Stress, fatigue et soutien social : Premiers résultats de deux études menées auprès du personnel soignant

Virginie MOISSON, Doctorante ATER
CEROG
IAE Aix-en-Provence
Clos Guiot, Chemin de la Quille
13 540 Puyricard
Virginie.moisson@iae-aix.com

Claire Edey GAMASSOU, Maître de Conférence
IRG (Institut de Gestion), EA 2354
Université Paris Est
Route de Choisy
94010 Créteil Cedex
Claire.edey-gamassou@univ-paris12.fr

Résumé :

Cette communication met en exergue les liens entre stress, fatigue et soutien social dans le cadre du travail hospitalier. Deux études empiriques sont présentées. Une collecte de données a été menée dans le cadre d'un projet de recherche ANR (Agence Nationale pour la Recherche), auprès de différents types de soignants en activité au sein de services spécifiques, ceux des soins palliatifs (N=190), tandis que l'autre collecte provient exclusivement d'infirmières diplômées d'Etat exerçant dans différents services et établissements en France (N=442). Les résultats que nous présentons confirme le lien théorique qui peut être établi entre les travaux sur le stress et ceux sur l'épuisement professionnel et sur le rôle prégnant du soutien social dans l'évaluation cognitive des situations de travail potentiellement stressantes.

Mots clés : stress, soutien social, soignants, asséchement émotionnel.

Introduction

Suite à l'accord-cadre, « Prévenir, éliminer ou réduire les problèmes issus du stress lié au travail » signé le 8 octobre 2004 par les partenaires sociaux au niveau européen, le principe de négociations sur le stress, en parallèle de celles portant sur la pénibilité, a été accepté par les syndicats d'employeurs et d'employés français depuis le 13 novembre 2007.
Les risques psychosociaux au travail ont fait l'objet d'un rapport remis au Ministre du travail le 12 mars dernier par Philippe Nasse et Patrick Légeron.

D'après la DARES, en mars 2002, une personne sur quatre en âge de travailler déclare avoir un problème durable de santé ou de handicap. Le travail est rendu responsable d'un problème de santé sur cinq[1]. En juin 2005, l'assurance maladie lançait un site internet consacré exclusivement aux accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), à la suite du constat de leur nombre toujours élevé (1,4 million en 2003). En juillet 2005, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère de l'Emploi et de la Santé indiquait que près de 14% des Français ont connu une interruption d'activité lors de leur vie professionnelle pour des raisons de santé, d'au moins un mois consécutif. En 2004, les chercheurs de l'INRS jugeaient que la situation française était inquiétante par rapport à la prise en compte du stress au travail : 10 à 20% du budget de la branche accidents du travail/maladies professionnelles seraient liés au stress, soit plus d'un milliard d'euros.

Pour Nathalie Guillemy, juriste à l'INRS, *« la santé mentale est clairement un élément de la politique de prévention de l'entreprise »* (Germain, 2004, p.141), élément faisant l'objet, depuis novembre 2002, d'une obligation de prise en compte par les entreprises dans le document unique d'évaluation des risques.

Le milieu hospitalier présente une spécificité à plusieurs titres par rapport à cette situation alarmante. Tout d'abord, c'est en son sein que le syndrome d'épuisement professionnel a été observé en premier lieu, et ce secteur, à la fois déterminant et révélateur du niveau de vie et de la situation économique et sociale d'un pays, fait l'objet d'une désaffection grandissante qui fait poindre un risque alarmant de pénurie dans les années à venir. Certains services, tels que ceux des soins palliatifs, connaissent pourtant d'importants développements.

Dans ce contexte et au regard de la littérature existante sur le stress et l'épuisement professionnel, nous proposons de présenter les premiers résultats de deux études menées auprès de personnels soignants s'intéressant à l'influence du soutien social sur le lieu de travail sur l'état de santé des soignants.

1. Revue de littérature

Il existe de nombreuses définitions du stress et l'ambiguïté de ces définitions illustre la globalité du concept : le nombre important de facteurs de stress ou stresseurs, la complexité des interactions, le nombre de disciplines évoquées. L'étude du stress a donné lieu à de nombreux modèles théoriques cherchant à comprendre les relations entre différents facteurs de stress et différents indicateurs et symptômes de stress. Ainsi, se sont développées des approches médicales, épidémiologiques et psychosociales pour tenter de comprendre le rôle de la personnalité, la perception ou encore le fonctionnement du corps dans l'évaluation du stress.

[1] Titre du N°19.1 de mai 2004 de « Premières Synthèses, Premières Informations », DARES

On distingue 2 approches fondamentales du stress, l'approche transactionnelle et l'approche interactionniste. Dans l'approche transactionnelle nous allons nous intéresser plus particulièrement au modèle de Siegrist (1996) tandis que dans l'approche transactionnelle, c'est le modèle de Karasek (1979) qui retiendra notre attention. La théorie de préservation des ressources d'Hobfoll (1989, 1993) nous semble offrir un cadre théorique synthétique permettant d'appréhender et d'expliquer les différents types de réactions pouvant subvenir dans des situations de travail diverses.

1.1. L'approche transactionnelle

L'échelle de stress perçu de Cohen repose sur la conception transactionnelle du stress selon laquelle le stress ne repose ni dans l'environnement ni dans l'individu mais dans la transaction particulière entre l'individu et son environnement. Cette approche donne une place importante aux processus de faire-face (coping, processus d'ajustement ou d'adaptation), c'est-à-dire aux stratégies individuelles mises en œuvre pour réduire les tensions, par des actions sur les causes (coping centré sur les problèmes) ou sur les émotions (coping centré sur les émotions). Ces stratégies dépendent de caractéristiques individuelles et les modèles transactionnels prennent donc en compte la perception de l'individu sur son environnement comme déterminant primordial de la réaction de stress. L'approche transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984) a défini le modèle de la double évaluation, selon lequel l'individu face à une situation procède à l'évaluation de potentiel stressant de cette situation puis à l'évaluation des ressources dont il dispose pour faire face à cette situation. Le processus et le résultat de ces évaluations dépendent non seulement de la réalité des choses (contraintes présentes dans la situation, ressources dont disposent l'individu) mais aussi des caractéristiques particulières de l'individu qui procède à ses évaluations qui influencent son jugement.

Le modèle de Siegrist, dit modèle transactionnel "Effort-Reward Imbalance" (Siegrist, 1996), avance que le stress chronique peut être défini en termes de déséquilibre entre un coût élevé et un gain faible. En d'autres termes, selon ce modèle, le stress au travail résulte d'un gros effort dépensé en combinaison avec une faible récompense obtenue. Siegrist distingue deux sources d'efforts : une source extrinsèque et une source intrinsèque.

Les efforts extrinsèques sont définis par Siegrist comme des contraintes professionnelles telles que les contraintes de temps, les interruptions, les responsabilités, la charge physique et une exigence croissante du travail. Les **efforts intrinsèques**, ou « sur-engagement », correspondent à des attitudes et motivations associées à un engagement excessif dans le travail allié à un fort désir d'être approuvé et estimé (Siegrist, 1998). La définition du concept de sur-engagement a fait l'objet d'une proximité avec le comportement de Type A (Friedman et Rosenman, 1971, 1974).

En ce qui concerne les récompenses, trois dimensions sont importantes, il s'agit des gratifications financières, des récompenses socio-émotionnelles (estime), et le statut (sécurité d'emploi, perspective de promotion). Le modèle du déséquilibre effort/récompense de Siegrist (1996) enrichit les modèles de stress en proposant une approche basée sur la dissonance entre des coûts élevés et des gains faibles. Le stress au travail résulterait d'un effort jugé important combiné à l'obtention d'une faible récompense

Les travaux relatifs au modèle de Siegrist ont souvent fait l'objet d'études dans le domaine médical (Hollet, 2006) en mettant notamment l'accent sur le déséquilibre et les maladies cardiovasculaires (Siegrist, 1990, 1996), les maladies coronariennes (Bosma et al., 1998), l'hypertension et le cholestérol (Siegrist et al., 1997 ; Peter et al., 1999).

1.2. L'approche interactionniste

l'approche interactionniste du stress suggère que la qualité de l'adéquation entre une personne et son environnement de travail offre une meilleure explication du comportement que les différences individuelles ou contextuelles. Selon cette approche, le stress apparaît en raison de l'interaction entre une personne et un environnement «incompatibles ». Il s'agit de modèles assez mécanistes, comportementalistes, dans lesquels la conjugaison de certaines caractéristiques de la situation conduit à différents types de réactions de la part des individus.
Les deux modèles interactionnistes les plus utilisés sont celui de Karasek (« Job Demands-Control Model », JD-C puis « Job Demands Control Support Model », JD-C-S) et le modèle ajustement personne-environnement de French (« Person-Environnement Fit »). Le modèle bi-dimensionnel de Karasek (1979, JD-C) explique les hauts niveaux de tensions par la présence de faibles latitudes de décision et de hauts niveaux de contraintes. Le modèle tridimensionnel (Johnson et Hall, 1988, Theorell et Karasek 1989, Karasek, 1990, JD-C-S) introduit le soutien social comme variable modératrice de la relation entre latitudes de décision et contraintes.
L'évaluation de la demande psychologique du modèle demande-latitude de Karasek (1979) ressemble beaucou à celle des **efforts extrinsèques** de Siegrist (1996).

French et al. (1982) soutiennent aussi que c'est l'interaction entre les variables environnementales et les caractéristiques de la personne qui détermine l'apparition d'un stress. Et ils ont identifié deux aspects de l'adéquation : le degré selon lequel les attitudes, capacités, motivations et besoins des opérateurs rencontrent les demandes, ressources, opportunités et gratifications professionnelles, d'une part, et le degré selon lequel l'environnement professionnel rencontre les besoins des travailleurs. Dans ce second aspect, une importance particulière est accordée à la façon dont l'individu est encouragé à utiliser ses connaissances et aptitudes dans le cadre de sa profession.
Selon French, le stress apparaît lorsqu'il y a un déséquilibre, relatif à un de ces aspects au moins.

1.3. L'approche en termes de ressources

Cette approche du stress professionnel et des interventions en milieu de travail inclue tous les aspects que nous avons évoqués. En référence à l'approche interactionniste, les caractéristiques de la situation doivent être prises en compte, mais, conformément à l'approche transactionnelle, les perceptions de l'individu doivent aussi avoir leur place. Les contraintes perçues subies par l'individu aussi bien que les ressources perçues dont il dispose doivent donc être mesurées.

Cette approche synthétique se trouve dans la théorie de préservation des ressources d'Hobfoll (1989, 1993) et dans le modèle exigences-ressources de l'épuisement professionnel (« Job Demands-Resources », modèle JD-R). Demerouti et al. (2001) ont proposé et testé avec succès ce modèle, selon lequel l'épuisement professionnel apparaît quand les exigences de l'emploi sont élevées et que les ressources de l'emploi sont limitées en raison de mauvaises conditions de travail, qui conduisent à des pertes d'énergie et qui réduisent la motivation des salariés. Ils définissent le stress, conformément à l'approche transactionnelle, comme résultant de la perception de la rupture de l'équilibre du système cognitif-émotionnel-environnemental. Les exigences de l'emploi (*Job Demands*) sont les aspects physiques, sociaux ou organisationnels de l'emploi qui requièrent des efforts mentaux ou physiques soutenus, tandis que les ressources de l'emploi (*Job Resources*) désignent les aspects physiques,

psychologiques, sociaux et organisationnels de l'emploi qui ont une des trois conséquences suivantes : elles réduisent les exigences de l'emploi et les coûts physiologiques et psychologiques qui leur sont associés, elles stimulent la croissance, l'apprentissage et le développement personnel et elles contribuent à atteindre les objectifs professionnels. Les ressources peuvent se trouver à différents niveaux : au niveau de l'organisation (salaires, perspectives de carrières, sécurité de l'emploi), au niveau interpersonnel ou social (soutien du supérieur et des collègues, ambiance de l'équipe de travail), au niveau de l'organisation du travail (clarté de rôle, participation à la prise de décision) ou au niveau de la tâche (retour sur expérience, diversité des tâches, intérêt des tâches, autonomie) (Bakker et al., 2004). Le modèle JD-R explique le développement de l'épuisement professionnel selon deux processus : le premier explique la fatigue par le fait de subir des exigences importantes et le second décrit les comportements de désengagement, tel que le retrait, comme conséquences d'un manque de ressources. Selon Demerouti et al. (2001), ce modèle est une extension du modèle JD-C-S de Karasek : il peut inclure une grande variété de ressources et d'exigences et il doit ainsi permettre d'éviter la fatigue et d'encourager l'engagement dans l'emploi par la définition appropriée des tâches et des conditions de travail.

1.4. L'épuisement professionnel

A partir des années soixante-dix, Freudenberger (1974) et des psychologues sociaux américains (Maslach et Jackson, 1981, 1986) travaillent sur la notion d'épuisement professionnel ou *burnout.* Le mot anglais *burnout* a été emprunté à la terminologie aérospatiale où il désigne, dans son acceptation première, l'épuisement du carburant d'une fusée qui entraîne la surchauffe et l'explosion du réacteur. Littéralement, c'est une carbonisation psychologique (Girault, 1989, p. 13). Il désigne « l'état de l'individu vidé de toute son énergie, comme s'il avait été victime d'un incendie intérieur » (Freudenberger, 1985). Ce terme désigne un état d'extrême fatigue. C'est un syndrome d'épuisement physique, émotionnel et mental, impliquant le développement d'images négatives de soi-même et des attitudes défavorables envers le travail. Pour Levinson (1996), l'épuisement professionnel se caractérise par un constat : l'individu qui en est victime ne pourra plus jamais faire ce qu'il a fait.

Freudenberger a formulé ce nouveau concept au regard de son expérience dans les établissements médicaux coopératifs. Freudenberger nota en effet que le personnel médical et soignant de ce type d'établissement développait des symptômes de grande fatigue professionnelle[43]. L'épuisement professionnel (ou épuisement au travail, traduction de *burn out*) serait lié à la pratique de fonctions caractérisées par un grand idéal social de départ mis à rude épreuve de sollicitations multiples, éventuellement contradictoires et donc de grandes exigences.

Ce nouveau concept fut rapidement adopté aux Etats-Unis, puis dans le monde entier. D'après Neveu (1995), un millier de publications entre 1974-1983 et 1500 entre 1983 et 1990 traitent de l'épuisement professionnel, et ce rythme de publication s'est poursuivi ces dix dernières années

L'épuisement professionnel a principalement été étudié dans des milieux professionnels où l'activité première relevait d'un contact étroit avec un public-client, c'est-à-dire notamment les professions de santé, de l'hôtellerie, l'aide sociale, l'enseignement, la sécurité, la protection, la gestion… Ainsi, tandis que le modèle du stress était traditionnellement appliqué

au monde de l'industrie, les travaux sur l'épuisement professionnel se sont concentrés sur les services sociaux du tertiaire et le malaise de leurs employés.

L'épuisement professionnel serait, selon certains chercheurs, un type de réponse à un stress négatif (*distress* dans la terminologie de Selye, *stress dysfonctionnel* dans celle de Aubert). L'épuisement professionnel est en fait inclus dans l'ensemble des réponses psychologiques à un environnement stressant, réponses qui peuvent aller de la fatigue à la dépression. Selon Neveu (1995), l'idée que l'on peut se faire de l'épuisement professionnel dépend en fait étroitement de la manière dont on envisage la notion de stress en général. On a vu que celle-ci peut être abordée selon deux grandes perspectives, l'une positiviste, mécaniste, behavioriste, l'autre interactionniste, phénoménologique, cognitiviste. Ce n'est qu'à la fin des années 1980 et au début des années 1990 que l'observation du phénomène et sa description ont pu commencer à s'appuyer sur des bases théoriques plus solides, quoique très variées44. Les chercheurs en psychologie ont échafaudé plusieurs modèles théoriques afin de tenter d'expliquer le phénomène de l'épuisement professionnel.

Maslach (1981, 1986) a donnée la définition la plus généralement admise de l'épuisement professionnel (burnout) en les trois dimensions : le sentiment d' « assèchement émotionnel », la dépersonnalisation et le sentiment de non-accomplissement personnel.
Le sentiment d' « assèchement émotionnel » (*emotional exhaustion*) désigne le désintérêt pour le travail, la fatigue, la nonchalance. La dépersonnalisation (*depersonalization*) désigne l'insensibilité au monde environnant, la rupture par rapport aux collègues, aux clients, le désinvestissement psychologique, le repli sur soi, une attitude négative par rapport aux autres, tandis que le sentiment de non-accomplissement personnel (*personal accomplishment*) exprime l'insatisfaction, le sentiment d'échec, de fatalité, d'incompétence, d'incapacité à répondre aux attentes de son entourage.

Selon la théorie de préservation des ressources quand des employés font l'expérience d'une perte de ressources, d'un échec de gain suite à un investissement de ressources, ou sentent que leurs ressources sont menacées, ils vont subir un stress (Hobfoll, 1989). Les ressources sont, notamment, des facteurs protecteurs de la santé. Les ressources professionnelles désignent les aspects physiques, psychologiques, sociaux ou organisationnels de l'emploi qui peuvent être opératoires dans la poursuite d'objectifs professionnels, la réduction de contraintes professionnelles ou la contribution au développement personnel (Demerouti and al., 2001, p. 501). Les ressources externes, c'est-à-dire organisationnelles ou sociales, sont distinguées des ressources internes (traits cognitifs ou modèles d'actions).

Bien que le modèle de Karasek (1979) soit connu comme un modèle transactionnel du stress professionnel et que la théorie de préservation des ressources d'Hobfoll (Hobfoll, 1989, p.515) ait été conçue en référence à l'approche interactionniste de Lazarus et Folkman (1984), le développement du modèle exigences-ressources (E-R, *Job Demands-Resources Model* , Maslach et al., 1996, Demerouti et al., 2001) fait références à ces deux apports.

En effet, Hobfoll (2002, p. 313) soulignent que, bien qu'il existe un contraste important entre la perspective de Lazarus et Folkman (1984) , centrée sur les perceptions, et celle d'Hobfoll (1998) centrée sur l'environnement et l'écologie de l'individu, les chercheurs cherchent à intégrer les deux points de vue plutôt qu'à les considérer incompatibles.

2. Etude empirique

Deux questionnaires ont été administrés auprès de deux échantillons différents. Une collecte de données a été menée dans le cadre d'un projet de recherche ANR (Agence Nationale pour la Recherche), auprès de différents types de soignants en activité au sein de services spécifiques, ceux des soins palliatifs (N=190), tandis que l'autre collecte provient exclusivement d'infirmières diplômées d'Etat exerçant dans différents services et établissements en France (N=442). Les questionnaires « papier » ont été envoyés au responsable de la structure qui les transmettait, les répondants complétant ensuite anonymement le questionnaire.
Les échelles choisies sont celles qui sont à ce jour les plus utilisées dans l'étude du stress d'une part (l'échelle de stress perçu de Cohen, 1983) et de l'épuisement professionnel d'autre part (le MBI). Dans l'enquête portant exclusivement sur les infirmières un espace libre a été prévu en fin de questionnaire afin d'offrir aux répondants la possibilité de s'exprimer librement sur un thème qui leur semble important. Ces libres réponses ont ensuite été analysées par le biais du logiciel N.Vivo 2.0, dont l'efficacité dans l'analyse de texte est un avantage considérable, en termes de gain de temps et de facilité de traitement (Bournois et al., 2002).

Nous allons présenter des résultats relatifs à des échelles unidimensionnelles comprises dans ces deux échelles, ainsi qu'à un indicateur mono-item de soutien social sur le lieu de travail. Puis, l'analyse qualitative complètera et précisera ces premiers résultats

2.1. Population étudiée

La moyenne d'âge dans l'échantillon d'infirmières est de 38 ans, pour une ancienneté moyenne de 7 ans dans le poste, de 11 ans dans l'hôpital et de 14 ans dans le métier. En ce qui concerne l'étude spécifique en services des soins palliatifs, les moyennes sont respectivement de 42 ans, 10 ans et 15 ans. Les caractéristiques des échantillons sont donc très proches. Conformément à la population des infirmières françaises, la grande majorité des répondants sont des femmes (91%). La plupart vivent en couple (74%) et ont en moyenne 1 enfant à charge.

Différents types d'hôpitaux sont concernés : publics (32%), privés à but non lucratif (51%) et privés à but lucratif (17%). Enfin, les personnes interrogées travaillent dans une grande variété de services hospitaliers : urgences, cancérologie, oncologie, bloc opératoire…

Le questionnaire recueille également des informations concernant diverses caractéristiques démographiques des répondants que nous avons mesurées par des questions fermées à plusieurs modalités et des questions ouvertes suivies d'un post-codage.

2.2 Principaux résultats

L'unidemensionnalité a été évaluée par des analyses factorielles exploratoires puis confirmatoires et leur fiabilité testée par les alpha de Cronbach (cf tableau ci-dessous). Nous avons retenu 5 items pour l'échelle de stress perçu de Cohen (suppression des items initiaux 2, 4, 5, 7, 9). Sur l'échantillon de soignants exerçant en soins pallliatifs, 60% de la variance est expliquée et 62% pour le personnel infirmier.

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	2,984	59,683	59,683	2,984	59,683	59,683
2	,730	14,609	74,292			
3	,563	11,255	85,547			
4	,396	7,917	93,465			
5	,327	6,535	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Matrice des composantes(a)

	Composante
	1
SP04	,834
SP09	,814
SP07	,799
SP05	,791
SP02	,603

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.
a 1 composantes extraites.

Item Statistics

	Composante
	1
SP2	,804
SP4	,814
SP5	,809
SP7	,721
SP9	,653

La fiabilité de **l'échelle de stress professionnel** (cinq items) obtient des résultats très satisfaisants sur l'échantillon des soignants en soins palliatifs (Alpha de Cronbach = 0, 821) et sur l'échantillon exlusivement constitué d'infirmieres (Alpha de Cronbach = 0,890)

Récapitulatif de traitement des observations

Infirmières		N	%
Observations	Valide	189	98,4
	Exclus(a)	3	1,6
	Total	192	100,0

a Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Case Processing Summary

Soins Palliatifs		N	%
Cases	Valid	442	46,4
	Excluded(a)	510	53,6
	Total	952	100,0

a Listwise deletion based on all variables in the procedure.

En ce qui concerne, **l'échelle d'assèchement émotionnel** (une des trois dimensions du MBI, échelle de burnout) : trois items communs aux deux études ont été analysés.

L'échelle est unidimensionnelle et répond aux critères de fiabilité (Alpha de Cronbach supérieur à 0,700) et de cohérence interne, et ceci dans le cadre des deux collectes de données.

Nous présentons ci après uniquement les résultats de l'analyse factorielle reposant sur l'échantillon de soignants exerçant en soins palliatifs.

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	1,990	66,346	66,346	1,990	66,346	66,346
2	,615	20,517	86,863			
3	,394	13,137	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Matrice des composantes(a)

	Composante
	1
AE04	,869
AE01	,796
AE05	,776

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.
a 1 composantes extraites.

Les corrélations sont signicatives entre le stress perçu (SP) et une des dimensions du burnout, à savoir l'asséchement émotionnel (AE) sur les deux échantillons. En effet, les corrélations sont significatives, positives et supérieures à 0,3.
L'analyse des corrélations entre l'assèchement émotionnel et l'échelle mono-item de soutien social (SS06) est, en revanche, moins évidente. Ces corrélations sont en effet positives sur l'échantillon d'infirmières et négatives (mais toutes inférieures en valeur absolue à 0,3 voire à 0,2) sur l'échantillon de soignants en services de soins palliatifs.

Corrélations *(*la corrélation est significative au niveau 0.05 , ** la corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral dans les 2 cas))*

Infirmières, N=442		**AE**	**SS6**
Kendall's tau_b	SP	**,486(**)**	**,371(**)**
	AE		,250(**)
Spearman's rho	SP	**,626(**)**	**,480(**)**
	AE		**,310(**)**

Infirmières, N=442, Pearson Correlation	**AE**	**SS6**
SP	**,653(**)**	**,486(**)**
AE		**,309(**)**

Soins Palliatifs N=189		AE	SS06
Tau-B de Kendall	AE		-,207(**)
	SP	**,395(**)**	-,185(**)
Rho de Spearman	AE		-,258(**)
	SP	**,501(**)**	-,231(**)
Soins Palliatifs N=189, Corrélation de Pearson		**AE**	**SS06**
AE			-,163(*)
SP		**,481(**)**	-,162(*)

L'analyse qualitative pointe plusieurs thèmes récurrents notamment la contradiction entre une affection particulière à l'exercice de la fonction de soignant mais aussi une souffrance et une usure considérable. Ainsi, sur la centaine de libres réponses récoltées près de 15 individus abordent spontanément l'épuisement professionnel. Il apparaît aussi un manque de reconnaissance pour bon nombre des répondants. Enfin la perception du soutien social (8 répondants) provenant des collègues du travail et/ou de la famille apparaît comme un élement positif dns la relation de travail tandis que l'absence d'écoute et de soutien de la part de la hiérarchie est pointée du doigt par les soignants.
Le tableau ci-dessous récapitule les principaux éléments contenus dans l'analyse des libres réponses.

PARADOXE SOUFFRANCE/PLAISIR	« si aujourd'hui je suis dans ce service, c'est que les précédents m'ont usés à en être gravement malade » « Je suis infirmière depuis 1982. Je travaille en réa dans un CHU et je suis heureuse de faire ce métier. Je n'ai jamais regretté malgré la bassesse des salaires. C'est un métier faitguant physiquement et psychologiquement mais des grands moments de joies et d'espoirs. Une leçon de vie qui donne donne la pêche à l'extérieur mais je n'ai pas l'impression d'être reconnu par mon employeur, par contraire, j'espère être reconnue par le corps médical » « C'est un métier enrichissant sur beaucoup de points (personnel, relationnel, philosophique) mais terriblement usant en ce qui me concerne. » « C'est un métier fatiguant physiquement et psychologiquement mais des grands moments de joies et de désespoirs. Une leçon de vie qui donne la pêche à l'extérieur mais je n'ai pas l'impression d'être reconnu par mon employeur, par contraire, j'espère être reconnue par le corps médical »
PLACE DE LA RECONNAISSANCE	« Toujours aussi passionnée par mon métier MAIS métier non reconnu, et non estimé. Pas de reconnaissance/ supérieurs. Pas moyen de prendre part aux décisions. De moins en moins d'espoirs pour le service public. Pas de soutien du corps médical. » « Les cadres ne voient même pas le travail que l'on fournit ». « aucune reconnaissance et considération de la part de la direction et de la surveillante (mythomane, menteuse, dangereuse, vicieuse et méchante), harcèlement physique et moral avec elle. La direction ne bouge pas le petit doigt. Nous nous sentons de plus en plus en insécurité, mal payées : esclavage moderne ! ».

SOUTIEN SOCIAL	Il n'y a pas de soutien du corps médical Il devient difficile de travailler efficacement avec une direction qui n'est pas toujours à votre écoute, elle crée des tensions dans le service qui augmente notre pénibilité au boulot .Le travail peut parfois s'en trouver altérer. Le fait de travailler dans un établissement depuis de nombreuses années et d'avoir évolué et changé de service m'a permis de développer un réseau relationnel très positif au sein de ce travail. Cela permet une meilleure facilité de positionnement vis à vis de son travail et de trouver en général une solution acceptable pour chaque problème.

Conclusion - Discussion

Le stress et l'épuisement professionnel ne sont pas le propre d'une seule profession. Les causes en sont diverses mais les effets peuvent être les mêmes. Qu'il s'agisse de soignants, infirmières ou non, en service d'urgence ou de soins palliatifs, ou bien d'enseignants, de fonctionnaires territoriaux, de commerciaux, les situations de perte de ressources, de conflits, en particulier avec le supérieur hiérarchique, ou de manque de reconnaissance, quand elles prennent une dimension chronique, peuvent engendrer des problèmes de santé physique ou mentale.

Face à ces nombreux stresseurs les chercheurs et managers se sont intéressés au stress professionnel afin d'en réduire les effets néfastes notamment sur les comportements dysfonctionnels pouvant conduire parfois à l'épuisement professionnel.
Les résultats que nous présentons confirme le lien théorique qui peut être établi entre les travaux sur le stress et ceux sur l'épuisement professionnel. Les corrélations significatives, positives et supérieures à 0,3 entre l'échelle de stress perçu et celle d'assèchement émotionnel observées sur nos deux échantillons apportent un certain soutien à l'idée d'une convergence conceptuelle entre ces deux indicateurs.

Néanmoins, le syndrome d'épuisement professionnel ne se réduit pas à la seule dimension d'assèchement émotionnel. Certains auteurs considèrent que le cœur de l'épuisement professionnel est composé de deux dimensions dont l'assèchement émotionnel, la seconde étant la dépersonnalisation (ou cynisme) (Green, Walkey et Taylor, 1991). La troisième dimension, le sentiment de perte d'accomplissement, concept rapproché par certains auteurs du sentiment d'efficacité personnel de Bandura (Cherniss, 1993), prend une place à part, mais qui est parfois considérée comme centrale. En effet, dans le modèle de Lee et Ashforth (1990, 1996), la perte d'accomplissement est la première phase de l'épuisement professionnel, suivie par la dépersonnalisation, puis par l'assèchement émotionnel.

Une boucle causale semble l'hypothèse la plus probable concernant le stress et la perte d'efficacité, mais seules des études longitudinales permettraient de déterminer si c'est la perte d'efficacité qui a la primauté dans la boucle. Des études portant sur le stress s'appuyant sur un autre cadre théorique, celui de Siegrist par exemple, soutiennent plutôt l'idée d'un rôle déclencheur du manque de reconnaissance et de l'absence de récompense venant retribuer l'effort. Ces deux éléments ne semblent bien sûr pas être déconnectés du sentiment

d'efficacité personnel, qui , bien que reposant sur une perception individuelle des capacités de l'individu à être efficace dans une tâche, une activité donnée, est nécessairement influencé par l'image que la société lui renvoie de son utilité sociale.

D'autre part, la valeur et le signe des corrélations observées entre les deux indicateurs de souffrance psychosociale et l'indicateur mono-item de soutien social vont dans le sens d'une influence positive du soutien professionnel, social, perçu par l'individu sur son lieu de travail sur son état de santé. La relation de causalité ne peut pas être avérée par ce type d'analyse, néanmoins, on ne peut donc pas conclure que le soutien social perçu contribue à atténuer le stress (cf Karasek) ou bien que c'est la présence de soutien social qui empêcherait l'appartion de celui-ci.
Le rôle joué par le soutien social sur le lieu de travail demande des approfondissements. En effet, dans nos travaux sur les agents territoriaux, le soutien social n'est apparu dans aucun modèle de régression expliquant le stress, l'implication ou le sentiment d'efficacité.

Dans le cadre de l'approche en termes de ressources, le soutien social, comme la reconnaissance, pourraient être définis comme des ressources externes, sociales. Ce serait alors leur perte (ou le sentiment qu'elles soient menacées) qui serait une situation stressogène, et non pas leur niveau de présence, qui est finalement ce que l'on mesure dans le cadre d'études quantitatives.

Enfin, l'analyse de données qualitatives confirme que les attitudes de fort engagement dans une activité professionnelle et de perception aigue d'une souffrance dûe à l'exercice de cette profession peuvent coexister chez un même individu. L'épuisement professionnel et l'engagement professionnel tels que conçus par Schaufeli et Bakker (2001) ne sont donc pas les deux extrêmités d'un même continuum mais deux états d'esprit indépendants cohabitant et liées aux perceptions des mêmes aspects qui constituent l'environnement de travail : contraintes et exigences, ressources et reconnaissance.

Bibliographie

Bournois F, Point S, Voynnet-Fourboul C, (2002), « L'analyse des données qualitatives assistée par ordinateur : une évaluation », *Revue Française de Gestion*, vol.28, n°137, pp.71-84.

Chanlat J.-F., sous la direction de, 1990, L'individu dans l'organisation : les dimensions oubliées, Presses de l'université de Laval, Editions Eska

Cherniss, C., 1993, Chapitre 8: Role of professional self-efficacy in etiology and amelioration of burnout, in Schaufeli, Maslach, Marek, Professional Burnout, Recent developments in Theory and Research, Taylor & Francis

Green, D.E., Walkey, F.H. &Taylor, A.J.W., 1991, «The three-factor structure of the Maslach burnout inventory», *Journal of Science Behavior and Personality*, 6, 453-472

Hobfoll, S.E., Freedy, J., 1993, «Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout » in Schaufeli, Maslach, Marek, 1993, Professional Burnout, Recent developments in Theory and Research, Taylor & Francis

Karasek, R.A., 1979, «Job demands, Job decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign », *Administrative Quarterly*, 24, 285-304

Lee, R.T. & Ashforth, B.E., 1990, «On the Meaning of Maslach's Three Dimensions of Burnout», *Journal of Applied Psychology*, 75(6), 743-747

Lee, R.T., Ashforth, B.E., 1996, «A Meta-Analytic Examination of the Correlates of the Thee Dimensions of Job Burnout», *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133

Maslach C., 1981/1982, Burn out: the cost of caring, Englewood Cliffs: NJ: Prentice-Hall

Maslach C., Jackson S.E., 1981, « The measurement of experienced burnout », *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113

Maslach C., Jackson S.E., 1986, The Maslach Burnout Inventory, Manual, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press

N I., Siegrist J., Landre M.F, Goldberg M., Leclerc A. 2000, « Etude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses », *Revue Epidémiologique et Santé Publique*, vol.45, n°5, p.419-437.

ODIS (2002), « Analyse du turnover des infirmièr(e)s en Ile de France », *Rapport d'étude*, Observatoire du Dialogue Social.

Price J.L. 1977, *The study of turnover*, Ames, The Iowa State University Press.

Neveu , J.-P., 1995, «Epuisement professionnel : Concept et Méthodologie», *Le Travail Humain* , 58(3), 209-228

Roques O. 1999, *Les réactions des salariés aux transitions de carrière : une approche en termes de stress au travail*, Thèse de doctorat, IAE d'Aix-en-Provence.

Sahler B., Berthet M., Douillet P., Mary-Cheray I. 2007, *Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail*, ANACT, Lyon.

Schaufeli W.B. & Bakker, A.B., 2001, «Work and Well-being: towards a positive approach in Occupational Health Psychology», Gedrag&Organisatie, 14, 229-253

Siegrist J. 1996, « Adverse health effects of high effort/low reward conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol.1, p.27.

Siegrist J., Klein D., Voigt K.H 1997, « Linking sociological with physiological data : the model of effort-reward imbalance at work », *Acta Psychologica Scandinavia*, vol.161, suppl.640, p.112-116.