

L'émotion et l'estime dans la construction de la perception du soutien social au travail : développement d'une échelle de mesure.

Caroline RUILLER

ATER, CREM, CNRS UMR 6211

Directeur de Recherche : Professeur David ALIS

Université de Rennes 1

11 rue Jean Macé

35000 Rennes

caroline.ruiller@univ-rennes1.fr

Résumé :

L'importance du concept de soutien social ne cesse de croître depuis les travaux fondateurs de Caplan (1974). Ce construit fait l'objet de nombreuses recherches empiriques dans des disciplines différentes (sociologie, psychologie, épidémiologie, gestion des ressources humaines...). Il se complexifie depuis une dizaine d'années (intentions de comportements de soutien effectifs, perception du soutien du point de vue du receveur, types de soutien, réciprocité) (Hupcey, 1995). Les instruments de mesure sont nombreux et font l'objet d'affinements.

Nous avons choisi de nous intéresser aux agents du secteur hospitalier pour proposer un modèle du soutien social au travail et pour développer une échelle de mesure de la perception du soutien social. Nous présentons les 17 items développés sur la base d'une étude qualitative (62 entretiens), ainsi que la démarche de purification de la mesure (n = 171).

Deux sources de soutien social sont appréciées : le manager de proximité et les membres de l'équipe de travail. Nous intégrons les résultats des recherches menées sur le soutien organisationnel, le soutien social dans les modèles interactionnistes du stress et les travaux fondateurs pour structurer notre objet de recherche. Nous étudions la nature des ressources échangées dans les relations de soutien au travail.

L'analyse de contenu par thématiques et la démarche de purification de la mesure font ressortir deux modèles. En terme de résultats, nous constatons que les attentes de soutien des salariés sont principalement émotionnelles et d'estime. Les managers de proximité reconnaissent des comportements de soutien ayant vocation à favoriser l'efficacité organisationnelle.

Mots clés : personnel soignant, perception du soutien social manager/équipe, construction d'une échelle de mesure.

Introduction

Depuis les premiers travaux de Caplan (1974), les recherches portant sur le soutien social se multiplient. Pourtant, certains auteurs (Winemiller., Mitchell., Sutliff, Cline, 1993, p. 638 ; Ducharme, Stevens et Rowat, 1994) soulignent les difficultés d'une conceptualisation commune à tous les chercheurs. Ces mêmes auteurs constatent que le soutien social n'est pas toujours défini précisément dans les travaux de recherche.

Ces difficultés entraînent des problèmes dans la définition et dans l'opérationnalisation du concept de telle sorte qu'il existe de nombreux instruments de mesure intégrant des aspects contextuels bien spécifiques (Heitzmann et Kaplan, 1988; Winemiller et al., 1993). Beauregard (1996, p.55) fait remarquer les difficultés de répliation des échelles existantes, en soulignant le fait que pour certaines d'entre elles, la fiabilité et la validité sont tantôt faibles, tantôt inconnues, voir même inexistantes. Les difficultés de conceptualisation et d'opérationnalisation étant posées, il existe de réels enjeux dans la poursuite de la recherche sur le soutien social. D'abord, d'un point de vue théorique, il apparaît important de spécifier ce que recouvre le concept de soutien social en milieu professionnel (quelles sont ses sources ? Quels sont ses attributs ?). Ensuite, d'un point de vue métrologique, la dimension émotionnelle n'est pas ou peu représentée dans les mesures du soutien social au travail. Pourtant cette composante est le cœur du soutien social dans les travaux fondateurs (House, 1981). Enfin, d'un point de vue managérial, une enquête récente de PRESST-NEXT¹ a montré que le soutien psychologique est le deuxième motif de satisfaction et d'insatisfaction au travail à l'hôpital. Cette étude a été menée sur 37 161 soignants de 10 pays européens, et préconise plus de travail d'équipe, de concertation et de soutien psychologique au sein de ces mêmes équipes et plus de soutien, de proximité des cadres. Quelles sont les limites perçues par rapport aux frontières du rôle des « managers de proximités » ? Comment peut-on faciliter la concertation au sein des équipes ?

Dans le cadre de cette recherche, nous abordons la dimension de « perception du soutien social » en intégrant la dimension de « réseau contraint », c'est-à-dire que nous limitons le réseau au cadre de proximité et à l'équipe de travail. La revue de littérature ne fait pas clairement ressortir deux champs théoriques différenciés concernant les spécificités du soutien du manager de proximité et du soutien des membres de l'équipe. Classiquement, quatre types de soutien (émotionnel, instrumental, informatif et d'estime) sont étudiés par les chercheurs.

Sur la base de 62 entretiens exploratoires, nous souhaitons développer les attributs relatifs au construit en spécifiant un ensemble d'items mesures des quatre types de soutien en milieu soignant. Nous cherchons également à définir s'il existe d'autres dimensions.

Nous présentons d'abord les différentes définitions et les différents moyens de mesurer le soutien social pour ouvrir sur les objectifs de la recherche. Nous traitons ensuite des choix méthodologiques et des résultats exploratoires et confirmatoires. Enfin, nous discutons les résultats et présentons les implications théoriques, métrologiques et managériales de ce travail.

¹ Presst-Next (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) est un projet financé par la Commission européenne, qui traite des conditions de travail des personnels soignants (n= 37161) de dix pays (Allemagne, Belgique, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Royaume Uni, Suède, Norvège, Pologne, Slovaquie).

1. Cadre théorique : les approches du soutien organisationnel et du soutien social en psychologie sociale.

Dans la première section, nous abordons les travaux sur le soutien organisationnel, basés sur la théorie de l'échange social. Deux approches coexistent : l'étude de la qualité des relations et l'étude des ressources échangées. Certains chercheurs ont montré l'interdépendance de ces approches (Wayne, Shore et Liden, 1997 ; Maurer, Pierce et Shore, 2002 ; Aselage et Eisenberger, 2003).

1.1. Le soutien dans la théorie de l'échange social.

La théorie de l'échange social prend appui sur les travaux de Blau (1964) et Homans (1974) selon lesquels les individus entretiennent des relations entre eux de manière conditionnelle. Dans cette perspective, les ressources échangées peuvent être tangibles (matériel, prêt d'argent...) ou socio-émotionnelles (communication, manifestation d'estime...). Cette théorie s'appuie également sur les travaux de Gouldner (1960) qui place la réciprocité comme mécanisme de départ des relations interpersonnelles. L'ensemble des travaux relatifs à ce courant de recherche souligne l'importance de la prise en compte des attentes et aspirations des salariés. Il souligne également l'importance de développer des relations de qualité entre les différents acteurs de l'organisation dans un souci d'efficacité de l'action collective. Deux types d'échanges sociaux « organisation/employé » sont étudiés : la perception du soutien organisationnel (Eisenberger et al., 1986) et l'échange « leader/membre de l'organisation » ou « Leader Member Exchange » (Graen et Scandura, 1987).

1.1.1 La perception du soutien organisationnel (PSO).

Pour les théoriciens du soutien organisationnel (Eisenberger et al., 1986), la perception du soutien organisationnel est basée sur un processus de personnification de l'organisation par les salariés. Selon ces auteurs, la perception du soutien organisationnel (POS) correspond à l'évaluation par les salariés de la valorisation de leur contribution par l'organisation, ainsi que le degré de prise en compte de leur bien-être.

Le soutien organisationnel englobe les pratiques organisationnelles et le soutien du supérieur hiérarchique (Thomas et Ganster, 1995). La perception du soutien du supérieur hiérarchique correspond au ressenti qu'un salarié a de la manière dont son supérieur valorise sa contribution (Kokkte et Sharafinski, 1988). Cette spécification est très proche de la définition du soutien organisationnel proposé par Eisenberger et al. (1986). Pour compléter cette approche, Eisenberger et Rhoades (2002) ont montré dans leur méta-analyse, que la perception du soutien du supérieur hiérarchique construit en partie la PSO (avec les conditions de travail et la justice organisationnelle). D'autres antécédents ont été en évidence : les opportunités que l'entreprise propose pour développer les compétences de ses salariés (Wayne, Shore et Liden, 1997) et la reconnaissance organisationnelle perçue (Wayne et al., 2002). Le soutien organisationnel est donc un construit riche et centré sur la reconnaissance de la valeur et de la qualité de vie des salariés dans l'organisation.

La mesure la plus utilisée par les chercheurs en management est celle qui a été développée par Eisenberger et al. (1986). Cette échelle est en adéquation avec la conceptualisation de ses auteurs et est adaptée de leur mesure de la perception du soutien organisationnel. Quatre items sont généralement retenus: « mon supérieur prend en compte mes opinions », « mon supérieur se préoccupe vraiment de mon bien-être », « mon supérieur prend fortement en considération mes aspirations et mes valeurs » et « mon supérieur se soucie peu de moi ». Cette échelle

présente d'excellentes qualités psychométriques. A notre sens, elle est intéressante parce qu'elle permet d'évaluer la perception d'une forme de manifestation d'estime basée sur l'identité au travail. Toutefois, elle n'intègre pas la nature des ressources (« tangibles » ou « socio-émotionnelle »). Les travaux menés par les chercheurs en psychologie de la santé (Karasek et al, 198.) et en psychologie sociale (House, 1981) nous paraissent être intéressants de ce point de vue. Pour cette raison, nous les aborderons dans la deuxième section. Nous présentons d'abord une autre approche basée sur l'échange fondée sur la nature de la relation entre le leader et les membres des équipes de travail.

1.1.2 Le « leader-Member- Exchange » et le « Team-Member Exchange » (LMX et TMX).

Le LMX est caractérisé par Graen et Scandura (1987) comme « *l'intensité de la relation entre un leader et un employé* ». Les recherches sur le LMX traitent de l'aspect qualitatif de la relation. Plus récemment se sont développées des approches intégrant l'échange entre employés « Team Member Exchange ». Le TMX et le LMX sont définis comme une « *relation réciproque entre un salarié et son supérieur hiérarchique et/ou un collègue de l'équipe de travail, dans laquelle chaque partie peut offrir à l'autre des ressources* » (Seers et al., 1995, Cole et al., 2002). Le rapprochement de cette description et de la définition du soutien social proposée par Deelstra et al. (2003) nous semble intéressante: « *des actions d'autrui qui sont utiles ou qui ont vocation à l'être pour celui qui a besoin d'aide* ». Il met en lumière trois points importants. Premièrement, les travaux sur le LMX et le TMX mettent l'accent sur la notion de réciprocité de telle sorte que chaque partie est à la fois fournisseur et receveur de ressources, alors que Deelstra et al. proposent une vision unidirectionnelle de la relation de soutien du point de vue de celui qui le reçoit. Deuxièmement, Deelstra et al. traitent de l'utilité des ressources, soulignant que les caractéristiques de la situation et des individus étudiés sont contingentes aux comportements de soutien attendus. Troisièmement, sur la base de l'approche du LMX/TMX, il semble que l'intensité perçue d'une relation soit basée sur la nature des ressources échangées.

La mise en perspective des travaux d'Eisenberger et al. (1986, 2002), de ceux de Cole et al. (2002) et de ceux de Deelstra et al. (2003) nous font cheminer vers trois points que nous souhaitons approfondir :

- Nous souhaitons étudier la qualité des relations qu'entretiennent l'organisation, ses représentants et les salariés, sous l'angle de la nature du soutien social.
- Tous les salariés sont à la fois receveurs et fournisseurs potentiels de soutien. Pour mettre des comportements de soutien efficaces en pratique, l'individu doit reconnaître l'existence d'un besoin chez l'autre. Pour bénéficier d'un soutien efficace, l'individu doit aussi pouvoir exprimer ses attentes. Il semble donc important de distinguer le soutien voulu et le soutien attendu. Pour enrichir ce point, nous présentons les travaux fondateurs sur le soutien social en troisième section.
- La congruence entre les comportements de soutien et les besoins exprimés est contingente aux spécificités de la situation et des individus étudiés. De ce point de vue, les travaux consacrés à la spécification et aux effets du soutien social sur le stress professionnel sont riches et nous permettent d'affiner notre problématique.

1.2 La nature du soutien social au travail.

A notre connaissance, la nature du soutien social du supérieur hiérarchique et du soutien des collègues en milieu professionnel est peu explorée. Pinneau (1976) a développé une mesure du soutien perçu par le salarié lorsque celui-ci est confronté à des situations difficiles (évaluation par rapport au supérieur et aux collègues). L'échelle est composée de quatre items :

écoute des problèmes personnels, aide au travail, discussion, aide dans les moments difficiles. Karasek et al. ont intégré le soutien social dans le Job Content Questionnaire en 1982. Ils distinguent quatre type de soutien du supérieur hiérarchique :

- **le soutien instrumental** : premièrement, il englobe la latitude décisionnelle que le supérieur permet à ses collaborateurs pour organiser leurs tâches. Ensuite, ce soutien caractérise les propositions d'amélioration des conditions de travail et la facilitation de l'échange d'informations entre les membres des équipes. Il intègre enfin les actions pour favoriser la cohésion entre les membres de l'équipe.
- **le soutien réceptif** : caractérise l'attention que la manager prête à ses collaborateurs ainsi que sa disponibilité d'écoute des problèmes professionnels.
- **le soutien de « tolérance »** : est lié au degré d'autonomie dans l'organisation du travail.
- **le soutien d'autorité** : renvoie aux attentes du manager par rapport au travail de ses collaborateurs (respect des règles, efforts fournis).

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

- **le nombre de collègues**,
- **le soutien instrumental** : est lié aux efforts consentis par les collègues pour faire leur travail au mieux, leur degré d'autonomie dans l'exercice de leurs missions. Il caractérise aussi l'aide fournie par les collègues pour résoudre des problèmes professionnels.
- **le soutien socio-émotionnel** : caractérise le nombre de collègues de travail considérés comme des amis, le nombre de collègues de travail ayant les mêmes centres d'intérêt.

Les travaux de Karasek et al. montrent que le soutien est d'abord professionnel. Il englobe des comportements destinés à perfectionner l'organisation du travail. Le soutien du supérieur renvoie à ses capacités à favoriser l'autonomisation, la latitude décisionnelle et la cohésion d'équipe. Les comportements de soutien de l'équipe sont destinés à faciliter l'accomplissement des tâches. Le soutien de l'équipe combine aussi le degré d'intégration du collaborateur dans son équipe et le fait que certains collègues soient des « amis ». Si l'existence de lien avec autrui constitue le point de départ pour recevoir du soutien, cela ne signifie pas pour autant que la relation de soutien soit bénéfique. Thoits (1995) a d'ailleurs montré que le degré d'intégration sociale n'a pas d'effet modérateur sur la relation entre stressseurs et santé (physique et mentale).

Plus récemment, Hill et al.(1989) ont montré que le soutien du manager de proximité est plutôt « instrumental» (arrangements des horaires, répartition des missions etc.) et informatif (transmission de conseils, renseignements sur l'entreprise et les possibilités qu'elle offre en terme de développement de compétences etc.). Les travaux de Hill et al. (1989) viennent renforcer cette configuration d'un soutien à la sphère professionnelle de l'individu. Les recherches menées sur la nature du soutien au travail tendent à montrer que le soutien au travail est de nature professionnelle et peu centré sur l'expression d'émotions en situation de travail.

La mise en perspective des typologies du soutien au travail (Karasek et al., 1982 ; Hill et al., 1989) et de la typologie de House (1981) nous semble intéressante. Nous remarquons que les recherches sur la nature du soutien au travail ne font pas ou peu ressortir de dimension émotionnelle (manifestation d'affects positifs, protection, réconfort...) ou de dimension d'estime (réassurance de la valeur de l'individu, manifestation de reconnaissance...) telles que définies par House (1981). Nous présentons dans la troisième section les travaux fondateurs sur le soutien social.

1.3 Les travaux fondateurs sur le soutien social.

Conceptuellement, le soutien social est tridimensionnel : le réseau social, les comportements de soutien, l'appréciation/la perception du « receveur » (Barrera, 1981 ; Vaux et al., 1986 ; Pierce et al., 1996). Ces trois approches peuvent être traitées indépendamment ou conjointement. Nous présentons les dimensions fonctionnelle (soutien reçu) et perceptuelle du soutien social dans les sections suivantes.

1.3.1 Le soutien reçu.

Le soutien social reçu concerne « l'aide apportée à un individu par son entourage » (Winnubst et al., 1988). Il s'agit donc de comportements de soutien et classiquement les chercheurs se réfèrent aux quatre types de soutien identifiés par House (1981) :

- le soutien émotionnel 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 (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.328).
- Le soutien d'estime consiste à rassurer une personne en ce qui concerne ses compétences et ses valeurs. Ces encouragements lui permettront de renforcer sa confiance en elle-même dans les moments de doute, lorsque cette personne craint que les exigences d'une situation n'excèdent ses ressources et ses capacités (surcharge de travail, conflit de rôle, épuisement professionnel...).
- Le soutien informatif implique des conseils, des suggestions, de l'apport de connaissance sur un problème, des propositions concernant la résolution d'un problème nouveau, par exemple.
- Le soutien matériel ou instrumental implique une assistance effective comme le prêt ou le don d'argent ou de bien matériel, ou de services rendus dans des moments difficiles.

Les instruments de mesure sont nombreux, nous présentons les plus connus :

- **L'ISSB** (*Inventory of Socially Supportive Support*), (Barrera et al., 1981) : 40 énoncés mesurent la fréquence de différents comportements d'aide tangibles et non tangibles. Exemple : « quelqu'un vous a écouté lorsque vous avez exprimé vos sentiments ».
- **Le SS-B** (*Social Support Behaviors Scale*), (Vaux, 1982) : 45 items mesurent le degré de réalisation de cinq types de comportements de soutien : le soutien émotionnel, l'assistance pratique, l'assistance financière, la socialisation et les conseils / avis. Exemple :
- **Le QSSP** (*Questionnaire de Soutien Social Perçu*), (Bruchon-Schweitzer et al., 2001) : 4 items mesurent les quatre types de soutien identifiés par House (1981), combien de personnes le dispensent, qui sont ces personnes (famille, amis, collègues, spécialistes), et si le sujet en est satisfait. , l'originalité de l'outil réside dans l'évaluation des trois facettes du soutien social (structurale, fonctionnelle et perceptuelle). Exemple : « y a-t-il quelqu'un dans votre entourage qui veut vous réconforter et vous écouter ? », « en êtes-vous satisfait ? ».

Tableau 1 : exemples d'échelles de mesure du soutien reçu en psychologie sociale.

La composante émotionnelle est le « cœur » du soutien et elle est la plus fréquemment traitée (Winnubst et al., 1988, p. 511). Les travaux menés en psychologie sociale mettent en exergue la contingence entre type de soutien/situation/contexte (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.328). Il semble aussi que la satisfaction ressentie par le destinataire du soutien soit l'indicateur le plus

pertinent de l'adéquation des comportements de soutien aux attentes et besoins de ce même destinataire. Cela nous paraît être un point important et à prendre en compte pour conceptualiser et mesurer le soutien social.

1.3.2 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). 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. La satisfaction est considérée comme l'aspect qualitatif du soutien social. Gentry et Kobasa (1984), définissent la satisfaction vis-à-vis du soutien comme « *une ressource psychologique, qui correspond à la perception qu'un individu a de la qualité de ses relations interpersonnelles* ». Ce n'est pas le nombre de connexions sociales qui est protecteur, mais la qualité de ces relations.

Les instruments de mesure du soutien perçu sont nombreux, nous présentons les plus connus :

- **Le SSQ (Social Support Questionnaire)**, (Sarason al., 1983) :) existe en plusieurs versions dont une longue à 27 items et une version courte à 6 items (SSQ6). Il permet une évaluation de la disponibilité et de la satisfaction d'un individu par rapport à un émetteur de soutien. Exemple : « qui vous accepte tel que vous êtes, c'est-à-dire avec vos bons et vos mauvais côtés ? », « en êtes vous satisfait ? ».
- **L'ISEL (Interpersonal Support Evaluation List)** (Cohen et Wills, 1985) : mesure la disponibilité perçue pour quatre types de soutien (matériel, estime, affiliation, discussion).

Tableau 2 : Exemples d'échelles de mesure de la perception du soutien social.

Les différents travaux précités mettent en évidence le poids des dimensions émotionnelle, instrumentale, de confiance, d'estime et d'information dans la construction de la perception du soutien social. Nous présentons une synthèse des résultats de la revue de littérature nous permettant de structurer la problématique de recherche dans la quatrième section.

1.4 Mise en perspective des différentes approches sur le soutien social.

Tous les travaux sur le soutien social ont en commun de traiter de la qualité des relations interpersonnelles. Concernant le soutien au travail, certains chercheurs considèrent que le soutien social du supérieur hiérarchique et des membres de l'équipe de travail a un effet modérateur sur la relation entre stress au travail et épuisement professionnel (Russel et al. 1987; Burke et Greenglass, 1995; Greenglass et al., 1997; Pines et al., 2002). Thomas et Ganster (1995), et plus récemment O'Driscoll et al. (2003) 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; Barham et al., 2001). D'autre part, en l'absence de programmes de soutien au hors travail mis en place par l'entreprise, le cadre est la personne avec laquelle les employés qui ressentent des difficultés de conciliation « travail / hors travail », peuvent prioritairement échanger (Batt et Valcour, 2003, p. 189). A notre connaissance, il n'existe pas d'échelle de mesure intégrant conjointement les aspects

professionnels, émotionnels et de reconnaissance du soutien social. La dimension émotionnelle est peu traitée dans les recherches en management. Nous proposons trois explications à cela.

D'abord au niveau organisationnel, l'évolution de la prise en compte des problèmes hors travail par l'organisation est marquée par trois types de réponses. Kirshmeyer (1995) propose trois modèles de réponse organisationnelle au hors travail : le modèle qualifié de « séparation » où les employeurs « considèrent la vie hors travail du travailleur comme uniquement le problème du travailleur lui-même » ; le modèle de l'intégration où les employeurs considèrent les deux sphères liées et s'affectant mutuellement ; le modèle du respect où l'employeur valorise l'implication hors travail des employés. Ensuite les facteurs situationnels peuvent enrichir l'explication. En fonction du modèle de réponse au hors travail les employeurs mettent des pratiques en œuvre en fonction de leur culture et peuvent favoriser des pratiques de soutien (crèches d'entreprise, télétravail...) et/ou le soutien du managers de proximités (Thomas et Ganster, 1995). Toutefois les pratiques décrites sont « tangibles » même si les composantes émotionnelles sont appréhendées par l'écoute des problèmes personnels par certains chercheurs (Lambert, 1990). Si Ashforth et Humprey (1995) décrivent l'organisation comme un lieu de contrôle des expressions d'émotions, il n'en demeure pas moins de plus en plus admis que ce contrôle peut entraîner une surcharge de tensions pour les individus qui se trouvent confronté à un équilibre permanent entre l'émotion ressentie et émotion exprimée (Hochschild, 1983). Enfin, il est possible, conformément aux résultats des travaux d'Hupcey (1995) qu'il existe un décalage potentiel entre les comportements de soutien effectifs et le soutien attendu et/ou perçu. Dans une autre perspective, Rafaeli et Sutton (1990) ont montré que les émotions facilitent la régulation de l'échange social et l'accomplissement de la tâche. Ainsi, l'intégration des aspects socio-émotionnels dans la conceptualisation du soutien social nous paraît être à approfondir.

2 Propositions de recherche et méthodologie.

Dans la deuxième partie de l'article, nous présentons d'abord les propositions de recherche et les choix méthodologiques. Ensuite, nous proposons un modèle du soutien social au travail sur la base de l'analyse de contenu des entretiens exploratoires. Enfin, les résultats concernant le développement de la double mesure de la perception du soutien social au travail font l'objet de la troisième section.

2.1 Propositions de recherche et orientations méthodologiques.

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

- Le soutien social peut être étudié sous trois angles (réseau social, soutien reçu, soutien perçu). Cette complexité conceptuelle se matérialise par l'existence de nombreux instruments de mesure.
- Il semble admis par les chercheurs en psychologie sociale que la dimension émotionnelle du soutien soit la plus importante (Winnubst *et al.*, 1988). La revue de littérature sur le soutien social au travail fait état d'un soutien plutôt instrumental (Karasek *et al.*, 1982 ; Hill *et al.*, 1989).

Les trois points mentionnés ci-dessus sont le socle des orientations méthodologiques de la recherche, nous formulons cinq propositions de recherches que nous souhaitons explorer:

- P1** : Les comportements de soutien du manager de proximité et les comportements de soutien des collègues sont de natures différentes.
- P2** : Le soutien social en milieu professionnel englobe tous les comportements favorisant le fonctionnement des services.
- P3** : Le soutien social en milieu professionnel a une composante socio-émotionnelle.
- P4** : Il existe des différences entre les comportements de soutien voulu et le soutien attendu et perçu.
- P5** : certains facteurs contextuels et situationnels ont une influence sur l'expression des comportements en fonction de leur nature.

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. Sur la base d'entretiens semi-directifs nous approfondissons d'abord la spécification du soutien social au travail. Ensuite, nous générons un ensemble d'items pour construire un outil de mesure. Pour générer les items de notre questionnaire, nous nous basons sur les échelles issues de la revue de littérature et les résultats de l'analyse de contenu. Enfin, nous avons administré le questionnaire une première fois à un échantillon de convenance pour purifier la mesure. Le questionnaire a finalement été distribué au personnel soignant du centre hospitalier de l'étude de cas : infirmières (IDE), aides-soignantes (AS) et agents des services hospitaliers (ASH). Nous avons réalisé des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires pour estimer la fiabilité et la validité de nos mesures. Nous souhaitons, au terme de ce projet de recherche, tester l'effet modérateur du soutien social perçu au travail sur trois stressors (exigences du travail, conflit de rôle, conflit travail/famille) et ses conséquences sur la santé (épuiement professionnel) et les comportements au travail (implication organisationnelle). Notre démarche suit les préconisations de Churchill (1979). Nous présentons une synthèse de la démarche dans le schéma suivant :

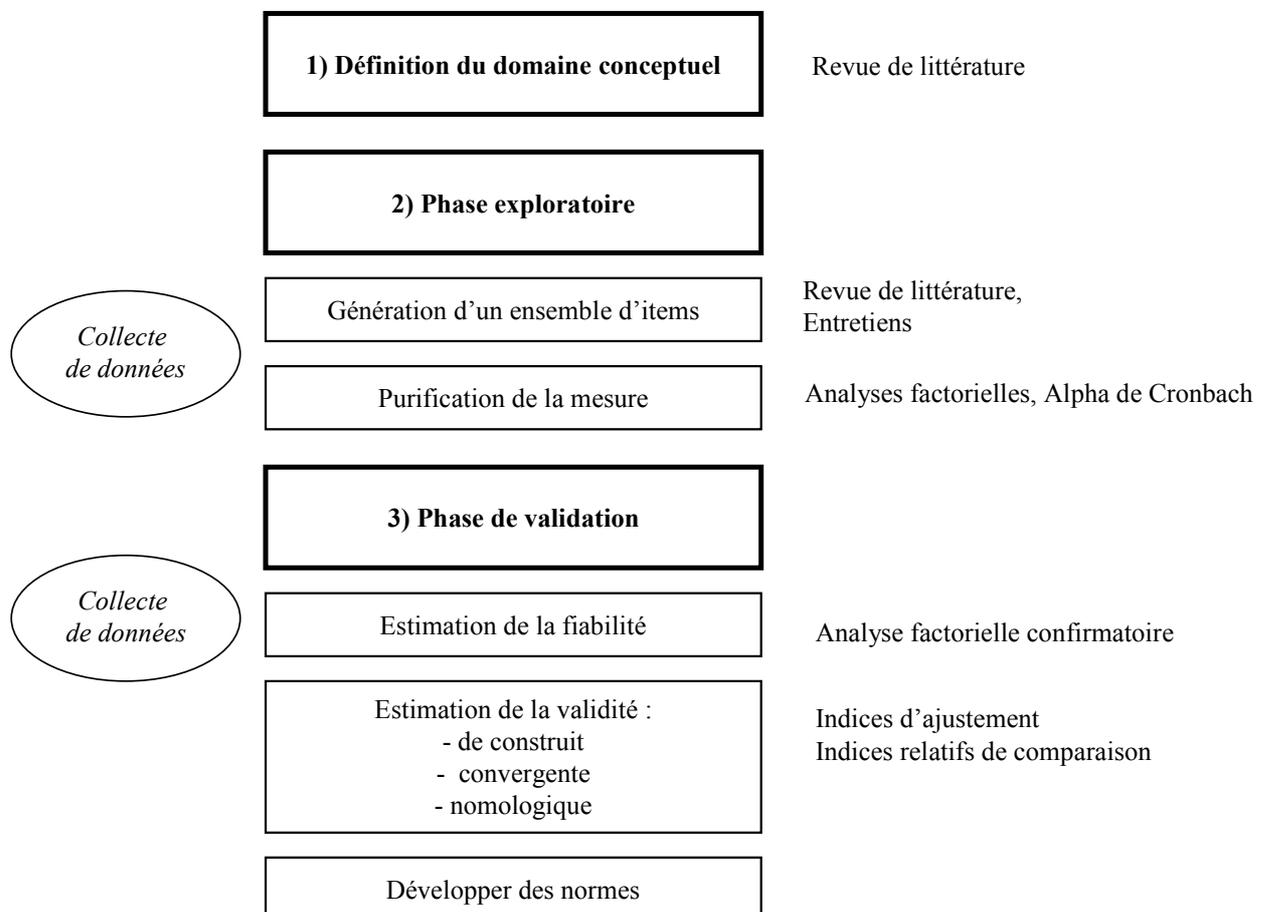


Schéma 1 : Le paradigme de Churchill.

L'article présente les résultats des entretiens exploratoires ainsi que les estimations de fiabilité et de validité de la mesure après la deuxième collecte de données.

2.2. Une étude de cas en milieu hospitalier : 62 entretiens exploratoires pour générer 17 items.

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

Concernant la compréhension du soutien social, le terrain hospitalier nous semble intéressant : les agents du personnel de soin travaillent en équipe et entretiennent des relations quotidiennes avec le cadre de santé. S'agissant d'une recherche exploratoire, nous nous concentrons sur l'étude d'un cas unique. Au point de départ de cette recherche, une attention particulière a été portée à la culture, l'organisation hiérarchique, l'organisation des relations entre les différents acteurs du système hospitalier. La problématique de recherche est le fruit d'une progression en trois temps: l'initialisation de la recherche à partir d'un intérêt pour la qualité de vie au travail du personnel soignant et d'un questionnement sur le stress à l'hôpital ; une revue de littérature sur les modèles de recherche intégrant le stress, et enfin, la structuration de ce travail par des allers-retours entre les modèles théoriques et les résultats de l'étude qualitative. 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 (5 pôles). L'intérêt de la représentativité des services se situe à deux niveaux. D'une part, concernant les cadres, leur cœur de métier varie d'un service à l'autre (un cadre peut privilégier les projets institutionnels à l'activité quotidienne de l'équipe soignante). Or, le temps de présence dans le service de soin influe sur la qualité et la quantité des liens et des relations avec les IDE et les AS². D'autre part, concernant les 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. L'échantillon est composé de 66 individus. Les deux entretiens de groupe (le directeur + le DRH ; la Direction des Soins infirmiers + trois représentants syndicaux) et les soixante entretiens individuels semi-directifs ont une durée moyenne de 35 minutes. Le guide d'entretien est formalisé synthétiquement³ à partir de quatre questions :

- Qu'est-ce que le soutien social en milieu professionnel ?
- Quels sont les comportements de soutien que vous mettez en pratique ?
- Quelles sont les attentes de soutien au travail que vous estimez ressentir ?
- Quels sont les facteurs qui peuvent influencer l'expression du soutien au travail ?

Nous avons procédé à une analyse de contenu manuelle par thématique. Nous avons construit une grille d'analyse à 5 thématiques : comportements de soutien, nature du soutien attendu et perçu, nature du soutien perçu par rapport aux collègues de travail, nature du soutien perçu

² AS pour Aide-Soignante et IDE pour Infirmier Diplômé d'Etat.

³ Les quatre thèmes du guide sont déclinés sous la forme de plusieurs questions.

par rapport au cadre de santé, facteurs d'influence sur l'expression du soutien. Nous exposons la structuration des entretiens dans le tableau suivant :

| Personnes interrogées | Entretiens | Questions posées | Dimension étudiée |
|---|------------------------------|---|---|
| Directeur CH, DRH DSI Représentants syndicaux | 2 entretiens semi-directifs | Qu'est ce que le soutien social au travail? | Sources du soutien, réseau de soutien |
| | | Quels sont les facteurs qui influencent l'expression des comportements de soutien au travail? | Facteurs contextuels et situationnels |
| Cadres de santé | 30 entretiens semi-directifs | Qu'est ce que le soutien social au travail? | Sources du soutien, réseau de soutien |
| | | Quels sont les comportements de soutien que vous mettez en pratique ? | Soutien "voulu" ou comportements de soutien |
| | | Quels sont les facteurs qui influencent l'expression des comportements de soutien au travail? | Facteurs contextuels et situationnels |
| IDE/AS/ASH | 30 entretiens semi-directifs | Qu'est ce que le soutien social au travail? | Sources du soutien, réseau de soutien |
| | | Quels sont les comportements de soutien que vous mettez en pratique ? | Soutien "voulu" ou comportements de soutien |
| | | Quelles sont les attentes de soutien au travail que vous estimez ressentir ? | Perception du soutien |
| | | Quels sont les facteurs qui influencent l'expression des comportements de soutien au travail? | Facteurs contextuels et situationnels |

Tableau 3 : La démarche qualitative exploratoire.

L'analyse de contenu fait ressortir six comportements de soutien au travail : « 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. Une analyse détaillée montre que le soutien du manager et celui de l'équipe sont de natures différentes. Nous distinguons trois composantes spécifiques du soutien du supérieur : un soutien socio-émotionnel à la sphère professionnelle, un soutien instrumental à la sphère professionnelle et un soutien socio-émotionnel à l'individu. Le soutien de l'équipe serait de deux types : un soutien socio-émotionnel à l'individu et un soutien socio-émotionnel et instrumental à la sphère professionnelle. En définitive, les associations entre les types de soutien voulu/attendu et les sources du soutien (manager, équipe) diffèrent. Nous les présentons synthétiquement dans les schémas suivants :

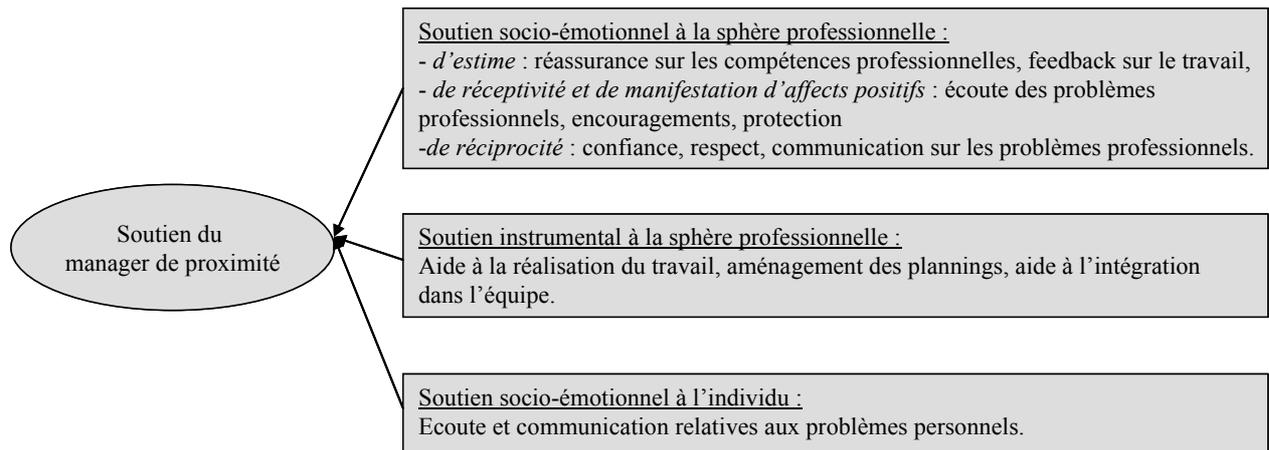


Schéma 2 : Les composantes du soutien du manager de proximité.

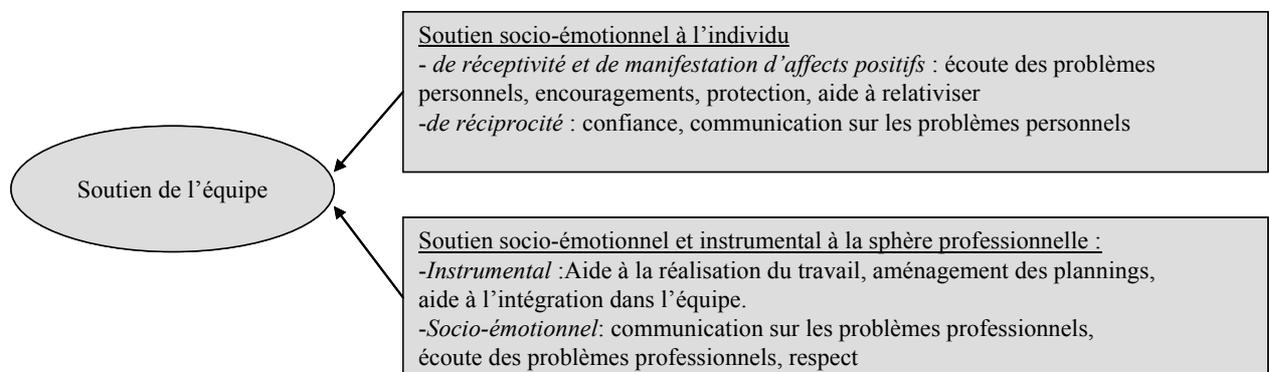


Schéma 3 : Les composantes du soutien social des membres de l'équipe de travail.

L'analyse de contenu par thématiques : un soutien professionnel et un soutien à l'individu reconnu et attendu.

Un soutien à la sphère professionnelle de nature socio-émotionnelle est reconnu par les cadres de santé (P1,P2,P3). D'emblée, les cadres ne valorisent pas le soutien comme composante de leur métier. Pourtant l'écoute des problèmes professionnels, la communication sur les problèmes professionnels, la manifestation de reconnaissance et d'estime, l'évaluation des compétences, le fait de rassurer les agents sur leurs compétences, le fait de les protéger sont des comportements mentionnés par l'ensemble des cadres interrogés. Il semble que les cadres soient conscients d'une responsabilité concernant le bien-être au travail des agents. D'abord, la manifestation d'**estime** et un soutien évaluatif positif sont mis en évidence (réassurance sur les compétences professionnelles, feedback, reconnaissance du travail bien fait...). Ensuite, **la réceptivité et la manifestation d'affects positifs** ressortent (écoute des problèmes professionnels, encouragements dans les moments de tensions et les moments difficiles, protection...). Enfin le soutien émotionnel intègre les comportements pour développer des relations de qualité entre le cadre et l'équipe et entre les membres de l'équipe. Ce soutien est lié à **la réciprocité dans l'échange** (confiance, respect, communication sur les problèmes professionnels, information). Il semble que ce soutien soit plus collectif qu'individuel et qu'il représente dans une certaine mesure le développement de la qualité des relations professionnelles : *«Le contexte est difficile, on ne peut pas le changer, ni nous, ni la Direction,... Ce qui est important, à mon sens, c'est que les gens puissent dire ce qui va et ce qui ne va pas, et qu'on puisse en discuter»* (entretien 3.24, cadre d'un service de

réadaptation). Ce soutien a vocation à renforcer la solidité du groupe et est fondé sur l'expression d'affects positifs « *les métiers des soignants sont des métiers difficiles. Il y a les soins, il y a le contact avec le patient, il y a les activités liées au fonctionnement du service... Reconnaître le travail de mon équipe me paraît important, il faut les encourager aussi.* » (entretien 2.22, cadre du service de pneumologie). Ce soutien englobe finalement tous les aspects liés à la diffusion et l'échange d'informations sur les aspects professionnels « *nous sommes responsables de la transmission de l'information qu'elle soit institutionnelle descendante, informelle transversale... Dans la perception que j'ai de mon rôle, parfois je me sens l'âme d'une conseillère. Je passe énormément de temps à informer, échanger sur les soins et tout ce qu'ils englobent avec tous les acteurs du service* » (entretien 3.22, cadre de service de pneumologie). Les comportements de soutien reconnus par les cadres de santé mettent en exergue des mécanismes pour favoriser le fonctionnement de leurs services.

Le soutien instrumental à la sphère professionnelle se réfère aux trois moyens que les cadres estiment pouvoir mettre en œuvre pour aider les agents à vivre leur situation de travail au mieux : d'abord l'aide à l'intégration dans l'équipe peut concerner la gestion du planning et la composition des équipes, la réflexion sur les roulements : « *quand quelqu'un démarre dans le service, j'essaie dans la mesure du possible de constituer des binômes pour favoriser son intégration.* » (entretien 2.15 cadre du service de chirurgie viscérale). Ensuite, il y a les aménagements dans les plannings et l'aide à la réalisation du travail. Ce soutien est plus orienté vers l'individu que le soutien socio-émotionnel à la sphère professionnelle. Le cadre fournit des comportements de soutien tangibles. Les cadres de santé reconnaissent que ces pratiques représentent un idéal difficilement tenable : « *j'essaie de prendre en compte les demandes des agents pour harmoniser le planning. C'est parfois difficile, il m'arrive de rappeler des gens sur leur RTT, cela peut créer des tensions mais je n'ai pas d'autres choix* » (entretien 2.7, cadre d'un service de long séjour). A défaut de pouvoir pleinement soutenir instrumentalement les agents, les cadres mettent en évidence l'importance de développer des relations plus individualisées avec les membres de leurs équipes : « *on ne peut pas intégrer les demandes de tout le monde dans la gestion des plannings et des roulements. Mon équipe est constituée de 36 personnes. Je les laisse s'arranger entre eux. Ce qui me semble important c'est de connaître les situations de chacun pour établir des priorités parfois et les justifier aux autres. J'essaie d'être le plus juste possible* » (entretien 2.11, cadre d'un service de long séjour).

Le soutien socio-émotionnel individualisé à la sphère personnelle est reconnu par les cadres de santé. Il s'exerce principalement à des moments où le cadre peut être en face à face avec les agents. Cela signifie qu'il faut que l'agent sollicite le cadre où alors cela peut devenir un sujet à l'entretien d'évaluation. Un cadre du service de réanimation (entretien 2.8) témoigne « *l'entretien annuel est un moment privilégié où on peut faire un point sur chaque situation. Moi j'ai ajouté des points à mon guide. J'aborde avec les agents qui le souhaitent leurs problématiques familiales* ».

Un soutien plus orienté vers l'individu reconnu par l'équipe (P1,P2,P3). Le soutien socio-émotionnel à l'individu est le cœur du soutien identifié par les agents de notre échantillon. Il caractérise **une attitude réceptive et la manifestation d'affects positifs à l'individu**. Ces attitudes sont centrées sur la sphère personnelle de l'individu : écoute des problèmes personnels, encouragements, protection, aide à relativiser dans les moments difficiles. « *Heureusement qu'on s'entend bien dans l'équipe. C'est rassurant de sentir que les gens se préoccupent de vous. Quand quelqu'un va moins bien, on se sert les coudes, on se remotive* » (IDE, service de réanimation). Le soutien socio-émotionnel se réfère aussi aux

comportements destinés à favoriser la réciprocité dans les relations interpersonnelles (manifestation de confiance, création d'une confiance réciproque, communication sur les problèmes personnels.. Pour les ¾ des agents soignants, développer des relations de soutien nécessite un échange: « *on ne peut se sentir soutenu par quelqu'un que si on se sent en mesure de le soutenir en cas de coup dur, il faut un minimum de connaissance de la personne* » (entretien 3.58, IDE long séjour) ; « *se sentir soutenu c'est être écouté mais c'est parallèlement pouvoir entendre et comprendre ce que l'autre peut nous apporter* » (entretien 3.59, AS médecine interne).

Le soutien instrumental et socio-émotionnel à la sphère professionnelle de l'équipe se réfère à un soutien instrumental d'aide à la réalisation du travail, d'aménagement des plannings, et d'aide à l'intégration dans l'équipe. « *Notre travail c'est d'abord le soin du patient et c'est un travail d'équipe. L'entraide et la cohésion de l'équipe c'est la base* » (entretien 3.32, AS pédiatrie). Ce soutien est aussi socio-émotionnel. Il englobe l'écoute des problèmes professionnels, la communication sur les problèmes professionnels et la manifestation de respect « *on a toutes nos petites habitudes. Il faut travailler avec des gens qui fonctionnent différemment. Pour que ça marche, il faut se parler et accepter de s'adapter.* »

Les entretiens font ressortir un grand nombre de conditions personnelles, situationnelles, contextuelles ayant une influence (positive ou négative) sur l'expression des comportements de soutien au travail (P5). L'interprétation est complexe. Cependant, notre intérêt ne se situe pas dans la spécification de ces facteurs mais dans la mise en perspective des différents leviers organisationnels. Quatre points ressortent :

- **au niveau du travail et de l'environnement de travail** : l'autonomie, la confiance entre les acteurs, la qualité des relations entretenues, la suffisance du personnel, la configuration des services (dans certains services, l'office des infirmières sert de salle de pause), l'atmosphère, la connaissance des membres de l'équipe... Sont des éléments mentionnés, de manière inégale dans les entretiens, qui pourraient favoriser l'expression des comportements de soutien.
- **Au niveau contextuel** : les conséquences de l'accréditation sur les métiers des soignants et notamment l'introduction d'activités administratives de saisies des soins au patient, l'intensification de la charge de travail, la dégradation des conditions de travail, le non remplacement des personnes absentes dans les services pourraient constituer des freins aux comportements de soutien.
- **Au niveau situationnel** : des « temps de parole », des structures d'accueil (psychologue du travail...), des ateliers de détente (sophrologie, relaxation...), des lieux de défoulement sont mentionnés dans les entretiens et pourraient être des lieux de soutien.
- **Au niveau individuel** : la personnalité des cadres de santé, leur « style de management » (autoritaire vs participatif), l'acceptation de l'expression des affects, l'âge, le genre, l'expérience, le statut (cadre ou faisant fonction de cadre) sont mentionnés comme des éléments importants et explicatifs de la construction de la relation de soutien.

Un point ressort et mérite d'être souligné. C'est la perception d'une absence de prise en compte des émotions par l'organisation. Cette absence est reconnue par 19 cadres de santé (sur 30) et 24 agents (sur 30). Elle freinerait l'expression du soutien par les managers de proximité et les individus eux-mêmes : « *C'est très surprenant de parler de soutien social et très difficile de l'explicitier parce qu'on se soutient et on exprime ses émotions sans les*

conscientiser et surtout pendant les pauses, dans les vestiaires et sur le parking lorsqu'on sort de l'hôpital » (entretien 3.51, AS consultations externes). Ces résultats nous paraissent intéressants dans la mesure **ils peuvent expliquer un décalage sensible entre le soutien professionnel reconnu et voulu par les cadres de santé et les attentes de soutien socio-émotionnel des agents (P4)** : « *Malgré leur bonne volonté, il est clair que les cadres de santé ne peuvent pas se permettre d'être à notre écoute. Il ont trop de choses à gérer et sont constamment la tête dans le guidon. Ils ont d'autres priorités: les familles, les entrées, les sorties, les projets d'établissement...* ». Les résultats ne permettent pas de spécifier si c'est le cas pour les attentes de soutien socio-émotionnel à la sphère personnelle de l'individu. Le tiers des agents soignants de l'échantillon ne souhaitent pas parler de leurs problèmes personnels avec leur cadre de santé « *je pense que mon cadre ne doit pas être au courant de ce qui se passe dans ma vie personnelle. J'évite d'en parler avec elle. Je préfère en parler aux collègues dont je me sens proche et auprès desquels je trouve tout le soutien dont j'ai besoin* » (entretien 3.34, IDE pédiatrie). Quand la perception du soutien du cadre est jugée faible alors le soutien de l'équipe est mis en avant. D'ailleurs le soutien socio-émotionnel à l'individu de la part des collègues est mentionné dans 28 entretiens (sur les 30 entretiens soignants) : « *Le fait de se sentir considéré et estimé en tant qu'individu, avec ses forces et ses faiblesses [...] par ses pairs c'est le plus important. C'est avec les collègues qu'on partage notre journée de travail. Alors c'est important de savoir qu'à des moments on peut se montrer un peu plus fragile et de sentir que les autres le comprennent et vous soutiennent* ». Les agents sont globalement plus satisfaits et confiants envers leurs collègues (un voir plusieurs) et sont plus critiques à l'égard de leur cadre de santé.

Nous présentons dans la troisième section les résultats concernant l'estimation de la fiabilité et de la validité de la double échelle que nous développons sur la base des entretiens exploratoires. Nous avons généré une échelle de mesure de 17 items (présentée en annexe).

2.3 Purification de l'instrument de mesure : analyses factorielles exploratoires et confirmatoires et cohérence interne des échelles de PSSC et PSSE.

L'échantillon est composé de 147 individus (350 questionnaires envoyés, 44% exploitables). Dans cet échantillon de convenance (non représentatif de la population totale), 95 % des répondants sont des femmes. Plus d'un répondant sur deux (57%) a moins de 5 ans d'ancienneté dans l'hôpital, et plus d'un répondant sur deux (60%) a moins de 5 ans d'ancienneté dans son service de au travail. Nous avons d'abord examiné successivement la dimensionnalité de l'échelle de la perception du soutien social (PSS) par rapport aux deux sources de soutien (cadre de santé et membres de l'équipe soignante) au moyen de l'analyse en composantes principales (ACP). L'objectif de l'analyse factorielle exploratoire est de condenser l'information mesurée par l'ensemble des items, sur un faible nombre de facteurs. Cette opération doit faciliter l'interprétation, et d'un point de vue théorique, elle peut être considérée comme révélatrice de concepts sous-jacents. Nous examinons ensuite la fiabilité de l'échelle, c'est-à-dire la cohérence interne entre les items, par l'estimation de l'alpha de Cronbach. A ce stade, nous nous attachons seulement à la description des associations d'items pour caractériser les facteurs des deux échelles. Enfin, la méthodologie des modèles d'équations structurelles est mobilisée pour valider l'ajustement des modèles aux données empiriques (AMOS 7). Nous avons d'abord testé les dimensions indépendamment (les dimensions à 3 items ne peuvent pas être testées) avant de tester le modèle global pour le valider. L'objectif est d'obtenir un modèle où les items se regroupent bien sur leurs dimensions respectives. Nous avons retenu quatre indices d'ajustement (Roussel et al., 2002). Nous testons également la validité de la mesure (Fornell et Larcker, 1981).

2.3.1 Structure factorielle de l'échelle de la PSSC.

Le test de Barlett et l'indicateur KMO indiquent que les données sont factorisables (K.M.O.= 0,854, Chi-deux approché = 833,4, ddl = 29, Signification = ,000). Nous avons donc effectué 2 ACP pour obtenir une répartition claire des items. La structure est composée de deux dimensions et explique 73,1% de la variance. Les 17 items du questionnaire sont bien représentés mais 9 items sont complexes à interpréter. La rotation oblmin montre une corrélation importante entre les dimensions (0,529). Nous avons donc procédé à une rotation Oblimin. En terme de communauté et de poids, toutes les variables sont satisfaisantes. La cohérence interne de l'échelle est très satisfaisante, l' α de Cronbach est de 0,89 (α COMP1= 0,91; α COMP2 = 0,79).

La première composante caractérise un soutien socio-émotionnel et de reconnaissance professionnelle. Elle charge 5 items (CF tableau 4). Il est à noter que les items de mesure d'aide « tangible » (aide à la réalisation du travail, aménagement des plannings, aide à l'intégration dans l'équipe) et les items de mesure d'écoute et de communication sur les problèmes professionnels étaient bien représentés sur la composante après la première ACP. Toutefois nous ne les avons pas conservé dans la mesure où ils se reflétaient également correctement sur la composante 2. La deuxième composante se réfère à un soutien socio-émotionnel à l'individu. : trois items sont représentés sur cet axe (CF tableau 3). Les résultats de la première ACP montrent que les items de mesure « mon cadre de santé m'encourage dans les moments difficiles » et « mon cadre de santé m'aide à relativiser » sont très bien représentés sur la composante 2 (poids factoriels>0,5). Cependant, ces items ont des poids > 0,45 sur la composante 1 : nous avons donc décidé de les supprimer.

| Structure Factorielle PSSC | | | | |
|---|-------|------------|------------------|----------------------|
| Composante et variables | | Communauté | Poids factoriels | Variance en % Réelle |
| Composante I : soutien socio-émotionnel d'estime et de reconnaissance professionnelle | | | | 58,6 |
| 1. Mon cadre de santé me manifeste de l'estime | SSC4 | 0,824 | 0,944 | |
| 2. Mon cadre de santé et moi-même sommes en relation de respect mutuel | SSC10 | 0,722 | 0,871 | |
| 3. Je me sens reconnu(e) par mon cadre de santé | SSC5 | 0,777 | 0,870 | |
| 4. Mon cadre et moi-même sommes en relation de confiance réciproque | SSC9 | 0,713 | 0,822 | |
| 5. Mon cadre de santé me rassure sur mes compétences professionnelles | SSC8 | 0,678 | 0,754 | |
| Composante II : Soutien socio-émotionnel à l'individu | | | | 14,5 |
| 1. Mon cadre de santé est à l'écoute de mes problèmes personnels | SSC2 | 0,795 | 0,944 | |
| 2. Mon cadre de santé et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes personnels | SSC14 | 0,744 | 0,842 | |
| 3. Mon cadre de santé fait preuve d'empathie à mon égard | SSC3 | 0,593 | 0,642 | |
| Total | | | | 73,1 |

Tableau 4 : structure factorielle de la PSSC de la deuxième ACP (Oblimin, 4 itérations).

Nous estimons l'ajustement de la structure factorielle à l'aide du logiciel AMOS 7. le chi-deux, le GFI (*goodness-of-fit index*), le NFI (*normed fit index*), le CFI (*comparative fit index*), et le RMSEA (*root mean square error of approximation*) sont corrects. Le chi 2 est égal à 78,492, p=0. Les valeurs du GFI, NFI et CFI qui sont au-dessus de .90 indiquent une bonne

harmonisation entre le modèle théorique et les données empiriques (GFI = 0,901 ; NFI = 0,908 ; CFI= 0,928). Le RMSEA est égal à 0,1, ce qui est acceptable compte tenu de la nature exploratoire de la mesure.

Concernant la validité convergente, nous avons d'abord contrôlé le ratio critique de chaque item : il est supérieur à 2 pour chaque item. La validité convergente est ensuite vérifiée si la variable latente partage plus de 50% de sa variance avec ses mesures qu'avec l'erreur de mesure qui lui est associée (Fornell et Larcker, 1981). Les deux composantes de l'échelle ont une validité convergente satisfaisante (COMP1= 0,75 ; COMP2 = 0,957). Concernant la validité discriminante, dans le cas d'une échelle multidimensionnelle, chaque construit doit se distinguer des autres. La corrélation entre les construits d'une même échelle doit donc être différente de 1. L'échelle présente une validité discriminante correcte (la corrélation entre les deux dimensions est égale à 0,64).

2.3.2 Structure factorielle de l'échelle de la PSSE

Le test de Barlett et l'indicateur KMO indiquent que les données sont factorisables (K.M.O.= 0,9, Chi-deux approché = 937,97, ddl = 36, Signification = ,000). La rotation oblimin ne montre pas de corrélation importante entre les dimensions (corrélation au moins de l'ordre de 0.3). Par conséquent, nous avons procédé à une rotation varimax. La structure factorielle obtenue est claire :

| Structure Factorielle PSSE | | | | |
|---|-------|------------|---------------------|----------------|
| Composante et variables | | Communauté | Poids factoriels | Variance |
| | | | | en % Réelle |
| Composante 1 : Soutien actif socio-émotionnel à l'individu | | | | 58,1% |
| 1. Mon équipe m'encourage dans les moments difficiles | SSE7 | 0,79 | 0,85 | |
| 2. Mon équipe m'aide à relativiser quand ça ne va pas | SSE11 | 0,76 | 0,82 | |
| 3. Mon équipe me protège en cas de coup dur | SSE6 | 0,66 | 0,78 | |
| 4. Mon équipe et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes personnels | SSE14 | 0,71 | 0,78 | |
| 5. Mon équip m'aide à arranger mon planning en cas de soucis | SSE13 | 0,58 | 0,68 | |
| Composante 2 : soutien réceptif d'écoute et de reconnaissance professionnelle | | | | 11,6 |
| 1. Mon équipe est à l'écoute de mes problèmes professionnels | SSE1 | 0,72 | 0,84 | |
| 2. Mon équipe est à l'écoute de mes problèmes personnels | SSE2 | 0,72 | 0,73 | |
| 3. Je me sens reconnu(e) par mon équipe | SSE5 | 0,64 | 0,72 | |
| 4. Mon équipe me manifeste de l'estime | SSE4 | 0,67 | 0,71 | |
| Total | | | | 69,7 |

Tableau 5 : Structure factorielle de la PSSE (Rotation Varimax, 3 itérations).

Concernant la cohérence interne, l' α de Cronbach de la première composante est de 0,89 et l' α de Cronbach de la deuxième composante est de 0,83 (α échelle=0,91). Cela semble très satisfaisant pour une recherche exploratoire.

Les 17 items du questionnaire présentent tous une bonne qualité de représentation. Nous avons supprimé les items complexes. Tous les items ayant un poids factoriel supérieur à 0,5 sur les deux composantes ont été épurés. La deuxième ACP fait ressortir deux composantes sur lesquelles les items se reflètent clairement. La première composante caractérise un soutien actif socio-émotionnel à l'individu. Sur cette composante, les items « d'encouragements dans les moments difficiles », « d'aide à relativiser », de « protection en cas de coup dur » et de « communication sur les problèmes personnels » définissent un soutien émotionnel tandis que l'item de mesure « d'arrangement de planning » se réfère à un soutien instrumental. La deuxième composante détermine un soutien émotionnel réceptif d'écoute et un soutien de reconnaissance professionnelle.

Les qualités d'ajustement du modèle de mesure qui ressort des analyses exploratoire est médiocre : aucun indicateur ne rentre dans les normes acceptables. Par conséquent, nous avons testé plusieurs modèles sur cette base. La suppression de l'item de mesure de reconnaissance perçue améliore nettement les indicateurs d'ajustement et la validité de la mesure. Concernant les qualités d'ajustement du modèle, les valeurs du GFI, NFI et CFI qui sont au-dessus de 0.90 indiquent une bonne harmonisation entre le modèle théorique et les données empiriques (GFI = 0,922 ; NFI = 0,929 ; CFI= 0,952). Le RMSEA est égal à 0,1, ce qui est acceptable compte tenu de la nature exploratoire de la mesure.

Concernant la validité convergente, nous avons d'abord contrôlé que le ratio critique de chaque item soit supérieur à 2. La validité convergente est ensuite vérifiée si la variable latente partage plus de 50% de sa variance avec ses mesures qu'avec l'erreur de mesure qui lui est associée. La composante 1 a une validité convergente satisfaisante ($\rho_{vc}=0,622$) tandis que la validité convergente de la composante 2 est faible ($\rho_{vc}=0,48$). L'échelle présente une validité discriminante correcte (la corrélation entre les deux dimensions est égale à 0,75). Nous présentons dans la section suivante une synthèse des résultats en spécifiant les implications conceptuelles, métrologiques et managériales de la recherche.

3 Implications de la recherche.

Les résultats de la purification de la mesure sont conformes aux résultats de l'étude qualitative. Ils mettent en évidence l'importance du soutien émotionnel et d'estime. Ils se distinguent néanmoins sur deux points que nous développons dans la première section. Les implications managériales font l'objet de la deuxième section. Nous discutons aussi des limites et des perspectives de la recherche.

3.1 Implications conceptuelles et métrologiques : la distinction entre les comportements de soutien voulus, attendus et perçus.

Les entretiens exploratoires et la démarche de purification de l'outil développé confirment l'existence de deux types de soutien de natures différentes : celui du manager de proximité et celui des collègues de travail (P1). Toutefois, les résultats de la phase qualitative exploratoire et de la phase quantitative confirmatoire se différencient à deux niveaux. D'abord, concernant le soutien des managers de proximité, les entretiens ont fait ressortir trois dimensions : un soutien socio-émotionnel à la sphère professionnelle (intégrant la manifestation d'estime, de réceptivité, de manifestations d'affects positifs et de réciprocité), un soutien instrumental à la sphère professionnelle (regroupant les comportements d'aide à l'intégration dans le travail, l'arrangement des plannings et d'aide à la réalisation du travail) et un soutien socio-

émotionnel à l'individu (écoute et communication sur les problèmes personnels). La démarche de purification de la mesure fait ressortir seulement deux composantes : un soutien socio-émotionnel d'estime et de reconnaissance professionnelle et un soutien socio-émotionnel à l'individu. Deuxièmement concernant le soutien de l'équipe, les entretiens ont mis en évidence deux dimensions du soutien : un soutien socio-émotionnel à l'individu (de réceptivité, de manifestation d'affects positifs et de réciprocité) et un soutien professionnel (regroupant le soutien instrumental, d'écoute et de communication sur les problèmes professionnels). La purification de la mesure fait ressortir deux composantes : un soutien actif et émotionnel à l'individu (regroupant les comportements affectifs d'encouragements, de réconfort, de protection et de communication sur les problèmes personnels) et un soutien réceptif d'écoute et de manifestation d'estime.

La combinaison des approches qualitatives et quantitatives souligne un décalage entre les comportements de soutien voulus, attendus et perçus (P4). En effet, les entretiens exploratoires intègrent les deux facettes du soutien social. Ils ont permis de mettre en évidence les comportements de soutien voulus par les cadres de santé. Ces comportements se réfèrent en premier lieu à un soutien professionnel ayant vocation à renforcer l'efficacité du service. Les entretiens caractérisent aussi les comportements de soutien voulus, attendus et perçus par les agents. Ces comportements mettent avant une attente de soutien principalement socio-émotionnelle (P3). Le questionnaire administré est focalisé sur la perception des comportements de soutien par les IDE, les AS et les ASH. Il permet d'obtenir une vision très schématique du soutien social basé sur l'évaluation de la satisfaction des agents. Néanmoins, il ne permet pas d'évaluer la qualité de la relation perçue. Il est également à noter que la complexité d'interprétation de certains items peut être liée à leur mauvaise expression (ce problème contribue à une faible fiabilité) ou à leur inadéquation (ce problème contribue à une mauvaise validité de contenu).

La limite principale de l'outil est l'absence de prise en compte de la dimension processuelle de la relation et des mécanismes expliquant la nature de la relation. La complexité du soutien social oblige à prendre en compte la dimension fonctionnelle (comportements) ou perceptuelle. A cet égard, il serait intéressant de mesurer les comportements de soutien perçus par les fournisseurs de soutien en intégrant les aspects individuels (genre, âge, type de personnalité), l'environnement du travail (perception du soutien organisationnel, perception de la valorisation des émotions dans l'organisation, suffisance du personnel...) et les aspects contextuels (évaluation de la charge de travail...). En effet, les entretiens font ressortir un grand nombre de conditions personnelles, situationnelles, contextuelles et historique contraignant l'expression des comportements de soutien au travail et notamment la manifestation d'affects. Cette recherche suggère en définitive de réexaminer les pratiques émotionnelles et de manifestation d'estime dans l'organisation.

3.2 Implications managériales.

La prochaine étape de ce projet concerne la mise en évidence des effets modérateurs de la perception du soutien social sur le stress et ses conséquences sur la santé et les comportements au travail. Notre approche est basée sur l'analyse des ressources interpersonnelles. Si l'effet modérateur est démontré, il sera alors intéressant d'approfondir ces résultats dans la perspective des travaux d'Eisenberger et Rhoades (2002). Un prolongement de la recherche pourrait effectivement concerner l'étude du lien entre le soutien socio-émotionnel et d'estime et le soutien organisationnel.

Dans une autre perspective, les résultats des recherches américaines sur les Magnet Hospitals (Aiken et al. 2000 ; Buerhaus et al., 2000) constituent des perspectives d'enrichissement intéressantes. Ces recherches ont mis en évidence un ensemble de facteurs d'attractivité et de rétention du personnel soignant. Les Magnet Hospitals sont des structures qui favorisent l'autonomie, le contrôle, le développement de relations positives entre les membres des équipes, la participation aux décisions d'établissement, le management participatif et un environnement de travail valorisant la contribution du personnel. Aiken et al. (2000) montrent que l'autonomie et la prise d'initiative sont deux facteurs explicatifs discriminants de la rétention des soignants. Le développement d'un environnement de travail soucieux de la qualité de vie présente un intérêt à quatre niveaux (Aiken et al., 2000, 2001). Premièrement, il diminuerait les risques liés aux erreurs médicales. Deuxièmement, les coûts liés au turnover des soignants seraient moins importants. Troisièmement, la satisfaction des patients serait plus élevée. Quatrièmement, les niveaux d'épuisement professionnel seraient moins importants et la satisfaction au travail plus élevée.

L'enquête Presst-Next (Estyn-Behar, 2004) témoigne en France d'un manque de soutien psychologique perçu par les soignants face à la charge émotionnelle, au stress, aux contraintes professionnelles et à l'agressivité des patients. (62% des soignants). Les résultats de cette enquête montrent le besoin de communiquer avec l'équipe et les collègues, perçus comme étant la plus importante source de soutien. Nos résultats mettent en évidence l'importance de la manifestation d'affects positifs et de reconnaissance des individus dans l'organisation. Deux enjeux forts des pratiques organisationnelles nous semblent importants: aider les salariés à développer leurs capacités relationnelles et communicationnelles et les accompagner dans le développement de leurs compétences émotionnelles. Accompagner ce développement par la valorisation de ces compétences en élargissant les frontières de prise de décision concernant l'organisation des équipes de soin mérite d'être réfléchi.

Le soutien social perçu est assimilé à mécanisme de coping⁴ et réduit les effets négatifs du stress (Johnson et Hall, 1988).. Pour Lazarus et Folkman (1984), le coping a pour fonction de permettre à l'individu de modifier un problème qui est à l'origine du stress et permettre à l'individu de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème. Le soutien social est étudié comme une stratégie du coping. Il semble difficile d'admettre que les émotions et leurs expressions soient vouées à exister hors travail si l'on admet que la dégradation du bien-être au travail a des effets négatifs sur les comportements organisationnels (implication, épuisement, présentéisme...).

⁴ 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.

Conclusion

La richesse du concept de soutien social est mise en évidence par les différentes approches en recherche (management, épidémiologie, psychologie sociale...). Notre approche est basée sur l'étude de la nature des ressources interpersonnelles. Nous avons proposé deux modèles spécifiant la nature du soutien au travail : le soutien du manager de proximité et le soutien de l'équipe. Les résultats de notre recherche mettent l'accent sur les dimensions émotionnelle, affective et de reconnaissance de l'individu dans l'organisation. Nous avons développé une double échelle de mesure de la perception du soutien au travail qui présente de bonnes qualités psychométriques.

La multidimensionnalité du soutien social est abordée par l'étude de trois facettes (comportements voulus, attendus et perçus). Les résultats révèlent un décalage entre les comportements effectifs de managers de proximités et les attentes reconnues par les individus de notre échantillon. Les attentes de soutien et la perception du soutien sont émotionnelles alors que les comportements effectifs ont vocation à renforcer l'efficacité organisationnelle. Ce décalage peut trouver une explication dans la mise en évidence de contraintes situationnelles, contextuelles et individuelles qui peuvent contraindre ou favoriser l'expression de certains comportements de soutien. Il soulève une interrogation sur la marginalisation des émotions dans l'organisation.

Cette recherche présente deux limites principales. Premièrement, la recherche est limitée à un secteur d'activité et des métiers particuliers. A cet égard, l'enrichissement du modèle par des entretiens sur d'autres secteurs constitue un projet de développement intéressant. L'impossibilité de généraliser les résultats pose la question de la contingence entre terrain (contexte), la situation (modèle de recherche « sous-jacent »), et la population étudiée et ses besoins identifiés. Deuxièmement, la recherche est transversale et ne permet pas d'appréhender la dimension processuelle du soutien. Toutefois, la combinaison des approches qualitatives et quantitative ouvre sur des avenues de recherches intéressantes. Si nous montrons l'effet modérateur du soutien social sur la relation entre le stress et ses conséquences organisationnelles, nous développerons un axe en nous centrant sur le lien entre le soutien social sous l'angle des relations interpersonnelles et le soutien organisationnel.

Bibliographie

- AIKEN, L.H.; CLARKE, S.P. ET SLOANE, D.M. (2000), « The magnet nursing services recognition program: A comparison of two groups of magnet hospitals », *American Journal of Nursing*, vol. 100, p. 26-36.
- AIKEN, L., CLARKE, S., SLOANE, D., SOCHALSKI, J., BUSSE, R., GIOVANNETTI, P., HUNT, J., RAFFERTY, A., & SHAMIAN, J. (2001), "Nurses' reports on hospital care in five countries: The ways in which nurses' work is structured have left nurses among the least satisfied workers, and the problem is getting worse", *Health Affairs*, vol. 20, p. 43-53.
- 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
- BEAUREGARD L., DUMONT S., (1996), " La mesure du soutien social ". *Service social*, vol. 45, p. 55-76.
- BLAU, P. M. (1964). *Exchange and Power in Social Life*. New York: John Wiley & Sons
- 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 Medicine*, vol. 1, p 193-205
- CAPLAN, G., (1974) The Family as Support System. *Support System and Mutual Help: Multidisciplinary Explorations*, Caplan, G. et Killilea, M. (Eds). New York: Grune and Stratton
- COHEN S., WILLS T.H. (1985), Stress, social support and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin*, vol. 98, p. 310-357
- COLE M. S., SCHANINGER JR., WILLIAM S.; HARRIS, S. G, (2002), "The Workplace Social Exchange Network: A Multilevel Conceptual Examination", *Group & Organization Management*, , vol. 27, p. 142-167
- CUTRONA, C. E., RUSSELL, D. W., (1987), "The provisions of social support and adaptation to stress", *Advance in Personal Relationships*, vol. 1, 37-67.
- DEELSTRA J.T., PEETERS M.C.W., SCHAUFELI W.B., STROEBE W., ZIJLSTRA F.R.H, VAN DOORNEN L.P., (2003), "Receiving instrumental support at work: when help is not welcome", *Journal of Applied Psychology*, vol.88, p. 324-331.
- 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
- EINSENBERGER R., HUNTINGTON R., HUTCHINSON S., SOWA D. (1986), "Perceived organizational support", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 75, No. 1, p 51-59
- ESTRYN-BEHAR M., (2004), « Santé, satisfaction et abandon du métier de soignant », *Etude PRESST-NEXT*

- GENTRY, W. D., KOBASA, S. C. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. In Gentry, W. D. (ed.), *Handbook of Behavioral Medicine*, Guilford Press, New York.
- GREENGLASS, E.R., BURKE, R.J., (2002), "Hospital restructuring and burnout", *Journal of Health and Human Services Administration*, vol. 25, p.89-114
- 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
- HEITZMANN C.A., KAPLAN R.M. (1988), "Assessment of Methods for Measuring Social Support", *Health Psychology*, vol. 7, n° 1, p. 75-109.
- HILL E.S., BAHNIUK M.H., DOBOS J., ROUNER D., (1989), "Mentoring and other communication support in the academic setting", *Group and Organization Studies*, vol. 14, p. 355-368.
- HOCHSCHILD A.R. (1993), *The managed heart, commercialization of human feeling*, University of California Press.
- HOUSE J.S. (1981), *Work, Stress and Social Support*, Addison-Wesley, Reading, MA.
- KARASEK R., THEORELL T., (1990), *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books
- KARASEK R. A TRIANTIS K. P., CHAUDHRY S. S, (1982), "Coworker and Supervisor Support as Moderators of Associations between Task Characteristics and Mental Strain", *Journal of Occupational Behaviour*, vol. 3, n° 2, p. 181-200.
- MACREZ P., BONNET M., (2004) « Comprendre l'épuisement professionnel des soignants » *Revue de l'Infirmière*, n°100, p. 19-22
- MOORE K.A., MELLOR D.K., (2003), "The role of management consultation support, and coping on nurses' health during the stress of restructuring", *International Journal of Public Administration*, p.1621-1636
- 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
- PINNEAU, S.R. (1976), «Effects of social support on psychological and physiological strain», *Dissertation Abstracts International*, University of Michigan.
- PROCIDANO, M. E., & HELLER, K. (1983). "Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies". *American Journal of Community Psychology*, vol. 11, p. 1-24
- RAFAELI A., SUTTON R.I (1990), "Busy stores and demanding customers : How do they affect the display of positive emotion?", *Academy of Management Journal*, vol. 33, n°1, p 623-637
- RHOADES L., EISENBERGER R. (2002). "Perceived organizational support: A review of the Literature", *Journal of Applied Psychology*, 87, 698-714.
- SAINSAULIEU Y. (2003), *Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital*, Broché
- SEERS A., PETTY M.M., CASHMAN J.F., (1995) "Team-member exchange under Team and traditional management, a naturally occurring quasi-experiment", *Group and Organization Management*, vol. 20, p. 18-38.
- SELF, D. R., HOLT D. T.; SCHANINGER, W. S., (2005), "Work-group and organizational support: a test of distinct dimensions », *Journal of Occupational and Organizational Psychology*,

- SETTOON R P., BENNETT, N, LIDEN, R C., (1996), “Social Exchange in Organizations: Perceived Organizational Support, Leader -Member Exchange, and Employee Reciprocity”, *Journal of Applied Psychology*, vol. 81 Issue 3, p219-227
- 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
- THOITS P.A. (1995), « Stress, Coping, and Social Support Processes: Where are We? What Next? », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36, numéro spécial, pp. 53-79.
- VAN YPEREN N. W. & HAGEDOORN M., (2003), «Do High Job Demands Increase intrinsic motivation or Fatigue or both? The Role of Job Control and Job Social Support», *Academy of Management Journal*, , vol. 46, n° 3, p. 339-348.
- 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
- WINEMILLER D.R., MITCHELL M.E., SUTLIFF J., CLINE D.J. (1993), “Measurement Strategies in Social Support: A Descriptive Review of the Literature”, *Journal of Clinical Psychology*, vol. 49, n° 5, p. 638-648
- WINNUBST, J. A. M., BUUNK, B. P., & MARCELISSSEN, F. H. G. (1988). Social support and stress: Perspectives and processes. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 511–528). Chichester, England: Wiley.

Annexe : proposition d’une double évaluation (manager de proximité, collègues) de la perception du soutien social du point de vue des salariés.

1. Cette ou ces personnes est/sont à l’écoute de mes problèmes professionnels.
2. Cette ou ces personnes est/sont à l’écoute de mes problèmes personnels.
3. Cette ou ces personnes fait/font preuve d’empathie à mon égard.
4. Cette ou ces personnes me manifeste(nt) de l’estime.
5. Je me sens reconnu professionnellement et personnellement par cette/ces personne(s).
6. Cette ou ces personnes me protège(nt) en cas de coup dur.
7. Cette ou ces personnes m’encourage(nt) dans les moments difficiles.
8. Cette ou ces personnes me rassure(nt) sur mes compétences professionnelles.
9. Cette ou ces personnes et moi-même sommes en relation de confiance réciproque.
10. Cette ou ces personnes et moi-même sommes dans une relation de respect mutuel.
11. Cette ou ces personnes m’aide(nt) à relativiser quand ça ne va pas.
12. Cette ou ces personnes m’aide(nt) à me sentir intégré(e) dans mon équipe de travail.
13. Cette ou ces personnes m’aident à arranger mon planning en cas de soucis.
14. Cette ou ces personnes et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes personnels.
15. Cette ou ces personnes et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes professionnels.
16. Cette ou ces personnes me conseille(nt), m’inform(ent), quelque soit le problème auquel j’ai à faire face.
17. Cette ou ces personnes m’aide(nt) à rendre mon travail plus facile.