOTTKE J.L., SHARAFINSKI C.E., (1988), « Measuring perceived supervisory support and organizationnal support », *Educational and Psychological Measurement*, Vol. 48, p. 1075-1079

L

LAFORGE H., (1981), *Analyse multivariée*, Saint-Laurent, Etudes vivantes, p. 173

LAMBERT S.J., (1990), « Processes linking work and family : a critical review and research agenda », *Human Relations*, Vol. 43, No. 3, p. 239-257

LAMBERT S.J., (2000), « Added benefits : the links between work-life benefits and organizational citizenship behavior », *Academy of Management Journal*, Vol. 43, p. 801-815

LANDSBERGIS P., (1988), « Occupational stress among health care workers : a test of the job-control model », *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 9, p. 217-239

LAZARUS R., FOLKMAN S., (1984), *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer Publishing Company

LAZARUS R.S., (1993), « Coping theory and research : Past, present and future », *Psychosomatic Medicine*, Vol. 55, p. 234-247

LEE M., McDERMID S., BUCK M., (2000), « Organizational paradigms of reduced load work, accommodations, elaboration and transformation », *Academy of Management Journal*, Vol. 43, p. 1211-1236

LEE R.T., ASHFORTH B.E., (1991), « Work-unit structure and process and job-related stressors as predictors of managerial burnout », *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 21, p. 1831-1847

LEE R.T., DUXBURY L., (1998), « Employed parents' support from partners; employers and friends », *The journal of Social Psychology*, Vol. 138, p. 303-322

LEITER M.P., DURUP M.J., (1996), « Work, Home and In-Between : A Longitudinal Study of Spillover », *Journal of Applied Behavioral Science*, Vol. 32, p. 29-47

LEITER M.P., MASLACH C., (1988), « The impact of interpersonal environment on burnout », *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 9, p. 297-308

LEVINSON H., (1962), *Men, management and mental health*, Cambridge, Harvard University Press

LEVINSON H., (1965), « Reciprocation: The relationship between man and organization », *Administrative Science Quarterly*, Vol. 9, p. 370-390

LEWIS S., (1997), « Family friendly policies. Organisational culture change or playing around at the margins? », *Gender, Work and Organisation*, Vol. 4, p. 13-23

LEWIS-BECK M.S., (1991), « Applied regression: an introduction », *Series quantitative applications in the social science*, Sage University Paper, N°93

LIDEN R.C., GRAEN G., (1980), « Generalizability of the vertical dyad linkage model of leadership », *Academy of Management Journal*, Vol. 23, p. 451-465

LINGARD H., FRANCIS V., (2006), « Does a supportive work environement moderate the relationship between work-family conflict and burnout », *Construction and Management*, Vol. 24, p. 185-196

LISSANDRE S., ABBEY-HUGUENIN H., BONNIN-SCAON S., ARSENE O., COLOMBAT P., (2008), « Facteurs associés au burnout chez les soignants en oncohématologie », *Oncologie*, Vol. 10, N°2, p. 116-124

LOUBES A., (1997), *Contribution à l'étude des tensions de rôle des agents de maîtrise en milieu industriel*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Montpellier II, Montpellier

LOUIS M.R., POSNER B.Z , POWELL. G.N., (1983), « The availability and helpfulness of socialization practices », *Personnel Psychology*, Vol. 36, p. 857-866

LOUREL M., GANA K., PRUD'HOMME V., CERCLE A., (2004), « Le burnout chez le personnel de maison d'arrêt : test du modèle « demande-contrôle » de Karasek, *L'Encéphale*, Vol. 30, p. 557

LOUREL M., GUEGUEN N. (2007), « L'interface "vie privée - vie au travail ». Effets sur l'implication organisationnelle et sur le stress perçu », *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale*, N° 74, p. 49-58

LOUREL M., GUEGUEN N., (2007), « Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI = A meta-analysis of job burnout using the MBI scale », *L' Encéphale*, Vol. 33, p. 947-953

LUTHAN F., BAACK D., TAYLOR L. (1987), « Organizational commitment : Analysis of antecedents », *Human Relations*, Vol. 40, N° 4, p. 219-236

LYNCH P.D., EISENBERGER R., ARMELI S., (1999), « Perceived organizational support : inferior versus superior performance by wary employee », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 84, p. 467-483

M

MacKENZIE S.B., PODSAKOFF P.M., AHEARNE M., (1998), « Some possible antecedents an consequences of in-role and extrarole salesperson performance », *Journal of Marketing*, Vol. 62, p. 87-98

MACREZ P., BONNET M., (2004), « Comprendre l'épuisement professionnel des soignants », *Revue de l'Infirmière*, N° 100, p. 19-22

MAERTZ Jr C. P., GRIFFETH R. W., CAMPBELL N. S., ALLEN D. G., (2007), « The effects of perceived organizational support and perceived supervisor support on employee turnover », *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 28, p. 1059-1075

MALHOTRA N., DECAUDIN J.M., BOUGUERRA A., (2004), *Etudes Marketing avec SPSS, 4ème édition*, Pearson Education

MANVILLE C., (2005), *Les effets du statut d'emploi sur la construction des perceptions de justice organisationnelle*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université de Montpellier II, Montpellier

MARCH J., SIMONS H., (1958), *Organizations*, New York, Mc Graw Hill

MASLACH C., JACKSON S.E., (1981), « The measrurement of experienced burnout », *Journal of Occupationnal Behavior*, Vol. 2, p. 99-113

MASLACH C., JACKSON S.E., (1981), *The Maslach Burnout Inventory Research Edition*, Palo-Alto, CA, Consulting Psychologists Press

MASLACH C., JACKSON S.E., (1986), *The Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd Edition, Palo-Alto, CA, Consulting Psychologists Press

MASLACH C., SCHAUFELI W.B., LEITER M.P., (2001), « Job burnout », *Annual Review of Psychology*, Vol. 52, p. 397-422

MASSONAT J., BOUKARROUM A., (1998), «Identité personnelle et Identité sociale », *Socialisation et Construction de la personne*, Tome 4, Ch. 9, Presse Universitaire de Grenoble

MASTERSON S. S., LEWIS K., GOLDMAN B. M., TAYLOR M. S., (2000), « Integrating justice and social exchange: The differing effects of fair procedures and treatment on work relationships », *Academy of Management Journal*, N° 43, p. 738-748

MAXWELL J.A., (1992), « Understanding and Validity in Qualitative Research », *Harvard Educational Review*, Vol. 3, p. 279-300

MAYER J.D., SALOVEY P., (1997), *What is emotional intelligence ?,* Dans, *Emotional Development and Emotional Intelligence : Implications for Educators*, SALOVEY P., SLUYTER D., New York, Basic Books

MCGEE G. W. , FERGUSON C. E. JR, SEERS A., (1989), « Role conflict and role ambiguity: do the scales measure these two constructs ? », *Journal of Applied Psychology* , Vol. 74, N° 5, p. 815-818

MELLOR S., MATHIEU J.A., BARNES-FARRELL J.L., ROGELBERG S.G., (2001), « Employees' nonwork obligations and organizational commitments : a new way to look at the relationships », *Human Ressource Management*, Vol. 40, p. 171-184

MEYER J.P., ALLEN N.J., (1987), « A longitudinal analysis of the early development and consequences of organizational commitment », *Canadian Journal of Behavioral Science*, Vol. 19, p. 199-215

MEYER J.P., ALLEN N.J., SMITH C., (1993), « Commitment to organizations and occupations : extension and test of a three component conceptualization », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 78, p. 538-551

MEYER J.P., BECKER T.H., VANDENBERGHE C., (2004), « Employee commitment and motivation : an conceptual analysis and integrative model », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 89, N° 6, p. 991-1007

MINTZBERG H., (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Les Editions d'Organisation

MORRIS J.H., SHERMAN J.D., (1981), « Generabilizability of an organizational commitment model », *Academy of Management Journal*, Vol. 24, N° 3, p. 512-526

MORROW P. 1983, « Concept redundancy in organizational research : the case of work commitment », *Academy of Management Review*, Vol. 8, N° 3, p. 486-500

MOWDAY R.T., PORTER L.W., STEERS R.M., (1979), « The measurement of organizational commitment », *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 14, p. 224-247

N

NETMEYER, BOLES, McMURRIAN, (1996), « Developpment and validation of Work-family conflict end family-work conflict scales », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 81, p. 400-410

NEVES P., CAETANO A., (2006), « Social Exchange Processes in Organizational Change: The Roles of Trust and Control », *Journal of Change Management*, Vol. 6, p. 351-364

NEVEU J.P., (1991), *Méthodologie de l'implication*, Actes du Colloque de l'AGRH, Nantes

NEVEU J.P., (2006), *« Quand le cœur n'y est plus : de l'épuisement professionnelle à l'agressivité envers le clilent »*, Acte du Congrès de l'AGRH, Reims

NIEDHAMMER I., GOLDBERG M., LECLERC A., DAVIS S., BUGEL I., LANDRE M.F., (1998), « Psychological work environment and cardiovascular risk factors in a occupational cohort in France », *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 52, p. 93-100

NORUSIS M.J., (1993), *Spss professional statistics*, Chicago, SPSS Inc.

NUNALLY J.C., (1967), *Psychometric Methods*, New York, McGraw-Hill

NUNALLY J.C., (1970), *Introduction to Psychological Measurement*, New York, Mc Graw-Hill

NUNALLY J.C., (1978), *Psychometric Theory*, New York, McGraw-Hill

O

O'REILLY C., (1988), « Methodological issues in social support and social network research », *Social Science and Medecine*, Vol. 26, N° 8, p. 863-873

O'REILLY C., CHATMAN J., (1986), « Organizational commitment and psychological attachment : the effects of compliance, identification and internalization on prosocial behavior », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 71, N° 3, p. 492-499

OLLIER-MALATERRE A., (2007), *Gérer le hors-travail ? Pertinence et efficacité des pratiques d'harmonisation travail – hors-travail, aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en France*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, ESSEC, Paris

P

PEDHAZUR E. J., PEDHAZUR SCHMELKIN L., (1991), *Measurement, design and analysis: An integrated approach*. Hillsdale, NJ: LEA

PERRIEN J., CHERON E.J., M. ZINS, (1984), *Méthodes et Décisions*, Recherche en marketing, Boucheville, Québec, Gaëtan Morin

PETER J.P., (1981), « Construct validity : a review of basic issues and marketing practices », *Journal of Marketing Research*, Vol. 18, p. 133-145

PIERCE G.R., LAKEY B., SARASON I.G., SARASON B.R., JOSEPH H.J., (1997), *Personality and Social Support Processes: A Conceptual Overview,* In, *Sourcebook of social support and personality*, PIERCE G.R., LAKEY B., SARASON I.G., SARASON B.R., New York and London, Plenum Press

PIERCE G.R., SARASON I.G., SARASON B.R., (1996), *Coping and Social Support,* Dans, *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications,* ZEIDER M., ENDLER N.S., p. 434-451, New York, John Wiley & Sons

PINES A., (1983), *On burnout and the buffering effects of social support,* In, *Stress and burnout in the human service professions,* FARBER B. A., p. 155-174, New York, Pergamon Press

PINES A., (1993)., *Burnout : an existential persepective*, In, *Professional Burnout : recent development sin theory and research*, SCHAUFELI W.B., MASLACH C., MAREK T., Washington, Taylor & Francis

PINES A., ARONSON E., (1988), *Career burnout: Causes and cures*, New York, Free Press

PINES A.M., BEN-ARI A., UTASI A., LARSON D., (2002), « A cross-cultural investigation of social support and burnout », *European Psychologist*, Vol. 7, p. 256-264

PROCIDANO M.E., HELLER K., (1983), « Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies », *American Journal of Community Psychology*, Vol. 11, p. 1–24

Q

QUICK J., (1984), *Organizational stress and Prevention Management*, New-York, Mc Graw-Hill

R

RAFFERTY A.M., BALL J., AIKEN L.H., (2001), *Are teamwork and professional autonomy compatible and do they result in improved hospital care? Quality in Health Care. N°10 S32-S37*, UK, Oxford University Press

RAFFERTY Y., FRIEND R., LANDSBERGIS P.A. (2001), « The association between job skill discretion, decision authority and burnout », *Work and Stress*, Vol. 15, p. 73-85

RAGIN C.C., (1999), « The Distinctiveness of Case-Oriented Research », *Health Services Research Journal*, Vol. 34, p. 1137-1152

RAGIN C.C., (2000), *Fuzzy-Set Social Science*, Chicago, University of Chicago Press

RAPOPORT R., BAILYN L., FLETCHER J., PRUITT B., (2002), *Beyond Work-Family Balance: Advancing Gender Equity and Workplace Performance*, London, Wiley

RAY E.B., MILLER K.I., (1994), « Social Support, Home/Work Stress and Burnout: Who Can Help ? », *Journal of Applied Behavioral Science*, Vol. 30, N° 3

REID M. E., ALLEN M. W., RIEMENSSCHNEIDER C. K., ARMSTRONG D.J., (2008), « The Role of Mentoring and Supervisor Support for State IT Employees' Affective Organizational Commitment », *Review of Public Personnel Administration*, Vol. 28, p 60-78

RHOADES L., EISENBERGER R., (2002), « Perceived organizational support: A review of the Literature », *Journal of Applied Psychology*, N° 87, p. 698-714

RHOADES L., EISENBERGER R., ARMELI S., (2001), « Affective commitment to the organization : The contribution of perceived organizational support », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 86, p. 825–836

RIZZO J., HOUSE R., LIRTZMAN S., (1970), « Role conflict and ambiguity in complex organizations », *Administrative Science Quarterly*, Vol. 15, p. 150-163

ROEHRICH G., (1993), *Les consomateurs-innovateurs : un essai d'identification*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Pierre Mendès France, Grenoble

ROOK K.S., (1984), « The Negative Side of Social Interaction: Impact on Psychological Well-Being », *Journal of Personality & Social Psychology*, Vol. 46, p. 1097-1108

ROSENTAL P.A., (2007), « Avant l'amiante, la silicose. Mourir de maladie professionnelle dans la France du XXe siècle », *Bulletin Mensuel d'Information de l'Institut National des Etudes Démographiques*, N° 437

ROSSE J.G., BOSS R.W., JOHNSON A.E., CROWN D.B., (1991), « Conceptualizing the role of sel-esteem in the burnout process », *Group and Organization Studies*, Vol. 16, p. 428-451

ROSSITER J.R., (2002), « The C-OAR-SE procedure for scale development in marketing », *International Journal of Research in Marketing*, Vol. 19, p. 305-335

ROUDIL M.A., BRUNEAU S., (2006), *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés. Journal de la consultation «Souffrance et Travail»*, , Editions Pearson

ROUSSEAU D.M., (1989), « Psychological and implied contracts in organizations », *EmployeeResponsabilities and Rights Journal*, Vol. 2, p. 121-139

ROUSSEL P., (2005), Dans, *Comportement Organisationnel,* DELOBBE N., HERRBACH O., LACAZE D., MIGNONAC K., Vol. 1, Bruxelles, Editions Deboeck

ROUSSEL P., DURRIEU F., CAMPOY E., EL AKREMI A., (2002), *Méthodes d'Equations Structurelles : Recherche et Applications en Gestion*, Economica

ROUSSEL P., WACHEUX F., (2006), *Management des Ressources Humaines : Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*, Paris, Editions De Boeck

S

SAINSAULIEU Y., (2003), *Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, Editions L'Harmattan

SAINT-ONGE S., HAINES V. , SEVIN H., (2000), « L'influence de l'appui du supérieur hiérarchique des collègues et des dirigeants d'entreprise sur le succès en télétravail ? », *Revue Relations Industrielles / Industrial Relations*, Vol. 55, N° 3, p. 414-450

SAINT-ONGE S., RENAUD S., GUERIN G., CAUSSIGNAC E., (2002), « Vérification d'un modèle structurel à l'égard du conflit travail-famille », *Relations Industrielles*, Vol. 57, p. 491-513

SALANCIK G.R., PFEFFER J., (1977), « An examination of need-satisfaction models of job attitudes », *Administrative Science Quaterly*, Vol. 22, p. 427-456

SALOVEY P., MAYER J.D., (1990), « Emotional intelligence », *Imagination, Cognition and Personality*, Vol. 9, p. 185-211

SCANDURA T.A., GRAEN G.B., (1984), « Moderating effects of initial leader-member exchange status on the effects of leadership intervention », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 69, p. 428-436

SCHAUFELI W., ENZMANN D., (1998), *The Burnout Companion to Study and Practice*, London, Taylor & Francis

SCHAUFELI W.B., LEITER M.P., MASLACH C., JACKSON S.E., (1996), *The MBI General Survey,* In, *The Maslach Burnout Inventory Manual*, MASLACH C., JACKSON S.E, LEITER M.P., (1986), Palo-Alto, CA, Consulting Psychologists Press

SCHAUFELI W.B., VANDIRENDONCK D., (1993), « The construct validity of two burnout measures », *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 14, p. 631-647

SCHEIN E., (1965), *Organizational psychology*, Englewood Cliffs, N.J : Prentice-Hall

SCHWAB R.L., IWANICKI, (1982), « Perceived role conflict, role ambiguity and teacher burnout », *Educational Administration Quarterly*, Vol. 18, p. 60-74

SCHWARTZER R., KNOL N., REICKMAN N., (2003), *Social support,* In, *Introduction to health psychology*, KAPTEIN A., WEINMAN J.,Oxford, England: Blackwell

SEERS A., Petty M.M., CASHMAN J.F., (1995), « Team-member exchange under Team and traditionnal management, a naturally occurring quasi-experiment », *Group and Organization Management*, Vol. 20, p. 18-38

SELIGMAN M. E., CSIKSZENTMIHALYI M., (2000), « Positive psychology : An introduction », *American Psychologist*, N° 55, p. 5-14

SHELDON M.E., (1971), « Investments and involvements as mechanisms producing commitment to the organization », *Administrative Science Quaterly*, Vol. 16, p. 143-150

SHEPERD C. D., FINE L. M., (1984), « Role conflict and role ambiguity reconsidered », *Journal of Personal Selling and Sales Management*, Vol. 4, p. 58-65

SHERONY K., GREEN S., (2002), « Coworker Exchange: Relationships Between Coworkers, Leader-Member Exchange and Attitudes », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 87, p. 542-548

SHORE L., TETRICK L., (1991), « A Construct Validity Study of the Survey of Perceived Organizational Support », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 76, N°5, p. 637-643

SHORE L., WAYNE S., (1993), « Commitment and employee behavior : Comparison of affective and continuance commitment with perceived organizational support », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 78, p. 774-780

SHORE L.M, SHORE T.H., (1995), *Perceived organizational support and organizational justice,* In, *Organizational politics, justice and support :managing the*

social climate of the workplace, CROPANZANO R.S., KACMAR K.M., Wesport, CT, Quorum

SHORE L.M., TETRICK L.E., (1991), « A construct validity study of the survey of perceived organizational support », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 76, p. 637-643

SIEGRIST J., (1996), « Adverse Health Effects of High Effort/Low Reward Conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 1, p. 27-41

SIMONS K. V., JANKOWSKI T.B., (2008), « Factors Influencing Nursing Home Social Workers' Intentions to Quit Employment », *Administration in Social Work*, Vol. 32, p. 5-21

SINGH J., (1998), « Striking a balance in boundary spanning positions: An investigation of some unconventional influences of role stressors and job characteristics on job outcomes of salespeople », *Journal f Marketing Research*, Vol. 62, p. 69-86

SINGH J., RHODES G., (1994), « Boundary role ambiguity in marketing oriented positions : a multidimensional multifaceted operationalization », *Journal of Marketing Research*, Vol. 31, p. 328-338

SOLOMON C., (1994), « Work/family failing grade : Why today's initiatives aren't enough », *Personnel Journal*, Vol. 73, p. 72-87

SPARROWE R. T., LIDEN R. C., (1997), « Process and structure in leader-member Exchange », *Academy of Management Review*, N° 22, p. 522-552

STAW B., (1965), *Research in organizational behavior*, p. 174-208, Greenwich: JAI

STEERS R.M., (1977), « Antecedents and outcomes of organizational commitment », *Administrative Science Quaterly*, Vol. 22, p. 46-56

STEWART D.W., (1981), « The application and misapplication of factor analysis in marketing research », *Journal of Marketing research*, Vol. 18, p. 51-62

STRAUSS A., CORBIN J., (1990), *Basics of qualitative research, grounded theory and technics*, Newbury Park, CA, Sage

SUT I.W., HUMBORSTAD B., WHITFIELD R., (2008), « Burnout and Service Employees' Willingness to Deliver Quality Service », *Journal of Human Resources in Hospitality & Tourism*, Vol. 7, p. 45-64

T

TAN H.H., TAN C.F., (2000), « Toward the differentiation of trust in supervisor and trust in organization », *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, Vol. 126, p. 241-260

TAPIA C., ROUSSAY P., (1991), *Les attitudes*, Paris, Les Editions d'Organisation, p. 15

TENENHAUS M., (1996), *Méthodes statistiques en gestion*, Paris, Dunod

TENENHAUS M., (1998), *Régression PLS : Théorie et Pratique*, Paris, Technip

THEVENET M., (1992), *Impliquer les personnes dans l'entreprise*, Paris, Editions Liaisons

THEVENET M., (2000), *Le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes*, Paris, Editions d'organisation

THEVENET M., (2001), « Vie professionnelle, vie privée et développement personnel », *Revue Française de Gestion*, p. 106-119,

THIETART R.A., (2003), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Editions Dunod

THOITS P.A., (1982), « Life stress, social support and psychological vulnerability: epidemiological considerations », *Journal of Community Psychology*, Vol. 10, p. 341-362

THOITS P.A., (1985), Social *support and psychological well-being: theoretical possibilities,* In, *Social Support: Theory, Research and Application*, SARASON I.G., SARASON B.R., p. 51–72, Boston, Nijhoff

THOITS P.A., (1995), « Stress, Coping and Social Support Processes: Where are We? What Next? », *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 36, Numéro spécial, p. 53-79

THOMAS T.T., GANSTER D.C., (1995), « Impact of family-supportive work variables on work-family conflict and strain: a control perspective », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 80, N° 1, p. 6-15

THOMPSON C.A., BEAUVAIS L.L., LYNESS K.S. (1999), « When work-family benefits are not enough: the influence of work-family culture on benefit utillization, organisational attachment and work-family conflict », *Journal of Vocational Behavior*, Vol. 54, p. 392-415

TRUCHOT D., (2004), *Epuisement professionnel et Burnout : Concepts, modèles et interventions*, Paris, Editions Dunod

U

UCHINO B.N., HOLT-LUNSTAD J., UNO D., FLINDERS J.B., (2001), « Heterogeneity in the social networks of young and older adults: Prediction of mental health and cardiovascular reactivity during acute stress », *Journal of Behavioral Medicine*, N° 24, p. 361–382

USUNIER J-C., (1990), « Méthodologie de la recherche Marketing Cross-Culturelle : les Limites de l'Equivalence », *Actes 1990 de l'association Française du Marketing*, La Baules,

V

VAN BREUGEL G., VAN OLFFEN W., OLIE R., (2005), « Temporary Liaisons: The Commitment of Temp's Toward Their Agencies », *Journal of Management Studies*, Vol. 42, N°3, p. 540-566

VAN-HOOREBEKE (2003), « Le management des émotions au travail : une reconsidération des pratiques organisationnelles », *La Revue de Gestion des Ressources Humaines*, N°49, p.2-13

VAN DER DOEF M., MAES S., (1999), « The job demand-control (-support) model and psychological well-being: a review of 20 years of empirical research », *Work & Stress*, Vol. 13, p. 87-114

VAUX A., (1988), *Social Support: Theory, Research and Intervention*, New York, Praeger

VAUX A., PHILLIPS J., HOLLY L., THOMSON B., WILLIAMS D., STEWART D., (1986), « The Social Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of Reliability and Validity », *American Journal of Community Psychology*, Vol. 14, p. 195-219

VEIL C., (1959), *Les états d'épuisement*, Concours médical, p. 2675-2681

W

WAYNE S. J., SHORE L. M., BOMMER W. H., TETRICK L. E., (2002), « The role of fair treatment and rewards in perceptions of organizational support and leader–member exchange », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 87, p. 590–598

WAYNE S. J., SHORE L.M., LIDEN R.C., (1997), « Perceived organizationnal support and leader-member exchange: a social exchange perspective », *Academy of Management Journal*, Vol. 40, p. 82-111

WILENSKI H.L., (1960), « Work, carers and social integration », *International Social Science Journal*, Vol. 4, p. 543-560

WILLIAMS K.J., ALLINGER G.M., (1994), « Roles sressors, mood spillover and perceptions of work-family conflict in employed parents », *Academy of Management Journal*, Vol. 37, No. 4, p. 837-867

WINEMILLER D.R., MITCHELL M.E., SUTLIFF J., CLINE D.J., (1993), « Measurement Strategies in Social Support: A Descriptive Review of the Literature », *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 49, N° 5, p. 638-648

WINNUBST J. A. M., BUUNK B. P., MARCELISSEN F. H. G., (1988), *Social support and stress: Perspectives and processes,* In, *Handbook of life stress, cognition and health*, FISCHER S., REASON J., p. 511–528, Chichester, Wiley

WOLD H., (1966), *Estimation of principal components and related models by iterative least squares,* In, *Multivariate Analysis,* KRISHNAIAH P.R., p. 391-420, New York, Academic Press

WOLD H., (1975), « Soft modeling by latent variable : the non-linear iterative partial least squares (NIPALS) approach », *Perspectives in Probability and Statistics*, , p. 117-142

WOLPIN J., BURK R.J., GREENGLASS E.R., (1991), « Is job satisfaction an antecedent or a consequence of psychological burnout ? » , *Human Relations*, Vol. 44, p. 193-209

X

XANTHOPOULOU D., BAKKER A. B., DOLLARD M. F., DEMEROUTI E., SCHAUFELI W. B., TANS T. W., SCHREURS P. J. G., (2007), « When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources », *Journal of Managerial Psychology*, Vol. 22, p. 766-786

Y

YIN R.K., (1989), *Case study research design and methods*, Beverly Hills, Sage Publications

YIN R.K., (2003), *Applications of Case Study Research. Applied Social Research Series. Vol. 34, Second Edition*, , Sage Publications

Z

ZELLARS K. L., PERREWE P.L., HOCHWARTER W.A., (2000), « Burnout in health care: the role of the five factors of personality », *Journal of Applied Social Psychology*, Vol. 30, p. 1570-1598

SOMMAIRE DETAILLE

PARTIE 1 – CADRE CONCEPTUEL 26

CHAPITRE 1 - TENSIONS AU TRAVAIL ET EPUISEMENT PROFESSIONNEL : UNE RELATION CONNUE 29
1.1 LES TENSIONS AU TRAVAIL : UN RISQUE PSYCHOSOCIAL 32
1.1.1 La complexité de la compréhension de la sante au travail 32
1.1.1.1 Un bref état des lieux de la santé au travail en France 33
1.1.1.2 Perspective interactionniste ou perspective transactionnelle du stress au travail ? 35
1.1.2 Délimitation des risques psychosociaux considérés dans la recherche 41
1.1.2.1 Les exigences psychologiques du travail 41
1.1.2.2 Les tensions de rôle 42
1.1.2.3 Le conflit travail / hors travail : une forme de conflit de rôle 44
1.2 L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL: DEFINITIONS ET MODELISATIONS 48
1.2.1 L'évolution conceptuelle de l'épuisement professionnel 48
1.2.2 Une référence : la conception de maslach et jackson (1981) 50
1.3 LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX : UNE SOURCE D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL 57
1.3.1 De fortes exigences psychologiques induisent l'épuisement professionnel 57
1.3.2 Les tensions de rôle et l'épuisement professionnel 59
1.3.3 Le conflit travail / hors travail et l'épuisement professionnel 60
CHAPITRE 2 - LE SOUTIEN ORGANISATIONNEL ET LE SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL 66
2.1 ENCADREMENT THEORIQUE DES CONCEPTS DE SOUTIEN 68
2.1.4 L'échange social comme objet de recherche 68
2.1.4.1 La relation d'emploi sous l'angle de la réciprocité : cadrage conceptuel 69
2.1.4.2 Les concepts basés sur la théorie de l'échange social 70
2.2 LE SOUTIEN ORGANISATIONNEL: L'IMPLICATION DE L'ORGANISATION ENVERS SES SALARIES 77
2.2.1 Le soutien organisationnel percu (SOP) 77
2.2.1.1 Définition et mesure du SOP 78
2.2.1.2 Les principaux déterminants et effets de la perception du soutien organisationnel 80
2.2.1.3 Le rôle des supérieurs hiérarchiques dans la construction de la perception du soutien organisationnel 82
2.2.2 Le « leader-Member- Exchange » et le « Team-Member Exchange » (LMX et TMX) 83
2.2.2.1 Définition de l'ELM et de EEM (« échange leader-membre » et « échange équipe-membre ») 83
2.2.2.2 Mise en perspective des travaux sur la relation entre les managers de proximité et les collaborateurs dans la théorie de l'échange social 85
2.3 LE SOUTIEN SOCIAL : EVOLUTIONS CONCEPTUELLES ET DEFINITIONS 86
2.3.1 Trois approches du soutien social 88
2.3.1.1 L'approche sociologique du soutien social 88
2.3.1.2 L'approche cognitive du soutien social 90
2.3.1.3 L'approche du soutien social par les processus interpersonnels 91
2.3.2 La tridimensionnalité du soutien social 92
2.3.2.1 Le réseau de soutien social 93
2.3.2.2 Le soutien reçu et le soutien social au travail 95
2.3.2.3 Le soutien social perçu 99
CHAPITRE 3 - LE SOUTIEN ORGANISATIONNEL ET SOCIAL AU TRAVAIL, L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL ET L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE 104
3.1 L'INFLUENCE DU SOUTIEN SOCIAL SUR L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL 107
3.1.1 La complexité du concept de soutien social et de ses effets sur la santé 107
3.1.2 L'effet direct, l'effet médiateur ou l'effet modérateur du soutien social sur la santé ? 108
3.1.2.1 Les effets directs du soutien social 109

3.1.2.2 Les effets modérateurs du soutien social dans les modèles interactionnistes du stress professionnel 110
3.1.2.3 L'effet médiateur du soutien social dans les modèles transactionnels du stress professionnel 112
3.1.3 Raffiner les mesures pour mieux cerner les effets du soutien social au travail 113
3.2 L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE : L'IMPLICATION DES PERSONNES ENVERS L'ORGANISATION 115
3.2.1 Définition de l'implication organisationnelle 115
3.2.2 La tridimensionnalité de l'implication organisationnelle 117
3.2.2.1 L'implication affective 117
3.2.2.2 L'implication calculée 118
3.2.2.3 L'approche « normative » 119
3.2.2.4 Un concept pour étudier la relation entre les salariés et leur entreprise 120
3.3 LES FACTEURS D'IMPLICATION : LE ROLE IMPORTANT DE L'ORGANISATION ET DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL 121
3.3.1 Les risques psychosociaux consideres dans la recherche et l'implication organisationnelle : une association negative 121
3.3.2 Le lien entre SOP et l'implication organisationnelle 123
3.3.3 Le lien entre ELM et l'implication organisationnelle 125

PARTIE 2 – PARTIE EMPIRIQUE 131

CHAPITRE 4 - LA RECHERCHE QUALITATIVE : UNE APPROCHE DYADIQUE DU SOUTIEN SOCIAL A L'HOPITAL 138
4.1 MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE : L'INTERET DU MILIEU HOSPITALIER POUR ETUDIER LES RELATIONS INTERPERSONNELLES 140
4.1.1 Un secteur où la qualité des relations est essentielle 141
4.1.2 L'étude d'un cas unique : implications théoriques, métrologiques et managériales attendues 143
4.1.2.1 La validité interne 144
4.1.2.2 La validité externe 145
4.1.3 Le choix ducentre hospitalier faisant l'objet de l'étude de cas 147
4.1.3.1 Prise de contact avec les acteurs du terrain hospitalier 147
4.1.3.2 Le Centre Hospitalier de l'étude de cas 148
4.1.4 Mise en œuvre des entretiens 151
4.1.5 Cinq niveaux de perception mis en évidence par les personnes interrogées 155
4.2 RECONNAISSANCE DU SOUTIEN SOCIAL A L'HOPITAL : L'AIDE AU CŒUR DE L'ECHANGE INTERPERSONNEL ET DES PRATIQUES DES CADRES DE SANTE 161
4.2.1 La relation d'aide au cœur du métier des soignants 162
4.2.2 Le cadre au cœur de la complexité du soutien : des pratiques reconnues se heurtant a de nombreuses résistances 164
4.2.3 Un rapport quotidien à l'émotion et une prise de distance nécessaire permise par des relations soutenantes 166
4.2.4 L'équipe au cœur des préoccupations des cadres de sante 168
4.2.5 Des attentes fortes de soutien par rapport au cadre et par rapport a l'équipe 170
4.3 LES FACTEURS CONTEXTUELS, SITUATIONNELS ET INDIVIDUELS INFLUENCANT L'EXPRESSION DES COMPORTEMENTS DE SOUTIEN AU TRAVAIL 171
4.3.1 Des contraintes au niveau contextuel 172
4.3.2 Des contraintes au niveau du travail et de l'environnement de travail 174
4.3.3 Des leviers et des contraintes au niveau individuel 178
4.4 LA NATURE DU SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL 180
4.4.1 Le soutien social à l'hôpital : un soutien socio-émotionnel et instrumental 180
4.4.1 Un soutien à la sphère professionnelle de nature socio-émotionnelle reconnu et voulu par les cadres de santé 184

4.4.2 Un soutien instrumental à la sphère professionnelle reconnu par les cadres de sante 186
4.4.3 Un soutien socio-émotionnel a l'individu reconnu par les cadres de sante..... 187
4.4.4 Les soignants : des attentes de disponibilité, de reconnaissance et de soutien instrumental par rapport au cadre de sante 190
4.4.5 Un soutien orienté vers l'individu attendu, reconnu et par l'equipe 192
4.4.6 Un soutien instrumental et socio-émotionnel à la sphère professionnelle attendu et reconnu par l'equipe 193
4.5 LE SOUTIEN SOCIAL ENTRE LES PERSONNES : LE DEVELOPPEMENT D'UN CLIMAT FAVORABLE AU BIEN-ETRE ET A LA MOBILISATION DES PERSONNES 198
4.5.1 Le SST perçu, une facette qui ne cerne pas seule la complexité du phénomène : vers une approche transactionnelle ? 198
4.5.2 Le soutien socio-émotionnel comme mécanisme de régulation des interactions sociales à l'hôpital 202
4.5.3 Implications pour les praticiens : la valorisation et le développement des « savoirs être » socio-émotionnels des personnes 203
CHAPITRE 5 - DEVELOPPEMENT DE L'ECHELLE DE MESURE DU SST ET DES AUTRES MESURES POUR TESTER LE MODELE DE RECHERCHE 207
5.1 REMARQUES PRELIMINAIRES : MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE POUR DEVELOPPER LES OUTILS DE MESURE 209
5.1.1 Quelques remarques sur la démarche et les échantillons 209
5.1.2 Critères de selection d'un instrument de mesure 214
5.1.2.1 Les qualités d'un instrument de mesure 214
5.1.2.2 Les critères concernant l'adaptation des outils à la culture et au contexte de la recherche 216
5.2 SELECTION ET DEVELOPPEMENT DES INSTRUMENTS DE MESURE EXISTANTS 218
5.2.1 Les variables à expliquer 218
5.2.1.1 L'épuisement professionnel 218
5.2.1.2 L'implication organisationnelle 220
5.2.2 Les variables explicatives 223
5.2.2.1 Les exigences du travail 223
5.2.2.2 Les conflits travail famille/ famille travail 224
5.2.2.3 Les tensions de rôle 225
5.3 CONSTRUCTION ET DEVELOPPEMENT DES ECHELLES DE MESURE : METHODES STATISTIQUES RETENUES 227
5.3.1 L'analyse factorielle exploratoire 228
5.3.2 Validation des instruments de mesure 230
5.3.2.1 Les conditions préalables 230
5.3.2.2 Qualité d'ajustement du modèle global 231
5.3.2.3 Qualité d'ajustement du modèle de mesure 232
5.4 CONSTRUCTION ET DEVELOPPEMENT DE LA DOUBLE MESURE DE LA PERCEPTION DU SOUTIEN SOCIAL AU TRAVAIL 233
5.4.1 Les échelles du soutien social au travail dans la littérature 233
5.4.2 Rédaction des items de mesure et prétest 236
5.4.3 Développement de l'échelle de la PSSC 238
5.4.3.1 Développement de l'échelle de la PSSC (première collecte de données) 238
5.4.3.2 Analyse factorielle exploratoire de l'échelle de la PSSC (deuxième collecte de données) 240
5.4.3.3 Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle de la PSSC 242
5.4.4 Développement de l'échelle de la PSSE 244
5.4.4.1 Analyse factorielle exploratoire de l'échelle de la PSSE (première collecte de données) 244
5.4.4.2 Analyse factorielle exploratoire de l'échelle de la PSSE (deuxième collecte de données) 245
5.4.4.3 Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle de la PSSE 246
5.5 DEVELOPPEMENT DES ECHELLES DE MESURE EXISTANTES 248

5.5.5 Purification de l'échelle du burnout 248
5.5.5.1 Analyse factorielle exploratoire de l'échelle de mesure du burnout 248
5.5.5.2 Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle de mesure du burnout 250
5.5.6 Purification de l'échelle de l'implication organisationnelle 252
5.5.6.1 Analyse factorielle exploratoire de l'échelle de mesure de l'implication organisationnelle 252
5.5.6.2 Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle de mesure de l'implication organisationnelle 254
5.5.7 Purification de l'échelle de mesure des exigences du travail 255
5.5.8 Purification de l'échelle de mesure des conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale 257
5.5.8.1 Analyse factorielle exploratoire de l'échelle de mesure des conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale 257
5.5.8.2 Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle de mesure des conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale 259
5.5.9 Purification de l'échelle de mesure des tensions de rôle 260
5.5.9.1 L'analyse factorielle exploratoire de l'échelle de mesure des conflits et de l'ambiguïté de rôle 260
5.5.9.2 L'analyse factorielle confirmatoire de l'échelle des conflits et de l'ambiguïté de rôle 262
CHAPITRE 6 - L'INFLUENCE DES DIFFERENTS TYPES DE SST SUR LA PERSONNE ET SON COMPORTEMENT AU TRAVAIL 268
6.1 MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE DE VALIDATION DU MODELE GENERAL DE RECHERCHE 271
6.1.1 Présentation des modèles de recherche 271
6.1.2 Rappel sur les variables et codage des variables explicatives 275
6.2 PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE 277
6.2.1 La regression partial least squares pour sélectionner les facteurs pertinents dans l'explication des phénomènes observés 277
6.2.2 Critères de selection des composante et qualité du modèle 280
6.2.2.1 La validation croisée 280
6.2.2.2 La qualité du modèle 281
6.3 LE MODELE DE L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL 282
6.3.3 Pouvoir explicatif des trois modèles de l'épuisement professionnel 282
6.3.4 Importance relative des variables explicatives et qualité du modèle de l'épuisement emotionnel 284
6.3.4.1 L'importance relative des variables 285
6.3.4.2 Qualité du modèle de l'épuisement émotionnel 286
6.3.4.3 Etude du degré d'influence des variables explicatives du modèle 287
6.4 LE MODELE DE L'IMPLICATION ORGANISATIONNELLE 290
6.4.1 Pouvoir explicatif des trois modèles de L'implication organisationnelle 290
6.4.2 Importance relative des variables explicatives et qualité du modele de l'implication affective 292
6.4.2.1 L'importance relative des variables 292
6.4.2.2 Qualité du modèle de l'implication affective 293
6.4.2.3 Etude du degré d'influence des variables explicatives du modèle 294
6.5 DISCUSSION ET MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS QUALITATIFS ET QUANTITATIFS ... 297
6.5.1 De nombreux résultats «contre intuitifs » 297
6.5.1.1 Le paradoxe du SST : l'intégration des affects personnels dans l'organisation ? 299
6.5.1.2 L'implication affective des soignants renforcée par le soutien social des cadres de santé et de l'équipe 303
6.5.2 Explorer, décrire et expliquer le soutien social a l'hôpital : la validité de la recherche… 305
6.5.2.1 Convergence des validités interne et externe 305
6.5.2.2 Implications théoriques : le soutien social à l'hôpital 307

6.5.2.3 Les implications méthodologiques : la difficile mesure des « affects positifs » et l'importance de ces affects au travail 310
6.5.2.4 Les implications managériales : L'importance du soutien émotionnel au service de la performance à l'hôpital 311

CONCLUSION GENERALE..... 316

BIBLIOGRAPHIE..... 322
SOMMAIRE DETAILLE..... 348
TABLE DES ENCADRES..... 353
TABLE DES FIGURES 354
TABLE DES SCHEMAS..... 355
TABLE DES TABLEAUX 356

TABLE DES ENCADRES

Encadré 1 : Questions de recherche *155*
Encadré 2 : Echelle de la perception du soutien social du cadre de santé après analyse factorielle confirmatoire *242*
Encadré 3 : Echelle de mesure du burnout après analyse factorielle confirmatoire *250*
Encadré 4 : Echelle de mesure de l'implication retenue après épuration *254*
Encadré 5 : Echelle de mesure des exigences du travail après épuration *257*
Encadré 6 : Echelle de mesure des conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale retenue après épuration *259*
Encadré 7 : Echelle de mesure de s tensions de rôle retenue après épuration *263*
Encadré 8 : Les hypothèses de recherche *273*

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : "Schéma type" de l'approche interactionniste du stress professionnel, d'après BRUCHON-SCHWEITZER (2002).....35
*Figure 2 : Un exemple de modèle interactionniste du stress professionnel, le modèle de KARASEK (1979)*36
Figure 3 : "Schéma type" des modèles transactionnels du stress professionnel, d'après BRUCHON-SCHWEITZER (2002).....37
Figure 4 : Un exemple de modèle transactionnel du stress professionnel, le modèle de SIEGRIST (1996)..38
Figure 5 : Le modèle multifactoriel de la santé de BRUCHON SWHEITZER (2002).....40
Figure 6 : Les trois dimensions du processus du burnout (MASLACH et JACKSON, 1981).....53
Figure 7 : Le modèle du burnout de CHERNISS (1980).....54
Figure 8 : Le modèle motivationnel du Burnout de Pines (1993).....56
Figure 9 : L'influence positive des risques psychosociaux considérés dans la recherche sur l'épuisement professionnel. En résumé… les tensions au travail perçues influencent positivement l'épuisement professionnel perçu.....62
Figure 10 : Effet direct du soutien social (Truchot, 2004).....109
Figure 11 : Effet modérateur du soutien social (Truchot, 2004).....110
Figure 12 : L'effet médiateur du soutien social.....112
Figure 13 : Synthèse sur l'effet direct et l'effet modérateur du soutien social sur l'épuisement et sur la relation entre le stress et l'épuisement.....114
Figure 14 : La relation négative entre les tensions au travail et l'implication organisationnelle.....123
Figure 15 : La relation positive entre les pratiques de GRH (soutien du supérieur et échange « leader-membre ») et l'implication organisationnelle.....126
Figure 16 : Modèle général de la reherche.....129
Figure 17 : Cinq niveaux de perception interdépendants du soutien au travail.....161
Figure 18 : Le SST perçu au carrefour des représentations individuelles des cadres de santé et des soignants.....200
Figure 19 : Les facteurs influençant la construction du soutien perçu au travail et le modèle de recherche.....201
Figure 20 : Le paradigme de Churchill (1979).....210
Figure 21 : Exemples d'échelles de mesure du soutien reçu en psychologie sociale.....234
Figure 22 : Exemples d'échelles de mesure du soutien perçu en psychologie sociale.....234
Figure 23 : Un exemple d'échelle de mesure du soutien reçu au travail.....234
Figure 24 : Les échelles de mesure de soutien social au travail « de référence ».....235
Figure 25 : Le modèle général de la recherche.....271
Figure 26 : Le modèle général de la recherche testé avec la régression PLS.....272
Figure 27 : Modèle de l'épuisement professionnel.....274
Figure 28 : Modèle de l'implication organisationnelle.....274
Figure 29 : Classement des VIP relatifs aux variables explicatives de l'épuisement émotionnel.....286
Figure 30 : Classement des VIP relatifs aux variables explicatives de l'implication affective.....293
Figure 31 : Synthèse des résultats quantitatifs relatifs à la validation des deux modèles de recherche.....298

TABLE DES SCHÉMAS

Schéma 1 : Représentation systématique du soutien social (d'après HOUSE, 1981 ; TARDY 1985 ; EISENBERGER et al., 1986 ; PAYNE et JONES, 1988 ..... *103*
Schéma 2 : Démarche et objectifs poursuivis dans les entretiens exploratoires *149*
Schéma 3 : Les composantes du soutien du manager de proximité *183*
Schéma 4 : Les composantes du soutien social des membres de l'équipe de travail *183*
Schéma 5 : Modèle des comportements de soutien du manager de proximité *189*
Schéma 6 : Modèle du soutien attendu et reconnu par les membres de l'équipe *195*
Schéma 7 : Représentation systématique des comportements de soutien voulus par les cadres de santé ... *196*
Schéma 8 : Représentation systématique des attentes et de la perception du soutien du point de vue des agents *197*

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les trois paradigmes dans la conceptualisation du soutien social (d'après COHEN et al., 2000 ; HUPCEY, 1995)....88
Tableau 2 : La nature du soutien en fonction des sources (selon WEISS, 1974)....94
Tableau 3 : Synthèse de la mise en œuvre de la recherche qualitative....154
Tableau 4 : Les critères de qualité d'un instrument de mesure (d'après EVRARD, PRAS et ROUX, 2000)214
Tableau 5 : La version française du Maslach burnout Invetory....220
Tableau 6 : La version française de l'échelle d'implication organisationnelle d'ALLEN, MEYER et SMITH (1993)....222
Tableau 7 : L'échelle de mesure des exigences du travail....223
Tableau 8 : Echelle de mesure des conflits entre le travail et la famille de NETMEYER et al. (1996)....225
Tableau 9 :Version française de l'échelle de mesure des tensions de rôle de RIZZO et al. 227
Tableau 10: Indicateurs d'ajustement retenus et valeurs de références associées (Roussel et al., 2004)....231
Tableau 11 : Echelle de mesure de la PSSC....237
Tableau 12 : Résultat de l'analyse factorielle exploratoire sur l'échelle de la perception du soutien social du manager de proximité (Rotation Varimax, 3 itérations)....239
Tableau 13 : Résultats de l'analyse factorielle exploratoire sur l'échelle de la perception du soutien social du manager de proximité (Rotation Varimax, 3 itérations)....241
Tableau 14 : Résultats des analyses factorielles confirmatoires sur l'échelle de la perception du soutien social du cadre de santé....243
Tableau 15 : Résultats de l'analyse factorielle exploratoire sur l'échelle de la perception du soutien social des membres de l'équipe (Rotation Varimax, 3 itérations)....245
Tableau 16 : Résultats de l'analyse factorielle exploratoire sur l'échelle de la perception du soutien social des membres de l'équipe (Rotation Varimax, 3 itérations)....246
Tableau 17 : Résultats des analyses factorielles confirmatoires sur l'échelle de la perception du soutien de l'équipe 247
Tableau 18 : Résultats de l'analyse factorielle exploratoire sur l'échelle du burnout (Rotation Varimax, 4 itérations)....249
Tableau 19 : Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire sur l'échelle du burnout....251
Tableau 20 : Structure factorielle de l'implication organisationnelle retenue (Rotation Varimax, 4 itérations)....253
Tableau 21 : Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire sur l'échelle de l'implication organisationnelle 255
Tableau 22 : Structure factorielle des exigences du travail après l'ACP....256
Tableau 23 : Structure factorielle des conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale (rotation VARIMAX, 3 itérations)....258
Tableau 24 : Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire sur l'échelle des conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale....260
Tableau 25 : Structure factorielle de s tensions de rôles retenue (Rotation Varimax, 4 itérations)....262
Tableau 26 : Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire sur l'échelle tensions de rôle 264
Tableau 27 : Synthèse des résultats concernant les indices d'ajustement, la fiabilité et la validité des mesures du modèle de la recherche 267
Tableau 28 : Qualité de la régression PLS obtenue pour chaque modèle de l'épuisement professionnel..283
Tableau 29 : Résultats de la procédure de validation croisée, utilisée pour sélectionner le nombre pertinent de composantes à retenir (Les valeurs en gras indiquent que la statistique est supérieure au seuil de rejet) 284
Tableau 30 : Qualité de la représentation des données à l'aide de la composante t_1....287
Tableau 31 : Paramètres du modèle estimé par la régression PLS....287
Tableau 32 : Qualité de la régression PLS obtenue pour chaque modèle de l'implication organisationnelle 290
Tableau 33 : Résultats de la procédure de validation croisée, utilisée pour sélectionner le nombre pertinent de composantes à retenir. (les valeurs en gras indiquent que la statistique est supérieure au seuil de rejet) 291
Tableau 34 : Qualité de la représentation des données à l'aide de la composante t_1....294
Tableau 35 : Paramètres du modèle de l'implication affective estimé par la régression PLS 295

VU,

Le Directeur de thèse
David ALIS

VU,

La Responsable de l'Ecole Doctorale
Sylvie HENNION

VU, pour autorisation de soutenance
Le Président de l'Université de RENNES 1
Guy CATHELINEAU

VU, pour autorisation de publication
Le Président de Jury,

RESUME

Les exigences croissantes du travail et leurs conséquences sur la qualité de vie des salariés sont d'actualité. Dans cette perspective, la réflexion sur les pratiques managériales mérite d'être approfondie. Cette recherche vise trois objectifs : conceptualiser, mesurer et prédire l'influence du soutien social au travail (SST).

Notre réflexion théorique s'articule en trois points. (1) Etudier les tensions psychologiques (demandes du travail, tensions de rôle et interférences vie professionnelle/vie « hors travail ») constitue une clé d'entrée qui nécessite (2) une réflexion sur les pratiques RH et les relations interpersonnelles au travail. (3) Nous étudions les effets de ces pratiques dans les modèles de recherche intégrant les tensions au travail, le burnout et l'implication organisationnelle.

Le milieu hospitalier pose de manière exemplaire la dynamique et les enjeux du management de proximité. Nous étudions un cas unique : un centre hospitalier régional.

Afin d'apporter des éléments de réponse, nous proposons d'abord une approche dyadique du SST. L'analyse de 60 entretiens menés auprès de cadres de santé, d'infirmiers, d'aides soignants et d'agents des services hospitaliers fait ressortir la nature émotionnelle des relations professionnelles. Aussi, le soutien du cadre et celui de l'équipe ne sont pas de même nature. Ensuite, nous développons une double mesure du SST perçu. Cette étape de la recherche met en exergue la difficulté d'établir une frontière entre le soutien professionnel (de reconnaissance etc.) et le soutien à l'individu (lié à ses problématiques personnelles). Enfin, le dernier point permet de présenter les avantages de la méthode de régression PLS pour identifier les facteurs pertinents. Ainsi, le soutien professionnel des cadres de santé est lié négativement à l'épuisement émotionnel alors que le soutien à l'individu le renforcerait. Pourtant, ce soutien influence positivement et très significativement l'implication affective des soignants. Finalement, nous montrons que l'influence du SST perçu diffère en fonction de sa nature.

TITLE

Work and Social Support:
Conceptualization, measurement and influence on burnout and organizational commitment

ABSTRACT

Work demands and their consequences on employees' quality of life are a current issue. Therefore, the reflexion about managerial practices should be deeply investigated. The three main objectives of this research deal with the conceptualization, the measurement and the prediction of workplace social support (WSS) influence.

The theorical reflexion is based on three points (1) Stressors (work demands; role conflict and ambiguity; and work family conflict) are a first key that leads to (2) a reflexion about organizational practices. (3) We analyze the influence of WSS in theorical models in which work stress, burnout and organizational commitment are integrated.

The issues related to social exchange process and supervisor support challenges are pregnant in hospitals.

In order to achieve our research, we first present a WSS dyadic approach. Analysing 60 interviews with nurse managers, nurses and nursing aids we highlight the emotional dimension of support. By the way, we also that supervisor support and team support are different. Then we develop a double perceived WSS psychometric scale. This step leads us to focus on the difficulty to specify the distinction between professional support (esteem etc.) and personal support (related to individual problems). Finally, the last part emphases the advantages of Partial Least Squares Regression to identify significant factors. Thus, although professional support provided by managers is negatively related to emotional exhaustion, we found that personal support increase the emotional dimension of burnout. Nevertheless, personal support is strongly and positively related to affective commitment. Finally, these results provide that WSS nature and WSS perceived influence are highly bounded.

DISCIPLINE – SCIENCES DE GESTION

MOTS CLE : Soutien social au travail (Managers de proximité et Equipe) – Risques psychosociaux – Burnout – Implication organisationnelle – Approche qualitative dyadique – Opérationnalisation – Régression PLS – Etude de cas unique – Secteur Hospitalier

École Doctorale de Sciences Économiques et de Gestion
UNIVERSITE DE RENNES 1