

CONSTRUCTION D'UNE ECHELLE DE LA PERCEPTION DU SOUTIEN SOCIAL : PREMIERS RESULTATS D'UNE ETUDE DE CAS SUR UN CENTRE HOSPITALIER.

Caroline RUILLER

Doctorante, CREM, CNRS UMR 6211

Directeur de Recherche : Professeur David ALIS

Université de Rennes 1

IGR-IAE de Rennes,

11 rue Jean Macé, 35000 Rennes

Tel : 02-23-23-79-09

caroline.ruiller@univ-rennes1.fr

Résumé:

La dégradation des conditions de travail, notamment en France, est régulièrement dénoncée, sur la base d'études empiriques (Le travail en Question, 2001 ; Fondation de Dublin, 2002 ; Enquête Sumer, 2003). Dans ce contexte, la notion de soutien social, mise en évidence dans les travaux de Karasek (1990), nous paraît être à approfondir.

Malgré sa valeur heuristique, le concept de soutien social n'est pas encore arrivé à maturité (Hupcey, 1998). Il est mobilisé dans des disciplines différentes (sociologie, psychologie, épidémiologie, gestion des ressources humaines...), dans des sens assez différents. Vaux (1992) souligne les difficultés inhérentes à sa définition conceptuelle et opérationnelle : les instruments de mesure sont nombreux et font l'objet d'affinements. Aucune définition, qui fasse l'objet d'une acceptation par tous les théoriciens, n'existe. La définition proposée se réfère aux attributs et aux sources du soutien social (Vaux, 1992), en partie parce que les chercheurs s'attachent plus à matérialiser sa validité prédictive au détriment de sa validité théorique (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Nous avons fait le choix de nous intéresser au soutien social en milieu professionnel, en limitant la portée de la recherche à deux sources : le cadre de proximité et les membres de l'équipe de travail. Le réseau social est « contraint », c'est-à-dire que nous ne cherchons pas à mesurer, relativement à la définition de Barrera (1986) « *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* ». Cette dimension structurale du soutien décrit le degré relatif d'intégration sociale ou d'isolement d'un individu (Bruchon-Schweitzer, 2002). La recherche que nous présentons porte spécifiquement sur les aspects fonctionnels et perçus par les individus, du soutien social.

Nous présentons les résultats exploratoires d'une étude de cas en milieu hospitalier. Sur la base de soixante six entretiens (3 entretiens de Directeurs, 2 entretiens de représentants syndicaux, 1 entretien d'un membre du CHSCT, 30 entretiens cadres de santé et 30 entretiens infirmières, aides-soignantes et agents des services hospitaliers), l'objectif est de construire et développer une échelle de mesure du soutien social en suivant la démarche de Churchill. Sur la base de l'analyse de contenu des différents entretiens, deux nouvelles dimensions ressortent : une dimension communicationnelle et une dimension de réciprocité.

Il s'agit d'une première étape, dans une recherche doctorale qui vise à mettre en perspective le rôle modérateur de la perception du soutien social sur l'interférence vie professionnelle / vie familiale et l'épuisement professionnel des soignants.

Mots clés: perception du soutien social, construction d'une échelle de mesure.

Introduction

Les objectifs de cette communication sont doubles. D'abord, nous cherchons à définir le soutien social, du point de vue de ceux qui le fournissent, et du point de vue de ceux qui le reçoivent. Puis, nous présentons les premières étapes de la phase exploratoire de construction d'une échelle multidimensionnelle (en traitant des aspects fonctionnel et perçu du construit), en spécifiant les items de l'échelle avant de les tester.

Dans cette perspective, les différentes acceptions du soutien social mobilisées par les chercheurs font l'objet de la première partie de l'article. Dans une seconde partie, les objectifs de recherche, le choix méthodologique d'investigation par une étude de cas et la méthode de construction de l'échelle de mesure sont discutés. En troisième partie, nous présentons les premiers résultats de l'enquête exploratoire, ainsi que les implications théoriques et managériales de la recherche.

1. Cadre théorique : le soutien social et ses relations avec le stress professionnel.

Il est important de mentionner d'une part, que le soutien social suscite l'intérêt des chercheurs en psychologie sociale depuis le début des années 1970, et d'autre part, qu'il n'y pas de consensus entre les chercheurs quant à sa définition conceptuelle (Sarason *et al.*, 1987, p. 813; Ducharme, Stevens et Rowat, 1994, p. 373).

Cette difficulté conceptuelle entraîne inéluctablement des difficultés dans l'opérationnalisation du soutien social, de telle sorte qu'il existe de nombreux instruments de mesure, bien souvent construits par les chercheurs dans le but de répondre aux besoins de leur propre recherche (Heitzmann et Kaplan, 1988, p. 75; Winemiller *et al.*, 1993, p. 638). Il en résulte des limites métrologiques : la fidélité et la validité sont tantôt faibles, tantôt inconnues, ou encore l'instrument n'a pas été soumis à des tests ayant pour but d'évaluer sa fiabilité (Heitzmann et Kaplan, 1988, p. 75 ; O'Reilly, 1988, p. 863; Winemiller *et al.*, 1993, p. 638).

Malgré ces difficultés, la recherche sur le soutien social doit être poursuivie : d'une part, dans un souci de clarification conceptuelle, d'autre part pour affiner sa mesure. Le soutien social est reconnu comme facteur essentiel à l'adaptation sociale. Certains auteurs le tiennent pour une variable tampon, produisant un effet parapluie contre les événements générateurs de stress (Cohen et Wills, 1985, p. 310).

Nous présentons dans un premier temps les différentes définitions du soutien social.

1.1. Définitions et dimensions du soutien social

Différentes terminologies sont utilisées par les chercheurs. Malgré la diversité de ces dernières, il existe un consensus sur la multidimensionnalité du soutien social. Barrera (1981, p. 69) identifie trois dimensions : « l'intégration sociale » (social embeddedness), « le soutien reçu » (enacted support) et la « perception du soutien social » (perceived social support). Vaux et al. (1986, p. 195 ; 1987, p. 209) identifient, eux aussi, trois dimensions : les ressources ou "réseau de soutien" (support network resources), les « comportements de soutien » (supportive behavior) et, enfin, « l'appréciation du soutien » (support appraisals) Plus récemment, Pierce *et al.* (1996, p. 434) ont identifié trois dimensions au soutien social proches de celles de Vaux (1986, 1987): le « réseau de soutien » (supportive network), les

« relations de soutien » (supportive relationships) et la « perception du soutien social » (perceived social support).

Le concept de soutien social serait donc tridimensionnel. Nous présentons les dimensions que nous cherchons à opérationnaliser : fonctionnelle (soutien reçu) et soutien perçu. Nous n'aborderons pas la notion de réseau car nous choisissons, dans un souci de simplification de la mesure, de contraindre l'étude du soutien social à deux sources : le cadre de proximité et les membres de l'équipe de travail.

1.1.1. Le soutien social reçu : définitions et mesures.

Il s'agit de « l'aide effective apportée à un individu par son entourage » (Winnubst *et al.*, 1988, p. 511), c'est l'aspect fonctionnel du soutien en ce sens qu'il reflète un type de transaction adopté pour aider autrui. Le soutien reçu fait référence à l'utilisation actuelle des ressources du soutien social (Tardy, 1985, p. 187). Il s'agit d'un soutien actif qui peut se manifester par l'écoute, l'expression des inquiétudes, le prêt d'argent, l'aide pour réaliser une tâche, l'opinion des autres, une démonstration d'affection. Barrera (1981, p. 69), définit les comportements de soutien (ou soutien reçu) comme "l'ensemble des actions ou des comportements qui fournissent effectivement de l'aide à la personne".

Classiquement, les chercheurs se réfèrent aux travaux de House (1981), qui identifie quatre fonctions du soutien :

- le soutien émotionnel, qui consiste à exprimer à une personne les affects positifs que l'on ressent à son égard (confiance, amitié...), et qui apporte à celle-ci des sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort. Ces affects vont aider la personne à traverser des moments difficiles lors d'événements comme le décès d'un proche, etc (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.328).
- Le soutien d'estime, qui 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, qui 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, qui implique une assistance effective comme le prêt ou le don d'argent ou de bien matériel, ou de services rendus dans des moments difficiles.

Les travaux sur le soutien reçu montrent que la dimension émotionnelle du soutien est la plus importante : elle affecterait le contrôle perçu et faciliterait la recherche de stratégies d'ajustement (coping), elle serait modératrice quant aux effets du stress sur la santé (Winnubst *et al.*, 1988). Bruchon-Schweitzer (2002) souligne que ces divers types de soutien doivent être considérés non seulement selon leur fonction, mais aussi selon leur adéquation avec les caractéristiques de la situation stressante et avec les attentes et les besoins de l'individu. D'autre part, elle met en évidence que la satisfaction du récepteur dépend de la cohérence entre type de soutien et source du soutien (collègues de travail, amis...). Dans le cas de notre recherche, on peut se demander si le soutien émotionnel ne serait pas plus apprécié s'il vient d'un membre de l'équipe de travail, par exemple.

Si la majorité des chercheurs intègrent dans leurs recherches les dimensions du soutien social de House (1981), il existe d'autres typologies (Barrera, 1981 ; Cohen et Wills, 1985). Cutrona et Russel (1987, p. 37) proposent cinq dimensions : le soutien émotionnel, l'aide tangible (soutien instrumental et matériel), le soutien informatif (permettant la résolution de problèmes), l'intégration sociale, le soutien de la valorisation personnelle (self-esteem report, définition proche de l'appréciation de House).

La revue de littérature sur le soutien social montre qu'il existe un manque de consensus sur l'identification des types de soutien. La variété et la diversité des instruments de mesure du soutien social en témoignent : nous en recensons une quarantaine (principalement des mesures du réseau et des comportements ou soutien reçu).

Les instruments de mesure concernant le soutien reçu sont nombreux : Barrera, Sandler et Ramsey (1981, p. 435) ont construit et développé l'ISSB (*Inventory of Socially Supportive Behavior*), qui mesure les comportements qui procurent du soutien à un individu. L'instrument comporte 40 énoncés pour lesquels le répondant doit indiquer, à l'aide d'une échelle intervallaire de cinq points allant de " pas du tout " à " environ tous les jours " la fréquence du comportement décrit dans l'énoncé, au cours des quatre dernières semaines. Par exemple, le répondant doit indiquer, pour les quatre dernières semaines, " le nombre de fois où une personne lui a démontré qu'il faisait quelque chose de bien " ou encore " le nombre de fois où une personne lui a assuré un moyen de transport ". L'instrument mesure des comportements d'aide tangibles et non tangibles.

Le Social Support Behaviors Scale (SS-B) a été élaboré par Vaux en 1982. Il a été conçu afin de mesurer cinq types de comportements de soutien, soit le soutien émotionnel, l'assistance pratique, l'assistance financière, la socialisation et les conseils / avis. Les comportements considérés proviennent de deux sources : la famille et les amis. Le SS-B comporte 45 énoncés qui décrivent des comportements de soutien (ex.: " Aller voir un film ", " Prêter de l'argent "). Le répondant doit alors indiquer sur une échelle de cinq intervalles le degré de réalisation, par un membre de la famille ou par les amis, du comportement de soutien décrit dans l'énoncé. Les informations sur la fidélité de l'instrument ne sont pas connues, alors que sa consistance interne, évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach, est de 0,85. En ce qui a trait à la validité de l'instrument, Vaux et ses collaborateurs observent, à partir d'un échantillon de 120 étudiants, des corrélations modérées entre le SS-B et le ISSB de Barrera (de - 0,17 à 0,42). De plus, les résultats d'une analyse factorielle indiquent une correspondance entre les items du SS-B et les cinq types de comportements opérationnalisés, soit le soutien émotionnel, l'assistance pratique, l'assistance financière, la socialisation et les conseils / avis (Vaux *et al.*, 1987).

Le *Questionnaire de Soutien Social Perçu (QSSP)* de Bruchon-Schweitzer *et al.* (2001) permet de savoir pour chacun des quatre types de soutien identifiés par House (1981), combien de personnes le dispensent, qui sont ces personnes (famille, amis, collègues, spécialistes), et si le sujet en est satisfait. Dans cette perspective, l'outil évalue le type de soutien reçu, le nombre de personnes qui le procurent ou la disponibilité, et la qualité perçue de ce soutien (ou satisfaction). Il ne s'agit pas de soutien reçu au sens strict, car tous ces indices sont auto-évalués.

Concernant la mesure du soutien social, la cohérence entre type de soutien/situation/contexte semble être le point le plus important. D'autre part, il semblerait que la satisfaction ressentie par le destinataire du soutien soit l'indicateur le plus pertinent de l'adéquation de ce soutien aux attentes et besoins de ce même destinataire, en témoigne la multidimensionnalité des échelles de mesure construites récemment par les chercheurs en psychologie sociale.

Nous avons présenté la composante fonctionnelle du soutien ou « soutien reçu », nous abordons à présent la perception du soutien social.

1.1.2. 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; Streeter et Franklin, 1992, p. 81).

Cette notion se distingue du réseau ou du soutien reçu car 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). Il s'agit d'une notion complexe qui se subdivise en deux composantes : disponibilité et satisfaction.

La disponibilité concerne le fait de percevoir certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin.

En règle générale, la mesure de la disponibilité s'effectue par des items décrivant le type de situation stressante affrontée et le type de soutien attendu. L'instrument de mesure du soutien perçu la plus utilisée est le SSQ (*Social Support Questionnaire*) de Sarason *et al.* (1983) : le sujet doit indiquer, parmi les personnes de son entourage, qui peut lui apporter tel ou tel type de soutien.

La difficulté de la mesure réside dans la confusion que le sujet interrogé peut éprouver entre satisfaction et disponibilité : « qui va pouvoir m'aider dans cette situation ? » (Disponibilité) et « suis-je satisfait de cette aide ? » (Qualité perçue). Il est nécessaire de bien distinguer ces deux notions, car l'une ne garantit pas l'autre. Dans le cas de notre recherche, nous souhaitons comparer les scores de deux échelles : l'une concernant la « disponibilité du cadre de proximité », l'autre concernant « la disponibilité des membres de l'équipe de travail ». L'objectif est de comprendre l'importance que les individus attribuent aux deux sources de soutien, en fonction des types identifiés (émotionnel, informatif...)

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 seraient protecteur, mais le fait que parmi ces relations, certaines soient suffisamment intimes pour permettre la compréhension, l'empathie et le fait de pouvoir se confier dans les moments les plus difficiles.

Les instruments de mesure du soutien social perçu sont nombreux, le plus connu, le SSQ de Sarason *et al.* (1983) existe en plusieurs versions dont une longue à 27 items et une version courte à 6 items seulement (SSQ6). Elles permettent de recueillir les informations de façon très simple en interrogeant le récepteur sur le nombre de personnes qui peuvent l'aider en fonction de situations décrites. Le questionnaire permet également d'évaluer le degré de satisfaction de l'individu vis-à-vis du soutien identifié en fonction des différentes situations (de 1 : très insatisfait, à 6 : très satisfait). Les diverses études menées par ses auteurs attestent de l'excellente validité de construit du SSQ. La fidélité test-retest du SSQ sont très satisfaisantes et de nombreuses études en psychologie sociale ont établi le soutien social perçu est le plus prédictif dans les modèles du stress.

Une autre échelle du soutien perçu, développée par Cohen et Wills (1985) a été construite dans le but de tester l'effet modérateur du concept. Il s'agit de l'ISEL (Interpersonal Support Evaluation List) qui mesure la disponibilité perçue du soutien dans quatre domaines (matériel, estime, affiliation, discussion).

En ce qui concerne le contexte professionnel, Pinneau (1976) a construit une mesure du soutien perçu par le salarié lorsque celui-ci est confronté à divers problèmes professionnels. L'échelle est composée de quatre items (écoute, aide, discussion, disponibilité), qui font référence à trois sources (supérieur hiérarchique, collègues de travail, famille/amis). On peut, grâce à cet instrument, calculer des scores partiels selon la source du soutien ou un score total de soutien perçu.

Les recherches en psychologie sociale sur le soutien social perçu montrent que ce concept implique l'évaluation relative de la situation et des ressources sociales disponibles. Elle montrent également que la satisfaction ne se réduit pas à la qualité des relations, telle que perçue par le receveur (la satisfaction, c'est la satisfaction par rapport à quelque chose de tangible). Enfin, et c'est peut-être là le point le plus important, et pour autant le plus difficile à mesurer : si le sujet cible évalue ce qu'il reçoit (ou pense recevoir) comme adéquat à ses attentes et ses besoins, conformément à la définition de Sarason (1983), alors on peut parler de soutien social.

Dans les recherches consacrées au soutien social, certains auteurs, comme Chak (1996), préconisent la prise en compte de tous ses aspects (structuraux, fonctionnels et perçus), considérant la complémentarité du pouvoir explicatif des trois facettes. Ces auteurs considèrent que le réseau social aurait des effets principaux alors que le soutien reçu et le soutien perçu auraient plutôt des effets indirects (Barrera, 1986 ; Cohen et Wills, 1985). Le protocole de recherche serait alors la prise en compte de ces trois aspects.

Le développement des théories interactionnistes du stress professionnel intègre cette dernière préconisation. Les chercheurs explorent actuellement les effets modérateurs du soutien social. Nous quittons donc ici les définitions du concept pour aborder les effets du soutien social.

1.2. Soutien social et stress professionnel.

Comme en psychologie sociale, les chercheurs en psychologie du travail et en gestion des ressources humaines ont d'abord cherché à tester les effets directs du soutien social organisationnel sur la qualité de vie des salariés (LaRocco *et al.*, 1978). 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, p.629 ; Karasek et Theorell, 1990 ; Hofboll et Stokes, 1988, p. 497). 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. Fenlason et Beerh (1994, p. 157) 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.

De manière semblable, Hagihara *et al.* (1998, p. 75), ont montré que les effets d'interaction entre soutien social et stressors professionnels, ne concernent que certains aspects du soutien et de la situation. Ces auteurs plaident en la faveur d'un raffinement de la conceptualisation et de la mesure du soutien social organisationnel. En d'autres termes, la validité théorique et la validité prédictive du soutien social devraient être de la même qualité que celles des stressors professionnels considérés.

Certains chercheurs ont montré que le soutien social perçu peut être assimilé à mécanisme de coping¹ et réduit les effets négatifs du stress (Johnson et Hall, 1988, p. 1336 ; Thomas et Ganster, 1995, p. 6). 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. Gore (1978, p.157), a mis l'accent sur l'intérêt d'étudier les relations entre soutien social, stressés et conséquences du stress. Plus spécifiquement, elle propose trois approches. Premièrement, le soutien peut être appréhendé 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. Deuxièmement, on peut adopter une perspective basée sur les ressources (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 sollicite du soutien, qui par conséquent réduit les symptômes du stress : le soutien social est alors une variable médiatrice. En dernier lieu, le soutien social peut être considéré comme antécédent, ayant une fonction protectrice du stress et de ses effets (effet modérateur).

Si les approches concernant le soutien social comme médiateur ou comme antécédent dans les modèles du stress tendent vers des résultats stables, son effet modérateur reste encore aujourd'hui à démontrer (Lingard et Francis, 2006, p. 186).

Beaucoup de 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 (Russel et al. 1987, p. 269 ; Burke et Greenglass, 1995, p. 193; Greenglass et al., 1997, p. 267; Pines et al., 2002). Cependant, d'autres recherches tendent vers des résultats contraires et concluent sur un faible effet modérateur (El Akremi et al., 2006, p. 6) du soutien social, voir son absence (Cheuk et Wong, 1995, p. 42 ; Konariék et Dudek, 1996, p. 99).

Conceptuellement, le conflit travail / famille est considéré comme une forme de stressé et l'épuisement professionnel comme une réaction au stress de l'individu. Dans cette perspective, la relation entre les deux construits est une relation « stressé / conséquence du stress »². La plupart des modèles étudiant le stress au travail font ressortir que certaines ressources psychologiques interfèrent sur la relation « stressé / conséquence du stress », de telle sorte que ces ressources ont un effet tampon sur l'intensité de la relation.

Thomas et Ganster (1995), et plus récemment O'Driscoll et al. (2003, p. 326) ont mis en évidence une corrélation négative entre le soutien du supérieur hiérarchique et le conflit travail / famille. Le cadre de proximité aurait un rôle important car il a un contrôle sur la flexibilité des horaires des employés (Watkins, 1995, p. 77 ; Barham et al., 2001, p. 291). 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, p. 189).

Sur la base de cette revue de littérature, notre objectif est de construire une mesure du soutien social. Il s'agit d'une première étape dans la recherche, le second objectif est la mise en perspective du rôle modérateur du soutien social sur l'interférence vie professionnelle / vie familiale et l'épuisement professionnel des salariés.

Concernant le concept de soutien social, plusieurs points critiques peuvent être soulignés :

¹ 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.

² « Stressor/Strain relationship » dans les recherches anglo-saxonnes.

- il n'existe pas de consensus sur la définition conceptuelle du soutien social. Cette difficulté conceptuelle entraîne des problèmes d'opérationnalisation, il existe de nombreux instruments de mesure du soutien social : aucun d'entre eux ne fait autorité au sein de la communauté scientifique. A notre connaissance, une seule échelle de la perception a fait l'objet d'une traduction francophone, nous prenons en compte les propos de Pines et al. (2002) selon lesquels, ce construit est fortement impacté par la culture et le contexte de la recherche.
- Il semble admis par les chercheurs que la dimension émotionnelle du soutien soit la plus importante (Winnubst *et al.*, 1988). Cependant, Bruchon-Schweitzer (2002) mentionne l'intérêt de considérer les types de soutien en fonction de l'adéquation entre « effet contexte » et attentes de l'individu.
- Les échelles intégrant les dimensions fonctionnelle et de perception du soutien définissent en premier lieu une situation stressante particulière. Il semble, par conséquent, important, de construire une mesure en fonction des stressseurs que le chercheur identifie, mais également en fonction du contexte dans lequel celui-ci effectue sa mesure.
- Les recherches sur la perception du soutien social attestent de l'importance de mesurer la satisfaction quant au soutien effectif (tangibles et non tangibles), de telle sorte que l'appréciation du soutien ne se résume pas à la qualité des relations perçues par le receveur.
- La perception du soutien dépend fortement des attentes et des besoins des individus, on peut donc difficilement envisager de la mesurer sans chercher à comprendre quelles sont les attentes de la population étudiée.

Les cinq points mentionnés ci-dessus sont le socle des orientations méthodologiques de la recherche, nous présentons dans la seconde partie les objectifs et les propositions que nous cherchons à tester.

2. Objectifs et Méthodologie.

Les objectifs et les propositions de recherche sont présentés dans la première section. Nous abordons dans la deuxième section, le principe de l'étude de cas. En troisième section, nous exposons les étapes du développement de l'échelle de mesure.

2.1. Objectifs et propositions de recherche.

Quatre objectifs, dans le cadre de cette recherche qualitative, sont poursuivis :

- identifier les pratiques de soutien valorisées par les cadres de proximité (« soutien voulu »).
- Construire une classification des types de soutien correspondant aux besoins identifiés par les salariés (« soutien attendu »).
- Spécifier, en confrontant les résultats de la revue de littérature au terrain, ce que recouvrent les différents types de soutien social. Nous avons élaboré quatre propositions de recherche :

P1 : Le soutien social a une composante émotionnelle.

P2 : Le soutien social a une composante informative.

P3 : Le soutien social a une composante instrumentale.

P4 : Le soutien social a une composante d'estime.

- Déterminer si le soutien social a d'autres composantes.

Pour répondre à ces objectifs et vérifier les propositions de recherche présentées ci-dessus, nous avons fait le choix de l'étude d'un cas unique, nous discutons des choix méthodologiques dans la section qui suit.

2.2. Une démarche contextualisée : une étude de cas en milieu hospitalier.

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. 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) (Sainseaulieu, 2003) qui font du milieu hospitalier, un milieu professionnel à haut niveau d'épuisement professionnel (Macrez et Bonnet, 2003).

Concernant les effets du soutien social, le terrain hospitalier nous apparaît comme étant intéressant : les agents du personnel de soin travaillent en équipe et entretiennent des relations quotidiennes avec le cadre de santé.

L'étude de cas repose sur le principe d'interaction entre le chercheur et les sujets étudiés, nous exposons le choix de cette stratégie de recherche.

2.2.1. Le choix d'une étude de cas : une logique inductive, itérative et qualitative (66 entretiens semi-directifs).

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 (stresseurs, conséquences du stress, effets modérateurs), une revue de littérature sur les modèles de recherche intégrant le stress, et enfin, la structuration de ce travail doctoral au cours de l'étude empirique en cours (exploratoire, « hypothético-inductive », qualitative).

La stratégie d'investigation est l'étude d'un cas unique (Dyer et Wilkins, 1990). Le choix du centre hospitalier faisant l'objet de cette étude a été principalement fait sur trois critères : la taille de la structure, l'effectif (965,70 équivalent temps plein), la représentativité des différents services (pôles de médecine, chirurgie, mère enfant, rééducation, personnes âgées, médico-technique, urgences, services sociaux). 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, ainsi, 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 influe sur la qualité et la quantité des liens et des relations avec les IDE³ et les AS⁴. D'autre part, concernant les

³ IDE pour Infirmier Diplômé d'Etat.

⁴ AS pour Aide-Soignante.

équipes de soin, le contenu de la tâche du personnel IDE et AS diffère en fonction du service. Ainsi, les attentes en terme de soutien peuvent varier en fonction de la charge qualitative et quantitative de travail...

Il est important de préciser que l'accès physique au terrain est difficile, compte tenu des variables et de la population étudiée, que la compréhension du terrain et des acteurs hospitaliers est complexe, d'où la sélection d'une structure moyenne. D'autre part, les entretiens semi-directifs à trois niveaux (Direction, cadre de proximité et personnel soignant) ont mis en évidence le poids des variables externes (facteurs environnementaux, économiques, sociaux, et politiques) et des variables internes (structure, culture, acteurs, pouvoirs des acteurs, mode de management) (Pettigrew, 1987). Ces aspects seront abordés dans la partie « Résultats », mais conditionnent partiellement la nécessité d'une démarche contextualisée, et d'une étude de cas unique.

L'objectif de la partie qualitative de cette recherche est double :

- identification des types de soutien social : sur la base de perceptions de cadres de santé (7 entretiens non directifs et 23 entretiens semi-directifs, soit tous les cadres de santé du Centre Hospitalier). L'objectif est d'identifier les pratiques que les cadres valorisent pour construire le guide d'entretien du personnel soignant (effet miroir) ;
- identification des types de soutien perçus et des sources de soutien au travail : trente entretiens ont été conduits auprès du personnel soignant (IDE, AS, ASH) pour construire une échelle du soutien social.

S'agissant d'une recherche exploratoire, nous nous concentrons sur l'étude d'un cas unique. La section suivante intègre les techniques de production de données.

2.2.2. Des entretiens à trois niveaux hiérarchique : construction de la démarche.

Des entretiens non-directifs et des entretiens semi-directifs ont été menés pour spécifier le contexte de la recherche, spécifier le construit «perception du soutien social », spécifier les indicateurs de la perception du soutien social.

Dans la phase exploratoire, concernant les acteurs de la Direction de l'hôpital, les représentants syndicaux et les membres du CHSCT, les thèmes des entretiens ont évolué, aussi bien que le nombre d'entretiens réalisés. Nous souhaitons, dans un premier temps, interroger seulement les membres de la Direction, en semi-directif, de manière à ce qu'ils s'expriment sur le contexte externe (guide d'entretien basé sur la certification, l'ARTT, la tutelle, les pôles de compétitivité...), mais également sur le contexte interne (absentéisme⁵, perception de la direction sur le climat social...). Ces entretiens nous ont amené à interroger les représentants syndicaux et un membre du CHSCT sur la base des résultats des entretiens de la Direction, en abordant les mêmes thèmes mais également leurs perceptions sur la charge de travail, l'atypicité des horaires, les mutations des métiers de soignants et sur l'épuisement professionnel. Ces entretiens ont été menés dans l'idée d'explicitier « la nécessité du soutien social en milieu hospitalier ».

Dans un second temps, trente entretiens ont été menés auprès des cadres de santé. Sept entretiens non directifs ont été menés pour spécifier le soutien social du point de vue des cadres. Ces entretiens nous ont permis de construire un guide d'entretien, administré à vingt-trois autres cadres. L'objectif était d'identifier les pratiques que les cadres valorisent, mais surtout de comprendre comment les cadres de proximité appréhendent leur rôle de soutien.

⁵ Taux d'absentéisme en 2005 = 16%.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, deux autres objectifs sont poursuivis. Nous souhaitons construire une classification des types de soutien correspondant aux besoins identifiés par les agents, et spécifier ce que recouvrent les différents types de soutien social. Nous présentons maintenant la méthode de développement d'instrument de mesure que nous utilisons.

2.3. Construction et développement d'une échelle de mesure du soutien social : mise en œuvre du paradigme de Churchill.

Nous ne présentons que les étapes de la phase exploratoire, la phase confirmatoire de la démarche est prévue pour juin 2007.

2.3.1. La spécification du domaine du construit.

Cette première étape regroupe l'étude du cadre théorique et la conceptualisation de la perception du soutien social par les agents. Conformément aux recommandations de Wallace (1983), la méthode des entretiens semi-directifs a été mobilisée pour apprécier l'adéquation entre la définition de Barrera (1986) du soutien perçu, ie. « L'évaluation cognitive d'une personne à propos du soutien qu'elle estime recevoir d'autrui » et la définition que se font les agents du personnel de soin. Dix entretiens non directifs ont été réalisés auprès du personnel soignant (4 IDE, 4 AS, 2 ASH⁶) pour spécifier le contenu de la perception du soutien social. Compte tenu de l'objectif de construction d'un questionnaire, cette phase nous a permis de mieux cerner le « langage hospitalier » et facilité la rédaction des items. D'autre part, ces entretiens exploratoires ont été l'occasion d'interroger le personnel de soin sur les sources du soutien social à l'hôpital.

2.3.2. Génération d'un échantillon d'items.

Cette deuxième étape concerne l'élaboration de l'échelle de mesure et au test de validité de contenu. Le principe consiste à générer le plus grand nombre possible d'énoncés aptes à saisir les différentes caractéristiques du concept. Compte tenu de l'absence d'étude empirique concernant la mesure du soutien social dans un contexte professionnel français⁷, nous avons privilégié une approche inductive. Les résultats des entretiens semi-directifs des cadres, et des entretiens non directifs des soignants nous ont permis de construire un guide d'entretien, administré à huit IDE, huit AS et quatre agents ASH. Les entretiens ont été retranscrits verbatim et traités par analyse de contenu basée sur les thèmes principaux (c'est-à-dire les types de soutien perçus).

Les items ont ensuite été rédigés, le format d'échelle de réponse choisi est l'échelle de Likert à cinq modalités (« tout à fait en désaccord » à « tout à fait en accord »). La validité de contenu consiste à éliminer les items conceptuellement incohérents. Deux pré-enquêtes ont été conduites par techniques d'entretien, la première auprès de trois membres du CHSCT de l'hôpital et deux représentants syndicaux ; la seconde en entretien de groupe (trois IDE, trois AS, trois ASH).

⁶ ASH pour Agent des Services Hospitaliers.

⁷ L'étude de Pines et al. (2002) montre l'impact de la culture et du contexte sur la mesure du soutien social.

2.3.3. Collecte de données.

Pour des raisons logistiques, le formulaire d'enquête a été remis aux participants dans sept services de soins d'un autre centre hospitalier, soit un échantillon potentiel de 350 répondants. L'échelle testée présente dix-sept items. D'après Roussel et Wacheux (2005), la taille de l'échantillon doit réunir de cinq à dix fois plus d'individus qu'il n'y a d'items soumis à une même analyse factorielle.

La collecte est en cours, concernant l'analyse de données, nous envisageons de soumettre l'échelle aux tests de fiabilité de cohérence interne (α de Cronbach) et de validité de construit (analyse en composantes principales).

Nous présentons, dans la quatrième partie les résultats de l'étude qualitative.

3. Résultats.

Nous exposons d'abord les entretiens menés auprès des cadres portant sur le « soutien voulu » ou fonctionnel. Ensuite, nous proposons les résultats des entretiens menés auprès du personnel de soin, soumis à une analyse de contenu par thématiques. Puis, nous soumettons une échelle de mesure du soutien social, intégrant les aspects fonctionnel et perçu. Enfin, nous discutons des implications théoriques et managériales de la recherche.

3.1. Sur le rôle du cadre de proximité : une mutation, l'élargissement des frontières du métier du cadre.

Sur la base de l'analyse des « entretiens cadres », il apparaît deux éléments importants, qui ont conditionné la rédaction du guide d'entretien administré aux soignants. D'abord le concept de soutien social est difficilement compréhensible pour les professionnels, c'est-à-dire que d'emblée, les cadres ne valorisent pas cette dimension dans leur référentiel de compétences. Pourtant, il semble que l'écoute, l'empathie, plus généralement le « soutien émotionnel » soient considéré comme étant le cœur de métier de ces derniers. Ensuite, les dimensions relatées par l'ensemble des cadres interrogés sont restreintes : l'écoute, la communication, la connaissance de l'équipe et l'évaluation. Nous approfondissons ces deux éléments dans les deux paragraphes suivants.

3.1.1. La mutation du rôle du cadre infirmier : d'un rôle administratif et médico-technique à un rôle de manager des ressources humaines de proximité.

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 réanimation (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. Nous abordons à présent les dimensions que les cadres estiment importantes, dans l'exercice quotidien de leur métier.

3.1.2. La perception des cadres infirmiers sur leur rôle à jouer : « soutien social voulu ».

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 de service de pneumologie).

Les cadres mentionnent « la connaissance de l'équipe », 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 ».*

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).

L'échelle que nous souhaitons développer a vocation à être administrée au membre des équipes soignantes. La construction de celle-ci est faite sur la base de l'analyse de contenu des entretiens effectués auprès d'infirmières, d'aides-soignantes et d'agents des services hospitaliers. Nous présentons maintenant les résultats de cette partie qualitative.

3.2. Construction de l'échelle de mesure de la perception du soutien social du point de vue des soignants.

Un point important, qui ressort de l'analyse de contenu, et qui sera peut-être mis en évidence dans l'analyse factorielle exploratoire concerne les sources de soutien que les agents valorisent. Nous abordons ce point dans la section qui suit. Dans la deuxième section, nous spécifions les thèmes des items de l'échelle.

3.2.1. Les sources de soutien social valorisées par les soignants.

Si les soignants reconnaissent leurs attentes de soutien émanant 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* » ; ils valorisent également la notion d'équipe et mentionnent dans la majorité des entretiens, la notion de soutien social des membres de l'équipe de travail. 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* ».

3.2.2. Spécification des types de soutien.

L'analyse de contenu par thématiques apporte d'importantes précisions sur les associations que les individus font entre types de soutien (émotionnel...) et ce que ces pratiques recouvrent (écoute...). L'étude qualitative confirme ce qui ressort de la revue de littérature : les dimensions émotionnelle, d'estime, informationnelle et instrumentale ressortent des entretiens. Deux autres dimensions sont mises en évidence par l'analyse de contenu. Premièrement, la notion de réciprocité est mentionnée par $\frac{3}{4}$ des agents soignants : « *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 5.58). Deuxièmement la notion de communication, proche de l'idée de réciprocité « *se sentir soutenu c'est être écouté mais c'est parallèlement pouvoir entendre et comprendre ce que l'autre peut nous apporter* » (entretien 5.59).

Sur la base des différents entretiens, nous avons retenu six types de soutien social :

- « Emotionnel » : écoute, manifestation d'empathie, manifestation de confiance, manifestation de réconfort.
- « Reconnaissance / Estime » : manifestation d'estime, le fait de se sentir intégré / reconnu par une équipe, appréciation à l'égard du travail effectué (rétroaction, valorisation personnelle).
- « Réciprocité » : confiance réciproque, respect mutuel, connaissance mutuelle.
- « Informationnel » : conseil / avis sur problèmes professionnels et personnels.

- « Communicationnel » : le fait de pouvoir être écouté et d'écouter, le fait d'être en relation avec quelqu'un.
- « Instrumental » : arrangement des horaires sur planning, aide à la réalisation des tâches.

Sur la base de cette étude qualitative, nous avons généré un ensemble d'items pour chaque dimension. En tenant compte des dimensions retenues et des sous-ensembles, nous aboutissons à une génération de 17 items. Premièrement, nous cherchons à tester la disponibilité de deux sources de soutien (supérieur hiérarchique et un ou plusieurs membres de l'équipe de travail) quant à un type d'aide effective (écoute...). Deuxièmement, nous testons la satisfaction par rapport aux deux sources, et par rapport à l'aide identifiée.

Pour chaque item de « disponibilité quant à l'aide effective », une échelle d'estimation est proposée, concernant le degré d'accord (modalités de réponse de Likert ; 1 : tout à fait en désaccord à 5 : tout à fait d'accord). Pour chaque item de satisfaction, une autre échelle d'estimation est proposée concernant le degré de satisfaction (modalités de réponse de Likert ; 1 : pas du tout satisfait à 5 : tout à fait satisfait). L'annexe 1 présente l'échelle du soutien social en milieu professionnel que nous avons développée.

Nous précisons maintenant les implications de cette recherche qualitative exploratoire.

3.3. Implications théoriques et managériales

Dans la première section, nous présentons les implications théoriques. Dans la deuxième section, nous abordons les implications managériales.

3.3.1. Contributions de la mesure : l'aspect contingent, et les dimensions de communication et de réciprocité.

L'analyse de contenu des différents entretiens met en évidence l'importance du tryptique contexte/situation/besoins identifiés par la population cible. Il ressort de ces entretiens que la dimension principale du soutien, conformément à la revue de littérature (Bruchon-Scheitzer, 2002), est émotionnelle. L'écoute, la manifestation de confiance, la manifestation d'affection, l'empathie, le sentiment de se sentir intégré dans un groupe, la manifestation de réconfort ou de protection sont des attentes manifestées par les agents du personnel de soin. L'analyse thématique fait également ressortir deux nouvelles dimensions qui ne sont pas mentionnées dans la revue de littérature : une dimension communicationnelle et une dimension de réciprocité (confiance, respect). Le soutien instrumental concernerait principalement l'arrangement des horaires. Le soutien informationnel recouvrerait plutôt la rétroaction, le fait de donner un avis sur une situation ou par rapport à la résolution d'un problème (de service ou personnel).

Dans le cas particulier de cette recherche qui intègre l'interférence vie professionnelle/vie familiale et l'épuisement professionnel, on peut se poser la question du poids relatif des différentes dimensions identifiées dans le cadre des entretiens exploratoires. Il s'agit d'une question importante qui pourrait en partie expliquer le fait que les chercheurs, bien souvent, construisent une échelle de mesure en fonction de leurs propres besoins. Finalement, en fonction de ce que l'on cherche à mesurer (c'est-à-dire en fonction des stressseurs et des conséquences du stress mis en cause dans un modèle de recherche), on intègre un ou plusieurs types de soutien. 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 fondamental de la notion d'équipe et si les cadres se reconnaissent dans le rôle de « fournisseur de soutien », d'autres sources de soutien hors travail sont mentionnées : 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...

Les aspects principaux concernant les implications managériales sont abordés dans la section qui suit.

3.3.2. Soutien social : « intelligence émotionnelle » et reconnaissance des individus dans l'organisation ?

Le soutien social est une notion difficilement appréhendée par les professionnels. Or, lorsqu'on spécifie les dimensions que ce concept recouvre, plus particulièrement pour les cadres de santé, il apparaît comme étant « un cœur de métier ». Une cadre d'un service de médecine interne (entretien 3.18) 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...* ». On peut se demander si la question de la nécessité du soutien émotionnel dans un tel contexte ne renvoie pas à la notion d'intelligence émotionnelle telle que définie par Mayer et Salovey (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* ».

Dans une autre perspective, sur la base de ces entretiens, on pourrait suggérer que la reconnaissance de la valeur des individus dans une organisation, passe par la valorisation du soutien social, et des compétences « émotionnelles » des individus : « *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 5.51, aide-soignante de 47 ans d'un service chirurgie). Les pratiques de soutien social seraient aussi importantes que les pratiques de soutien organisationnelles...

Conclusion

La richesse du concept du soutien social est mise en évidence par son caractère multidimensionnel. D'autre part, la phase exploratoire de ce travail met en évidence la distinction des salariés sur les sources de soutien social au travail, entre le référent « supérieur hiérarchique » et le référent « membres de l'équipe de travail ». Cette distinction justifie le développement d'une double échelle de mesure de la perception du soutien social. Chacune des mesures intègrera le caractère émotionnel, informatif, communicationnel, instrumental, de reconnaissance et de réciprocité. La structure factorielle de cette double échelle est actuellement testée sur un échantillon d'infirmières, d'aides-soignantes et d'agents de services hospitaliers. Les résultats concernant la fiabilité et la validité de l'échelle seront disponibles courant juillet 2007 et pourront alors faire l'objet d'une présentation.

Disposer d'un bon outil de mesure de la perception du soutien social nous semble particulièrement important dans la mesure où les pratiques ressources humaines intègrent de plus en plus la prise en compte des caractéristiques individuelles.

Dans cette optique, en terme de compétences managériales, on peut se demander si les pratiques de soutien social (et plus spécifiquement de soutien émotionnel) ne devraient pas être mieux valorisées... Nous ne pouvons pas encore confirmer qu'il y a un effet de ces pratiques sur le stress au travail et ses conséquences. Comme nous l'avons mentionné en ouverture de l'article, ces résultats sont une première étape. L'objectif poursuivi est la mise en perspective du rôle modérateur de la perception du soutien social sur l'interférence vie professionnelle / vie familiale et l'épuisement professionnel des soignants.

La poursuite de cette recherche soulève principalement deux interrogations. S'il existe un effet modérateur des pratiques de soutien social sur la relation entre « stress / conséquence du stress », quelles conclusions pratiques pourront-nous en retirer ? Comment pourrions-nous intégrer ces pratiques dans les formations en management ?

Nous ne pouvons pas répondre précisément à ces questions pour le moment. Il en reste que les efforts de recherche sur les affinements conceptuel et métrologique du soutien social doivent être poursuivis. Sans définition claire du soutien social, et une modélisation plus concise de sa structure et de ses attributs, il restera difficile d'évaluer ses effets (direct, médiateur et modérateur) sur le processus général du stress professionnel.

Bibliographie

ARNAUDO B et alii, 2004, « L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003 », Premières Synthèses, no 52.1, décembre 2004, Dares

BARHAM, L.J., GOTTLIEB, B.H., KELLOWAY, E.K. (2001), "Variable affecting managers's willingness to grant alternative work arrangements", *Journal of Social Psychology*, vol. 138, p. 291-302

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

BATT, R., VALCOUR, P.M. (2003), "Human resource practices and predictors of work/family outcomes and employee turnover", *Industrial Relations*, vol. 42, p. 189-220

BRUCHON-SCHWEITZER M., QUINTARD B., (2001), *Personnalités et Maladies. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod.

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

BUCHANAN J. (1995), "Social Support and Schizophrenia: A Review of the Literature", *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 9, no 2, p. 68-76

BURKE, R.J., GREENGLASS E. (1995), "Work stress, social support, psychological burnout and emotional and physical well being among teachers", *Psychology, Health and Medecine*, vol. 1, p 193-205

CFDT, *Le travail en questions. Enquête sur les mutations du travail*, La découverte-Syros, 2001

CHEUK, W.H., et WONG K.S. (1995), "tress, social support and teacher burnout in Macau", *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, vol. 14, p.42-46

COHEN J., COHEN P., WEST S.G., AIKEN L.S. (2003), *Applied multiple/correlation analysis for the behavioural sciences*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ

COHEN S., WILLS T.H. (1985), Stress, social support and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin*, vol. 98, p. 310-357

DAUBAS-LETOURNEUX V. et THEBAUD-MONY A., « Organisation du travail et santé dans l'Union Européenne », rapport pour la fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2002

DEMEROUTI E., BAKKER A.B., BULTERS A.J. (2004), "The loss spiral of work pressure, work-home interface and exhaustion: reciprocal relations in a three-wave study", *Journal of Vocational Behavior*, vol. 64, p. 131-149

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

DYER, W.G., et 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

- EL AKREMI A., SASSI N., HADDAJI N. (2006), « Etude de l'impact des stresseurs organisationnels sur le bien-être et les comportements prosociaux des salariés dans un contexte de flexibilité », *Revue de Gestion de Ressources Humaines*, p. 6-21
- FENLASON K.J., BEERH T.A., (1994), Social support and occupational stress: talking with others, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 15, p 157-175
- GENTRY, W. D., & KOBASA, S., (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationship in humans. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 87-116). New York: Guilford Press
- 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
- GREENGLASS, E.R., BURKE, R.J., KONARSKI, R., (1997), "The impact of social support on the development of burnout in teachers: examination of a model", *Work and Stress*, vol. 11, p 267-268
- 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
- HEITZMANN C.A., KAPLAN R.M. (1988), "Assessment of Methods for Measuring Social Support", *Health Psychology*, vol. 7, n° 1, p. 75-109
- 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
- HOFBOLL S.E., (1989), "Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress", *American Psychologist*, vol. 44, p. 513-524
- HOFBOLL, S.E., VAUX, A. (1993), "Social support resources and social context, dans Handbook of Stress", *Theoretical and Clinical Aspects*, Free Press, p. 454-481
- HOUSE J.S. (1981), *Work, Stress and Social Support*, Addison-Wesley, Reading, MA.
- TOUSIGNANT M. (1988), « Soutien social et santé mentale: une revue de la littérature », *Sciences sociales et santé*, vol. 6, no 1, p. 77-106
- JOHNSON J.V., HALL E.M. (1988), "Job strain, workplace social support and cardiovascular disease: a cross sectional study of a random sample of the Swedish working population", *American Journal of Public Health*, vol. 78, p. 1336-1342
- KARASEK R., THEORELL T., (1990), *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books
- KONARIEK, J., et DUDEK, R.D. (1996), "Social support as a buffer in the stress-burnout relationship", *International journal of Stress management*, p. 99-106
- 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
- LA ROCCO J.R., JONES A.P., (1978), Co-worker and leader support as moderator of stress-strain relationships in work situations, *Journal of Applied Psychology*, vol. 63, p 629-634
- LINGARD, H., FRANCIS V., (2006), Does a supportive work environment moderate the relationship between work-family conflict and burnout among construction professionals?, *Construction Management and Economic*, vol. 24, p. 185-196

- MAYER J.D., SALOVEY P., (1997), What is emotional intelligence?, dans P. Salovey et D. Sluyter (éds), *Emotional Development and Emotional Intelligence : Implications for Educators*, New York : Basic Books
- 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
- O'REILLY P. (1988), "Methodological Issues in Social Support and Social Network Research", *Social Science and Medecine*, vol. 26, n° 8, p. 863-873
- PETTIGREW, A.M. (1987), "Context and action in the transformation of the firm", *The Journal of Management Studies*, vol. 24, n° 6, p. 649-670
- PIERCE G.R., SARASON I.G., SARASON B.R. (1996), « Coping and Social Support », dans M. Zeider et N.S. Endler (dir). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*, New York: John Wiley & Sons, p. 434-451
- 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
- RUSSELL D., CUTRONA C.E., (1987). The Provisions of Social Relationships and Adaptation to Stress, *Advance in Personal Relationships*, vol. 1, p. 37-67.
- RUSSEL, W.B., ALTMAIER, E., VAN VELZEN D. (1987), Job related stress, social support and burnout among classroom teachers, *Journal of Applied Psychology*, vol. 72, p. 269-274
- SARASON B.R., SHEARIN E.N., PIERCE G.R., SARASON I.G (1987), "Interrelations of Social Support Measures: Theoretical and Practical Implications", *Journal of Personality and Social and Psychology*, vol. 52, n° 4, p. 813-832
- SAINSEAULIEU Y. (2003), *Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital*, Broché
- STREETER C.L., et FRANKLIN C. (1992), "Defining and Measuring Social Support: Guidelines for Social Work Practitioners", *Research in Social Work Practice*, vol. 2, no 1, p. 81-98
- TARDY C.H. (1985), "Social Support Measurement", *American Journal of Community Psychology*, vol. 13, n° 2, p. 187-203
- TOUSIGNANT M. (1988), « Soutien social et santé mentale : une revue de littérature », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 6, n° 1, p 77- 106
- 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
- TRACY E.M., ABELL N., (1994), "Social network map: some further refinements on administration", *Social Work Research*, vol. 18, n°1, p. 56-60
- VAUX A., (1992), Assessment of social support. Network structured and support functions. Theoretical and empirical analysis, in H.O.F Veiel and Baumann (eds), *The Meaning and Measurement of Social Support*. New York, Hemisphere, p 193-216
- 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

VAUX A., RIEDEL S. et STEWART D (1987), "Modes of Social Support: The Social Support Behaviours (SS-B) Scale", *American journal of Community Psychology*, n° 15, p. 209-237

WALLACE, M.J. (1983), "Methodology, Research Practice and Progress in Personnel and Industrial Relations", *Academy of Management Review*, vol.8, n°1, p. 6-13

WATKINS, K.E. (1995), "Changing managers' defensive reasoning about work/family conflicts", *Journal of Management development*, vol. 14, p. 77-88

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

Annexe 1 : proposition d'une échelle de mesure du soutien social en milieu professionnel.

- 1) A - Cette ou ces personnes est/sont à l'écoute de mes problèmes professionnels ?
1) B - Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?
- 2) A- Cette ou ces personnes est/sont à l'écoute de mes problèmes personnels ?
2) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?
- 3) A- Cette ou ces personnes fait/font preuve d'empathie à mon égard ?
3) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?
- 4) A- Cette ou ces personnes me manifeste(nt) de l'estime ?
4) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?
- 5) A- Je me suis reconnu professionnellement et personnellement par cette/ces personne(s) ?
5) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?
- 6) A- Cette ou ces personnes me protège(nt) en cas de coup dur ?
6) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?
- 7) A- Cette ou ces personnes m'encourage(nt) dans les moments difficiles ?
7) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?
- 8) A- Cette ou ces personnes me rassure(nt) sur mes compétences professionnelles ?
8) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?
- 9) A- Cette ou ces personnes et moi-même sommes en relation de confiance réciproque ?
9) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?
- 10) A- Cette ou ces personnes et moi-même sommes dans une relation de respect mutuel ?
10) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?
- 11) A- Cette ou ces personnes m'aide(nt) à relativiser quand ça ne va pas ?
11) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?
- 12) A- Cette ou ces personnes m'aide(nt) à me sentir intégré(e) dans mon équipe de travail ?
12) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?
- 13) A- Cette ou ces personnes m'aident à arranger mon planning en cas de soucis ?
13) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?
- 14) A- Cette ou ces personnes et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes personnels ?
14) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?
- 15) A- Cette ou ces personnes et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes professionnels ?
15) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

16) A- Cette ou ces personnes me conseille(nt), m'inform(ent), quelque soit le problème auquel j'ai à faire face ?

16) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

17) A- Cette ou ces personnes m'aide(nt) à rendre mon travail plus facile ?

17) B- Quel est votre degré de satisfaction quant au soutien obtenu ?

Pour les items (A) de « disponibilité quant à l'aide effective », une échelle d'estimation est proposée, concernant le degré d'accord (modalités de réponse de Likert ; 1 : tout à fait en désaccord à 5 : tout à fait d'accord) :

	Tout à fait d'accord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Supérieur hiérarchique					
Un ou plusieurs membre(s) de votre équipe					

Pour les items de satisfaction (B), une autre échelle d'estimation est proposée concernant le degré de satisfaction (modalités de réponse de Likert ; 1 : pas du tout satisfait à 5 : tout à fait satisfait) :

	Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Plutôt Satisfait	Très satisfait
Supérieur hiérarchique					
Un ou plusieurs membre(s) de votre équipe					