

« NOUVEAUX COMPORTEMENTS, NOUVELLE GRH ? »
XXI^{ème} CONGRES AGRH - DU 17 AU 19 NOVEMBRE 2010
RENNES / SAINT-MALO



A l'hôpital, le soutien social c'est vital !

Ruiller Caroline

MCF, CREM, CNRS UMR 6211

Université de Rennes 1

IGR-IAE de Rennes,

11 rue Jean Macé, 35000 Rennes

Tel : 02-23-23-79-09

caroline.ruiller@univ-rennes1.fr

Résumé : La réforme hospitalière transforme les schémas organisationnels et les rapports entre ses acteurs de telle sorte que l'identité de ses derniers est fortement modifiée. Cette configuration entraîne des conflits de rôle, influençant fortement la qualité des relations entre les soignants, leurs cadres de santé et ayant une influence sur le degré de fatigue ressenti dans les services. Dès lors, la solidarité constitue un élément crucial pour préserver l'équilibre fragile des services de soins. L'objet de cette recherche est de comparer l'influence du soutien social, des tensions de rôle, du conflit travail / famille sur le burnout des soignants. Il permet aussi un petit d'exercice de réflexivité par rapport à la méthode mobilisée dans le protocole.

Mots clefs : soutien social, *burnout*, conflit vie professionnelle / vie familiale, tensions de rôle, régression PLS

« NOUVEAUX COMPORTEMENTS, NOUVELLE GRH ? »
XXI^{ème} CONGRES AGRH - DU 17 AU 19 NOVEMBRE 2010
RENNES / SAINT-MALO



A l'hôpital, le soutien social c'est vital !

Résumé : La réforme hospitalière transforme les schémas organisationnels et les rapports entre ses acteurs de telle sorte que l'identité de ses derniers est fortement modifiée. Cette configuration entraîne des conflits de rôle, influençant fortement la qualité des relations entre les soignants, leurs cadres de santé et ayant une influence sur le degré de fatigue ressenti dans les services. Dès lors, la sollicitude constitue un élément crucial pour préserver l'équilibre fragile des services de soins. L'objet de cette recherche est de comparer l'influence du soutien social, des tensions de rôle, du conflit travail / famille sur le burnout des soignants. Il permet aussi un petit d'exercice de réflexivité par rapport à la méthode mobilisée dans le protocole.

Mots clefs : soutien social, *burnout*, conflit vie professionnelle / vie familiale, tensions de rôle, régression PLS

INTRODUCTION :

Les risques psychosociaux (RPS) sont au cœur du débat public depuis un an. Toutefois, force est de constater que « tout le monde en parle » mais des difficultés sont constatées pour conceptualiser, mesurer ou encore proposer des solutions ou des méthodes de management appropriées, en témoigne le rapport de Légéron et de Nasse (2008). Cet article, basé sur une recherche quantitative, propose une modélisation testant l'influence du stress et du soutien social à l'hôpital sur l'épuisement perçu par les soignants.

Il s'articule autour de trois blocs : (1) nous présentons les risques considérés dans la recherche en mettant en évidence l'importance du soutien à l'hôpital, terrain marqué par de nombreuses réorganisations, où les personnes sont soumises à de hauts niveaux d'épuisement professionnel. (2) Le développement des échelles existantes et la création d'une métrique du soutien social perçu sont explicités. (3) Le modèle de la recherche est testé pour être ensuite discuté.

L'approche est une « dynamique » des tensions au travail que nous examinons par les conséquences personnelles et organisationnelles au travers des comportements d'aides et d'accompagnement du management de proximité et des collègues de travail. Elle aboutit à des résultats complexes, signalant le poids du soutien socio-émotionnel (un nouveau comportement à prendre en compte ?), sur les relations interpersonnelles en milieu hospitalier. Résultats distinctifs de l'approche de Karasek et al. (1982) classiquement retenue par les chercheurs en GRH qui placent l'instrumentalité et le caractère informatif du soutien au premier plan.

I : CADRE CONCEPTUEL

Les trois types de risques psychosociaux (les demandes du travail, les tensions de rôle et les interférences entre la vie professionnelle et la vie familiale) et la définition que nous avons retenue pour étudier l'épuisement professionnel sont présentés dans la section 1.

I.1 : Les tensions et l'épuisement au travail : une relation connue

Cox et Griffiths (1995) définissent les risques psychosociaux comme « *les aspects de la conception, de l'organisation et du management du travail ainsi que leurs contextes sociaux* »

et environnementaux qui ont le potentiel de causer un dommage psychologique, social ou physique ». Proposant une classification des caractéristiques stressantes du travail, ils mettent en évidence leur diversité, à la fois liée aux caractéristiques, au contexte du travail (culture organisationnelle, rôle dans l'organisation, latitude de décision, interférence vie professionnelle / vie familiale etc.) et au contenu du travail (environnement de travail, charge de travail etc.). Classiquement, un lien négatif entre le stress au travail et l'épuisement ressort dans la littérature académique et dans cette recherche, trois types de risques sont considérés : (1) les caractéristiques de la tâche par l'évaluation des charges psychologiques du travail, (2) les tensions de rôles perçues et (3) les conflits entre le travail et le hors travail.

Pour étudier la charge psychologique, les exigences psychologiques du travail telles que définies par Karasek (1979) sont mobilisées. Elles englobent la manière dont l'individu perçoit la quantité de travail qu'il effectue, son intensité et le morcellement de ses activités par les imprévus. Une demande psychologique évaluée comme intense par l'individu renvoie aux difficultés de devoir travailler vite, faire face à des tâches difficiles et/ou morcelées. En un sens, une forte demande psychologique sous-tend un questionnement sur le rôle de la personne dans l'organisation. Pour cette raison, les dysfonctionnements associés à la complexité des rôles organisationnels sont appréhendés.

Pour Katz et Khan (1978), « *l'exercice d'un rôle dans une organisation est plus simple quand il consiste en une seule activité, se joue dans un seul sous-système de l'organisation et relie au même ensemble de rôle tous les membres de ce système* ». D'un côté, le conflit de rôle naîtrait d'une contradiction entre des comportements et des buts contradictoires et concernerait l'inadéquation perçue entre les valeurs de l'individu et les exigences de son travail ou une incompatibilité des tâches¹ rendant impossible leur réalisation. Autrement dit, le conflit de rôle existe lorsqu'un individu estime qu'il doit réaliser des tâches avec lesquelles il ne se sent pas en accord ou pour lesquelles il ne sent pas compétent, ou encore s'il perçoit des demandes conflictuelles de travail. D'un autre côté, l'ambiguïté de rôle apparaît lorsque l'individu perçoit des informations inadaptées à l'exercice de son rôle au travail ou évalue un manque de clarté sur ses objectifs à atteindre, sur les processus et les méthodes de travail, sur ses responsabilités ou encore sur ses priorités alors il perçoit des tensions liées à l'incertitude de ses actions au travail.

¹ La tâche est définie par « l'ensemble des buts, des consignes, des procédures, des moyens définis par les prescripteurs (ceux qui conçoivent la situation de travail). C'est l'aspect formel et officiel du travail, ce que l'on « doit faire ». GUILLEVIC C., (1991). *Psychologie du travail*. Paris. Nathan.

Sur un autre plan, les conflits entre la sphère professionnelle et la sphère familiale relèvent d'une incapacité à gérer de multiples rôles du fait de ressources limitées. Le terme de « conflit » s'explique par la popularité de la théorie du débordement du travail sur la famille (Kossek et Oseki, 1998), signalant l'incompatibilité entre les exigences du travail et de la famille (Duxbury et Higgins, 1992) et influençant la qualité de vie de famille et de vie sur le lieu de travail (Greenhaus et Beutell, 1985 ; Netmeyer et al. 1996).

Ces tensions peuvent mener à l'épuisement, souvent appréhendé sous le prisme de l'expérience vécue et de l'appréciation subjective d'un assèchement émotionnel, d'un cynisme relationnel et d'un sentiment de manque d'accomplissement personnel. Des différences sémantiques existent et à cet égard, Canouï et Mauranges (2004) distinguent le syndrome d'épuisement professionnel (SEP) de l'usure professionnelle, suggérant qu'en France, la notion de syndrome englobe l'idée d'une évolution progressive alors que « *to burn out* » signifie « *s'échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de force, de ressources* ». Maslach et Jackson (1981) proposent une conceptualisation tridimensionnelle « *chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* » : (1) l'épuisement émotionnel, le cœur du *burnout*, est caractérisé par un sentiment d'épuisement des ressources émotionnelles. Il peut être ressenti psychologiquement et physiquement, « se sentir vidé », démotivé, au seuil de saturation émotionnel. Il peut aussi se traduire par des refus de l'individu d'agir, d'exprimer ses affects et déboucher sur des crises de colère ou au contraire se manifester par un hypercontrôle. Difficile de mesurer si la personne est dans un contrôle qui lui fait percevoir qu'avouer l'épuisement est reconnaître une faiblesse. (2) La dépersonnalisation est la dimension interpersonnelle du *burnout*, noyau dur du syndrome dans la mesure où elle renvoie à un détachement, à des attitudes négatives voir cyniques envers autrui. Cette distanciation peut conduire l'individu à user d'humour grinçant, voir dans les cas extrêmes de maltraitance. Cette attitude peut être la résultante d'un manque de motivation et du sentiment de sentir « vidé d'énergie ». (3) Le manque d'accomplissement personnel est la dimension auto-évaluative du *burnout* et renvoie à la dévalorisation par l'individu de ses aptitudes et de son travail, un sentiment de diminution de l'auto-efficacité et d'estime de soi.

Au regard des populations étudiées, les tensions de rôle et les exigences « fortes » engendreraient l'épuisement professionnel chez les personnes qui travaillent avec et pour les autres, comme les professionnels de l'aide et de la santé (Schwab et Iwanicki, 1982 ; Leiter et

Maslach, 1988 ; De Jonge et al., 1996 ; Rafferty et al., 2001 ; Lourel et al., 2004). La dimension de l'épuisement la plus influencée par les demandes psychologiques au travail est émotionnelle (Rijk et al., 1998, Lourel et al., 2004) . Notons que pour Boles et al. (1997), seul le conflit de rôle aurait un effet significatif sur l'épuisement émotionnel.

A notre connaissance, l'influence du conflit « famille ⇔ travail » sur l'épuisement perçu n'est pas étudiée alors que l'influence du conflit « travail ⇔ famille » influencerait positivement l'épuisement émotionnel perçu (Lingard et Francis, 2006).

Ces résultats nous ont conduit à envisager le soutien social comme solution possible pour réduire les tensions et leur influence sur la santé des soignants.

I.2 : L'épuisement professionnel à l'hôpital : un terrain où le soutien importe

Le concept de soutien social développé par Cobb (1976), examine la perception qu'a la personne de la mesure dont elle est aimée, a de la valeur et appartient à un réseau de communication. Il peut être considéré comme un antécédent² du *burnout*, ayant une fonction protectrice sur les effets du stress (Pines, 1983 ; Pines et Arason, 1988). Dans cette perspective, l'écoute, le soutien instrumental, le soutien émotionnel et le partage de valeurs communes³ permettraient la création d'un environnement favorable la communication et protégeant les personne du *burnout*.

A l'hôpital, la réforme HPST interroge sur l'accompagnement des acteurs en temps de bouleversements organisationnels. Le lien social et l'animation des espaces de discussion par le management de proximité sont mis à mal par l'introduction de nouveaux systèmes de prescriptions « multi-objectifs » fragilisant les régulations locales, éloignant les cadres de santé de l'activité des services et désolidarisant les collectifs de travail (Detchessahar et Grévin, 2008).

Le milieu hospitalier connaît de hauts niveaux d'épuisement professionnel (Macrez et Bonnet, 2004). D'ailleurs, Canaoui (2004) indique que « *le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) ou burn out syndrome sont des termes inventés par des soignants pour des soignants afin de désigner " une expérience psychique douloureusement vécue par des*

² Statistiquement, l'hypothèse de l'effet direct pose comme postulat de départ l'indépendance des effets des tensions et des effets du soutien social

³ Ces auteurs préconisent un affinement de la mesure du fait d'une absence de discrimination entre les différentes dimensions permettant de préciser l'influence de ces dernières sur l'épuisement ressenti.

personnes engagées dans un travail ayant pour but d'aider les gens ". ». Lissandre et al. (2008) montrent que 25% des infirmières et 35% des aides-soignantes et des agents des services hospitaliers sont touchés par le syndrome du *burnout*. Le syndrome se manifeste différemment en fonction des catégories de personnel : accomplissement personnel pour les infirmières, déshumanisation de la relation d'aide les AS-ASH. L'épuisement émotionnel s'observerait sur une population plus âgée, plus ancienne dans le service et confrontée à l'urgence, entraînerait une atteinte de la qualité de la vie, et serait lié à une mauvaise organisation du travail et à un manque d'échanges dans le service.

« *Mieux vaut prévenir que guérir* » et à ce titre, l'encadrement de proximité joue un rôle important pour dépister d'une part, ce qui nécessite une capacité d'écoute envers l'équipe soignante et pour fédérer d'autre part, ce qui présuppose un investissement dans l'activité du service. Or, l'alimentation des nouvelles machines de gestion⁴ éloigne les managers de proximité de l'activité réelle (Berry, 1983) ... Il nous est donc apparu important de tenter de légitimer les relations de soutien social à l'hôpital au travers de résultats empiriques. Gore (1978) et Van der Doef et Maes (1998) ont montré l'influence positive du soutien du « superviseur » sur l'épuisement perçu. Toutefois, les résultats sur l'effet du soutien social perçu divergent et à ce titre, un raffinement des mesures et des modèles de recherche est encouragé par les chercheurs (Hupcey, 1998).

II : LES OUTILS DE MESURE ET LEURS ANALYSES

La triangulation des méthodes est mobilisée pour accroître les validités interne et externe. A ce titre, la recherche⁵ est à la fois qualitative⁶ et quantitative, basée sur l'étude d'un cas unique⁷. Cet article retrace la phase de développement des échelles (section 1) de mesure, de

⁴ A l'hôpital, cela se traduit notamment avec l'introduction des logiciels de gestion du temps.

⁵ A visée descriptive et une visée explicative.

⁶ Des entretiens exploratoire ont été conduits pour décrire la nature des comportements de soutien social que les cadres de santé estiment mobiliser et que les soignants (IDE, AS, ASH) attendent. L'objectif était à la fois compréhensif et à visée métrologique.

⁷ 965,70 équivalents temps plein. Le choix a été fait par rapport à la représentativité des services (5 pôles) pour deux raisons. D'une part, concernant les cadres, leur cœur de métier varie d'un service à l'autre (un cadre peut privilégier les projets institutionnels à l'activité quotidienne de l'équipe soignante). Or, le temps de présence dans le service de soin influence la qualité et la quantité des liens et des relations avec les IDE et les AS⁷. D'autre part, concernant les équipes de soin, le contenu de la tâche du personnel IDE et AS diffère en fonction du service. Aussi, les attentes en terme de soutien peuvent varier en fonction de l'organisation de l'équipe, du contenu du travail etc.

présentation des hypothèses et du modèle de recherche (section 2) et de validation empirique de ce dernier (partie III).

II.1. Présentation et développement des métriques⁸

Concernant la variable à expliquer, à savoir l'épuisement professionnel, le « *Maslach burn out inventory* » (MBI, Maslach et Jackson 1981) a retenu notre attention car c'est l'outil le plus utilisé internationalement et la cohérence interne des trois sous échelles est éprouvée (Maslach et Jackson, 1996). Il est composé de vingt-deux items et s'articule autour des trois dimensions : neuf items pour l'épuisement émotionnel, cinq items pour la dépersonnalisation, huit items pour l'accomplissement personnel.

Concernant les variables explicatives, (1) les exigences du travail sont mesurées par une sous échelle (5 items) du questionnaire exigences-contrôle de Niedhammer et al. (1998). Simple d'utilisation, elle cerne bien les aspects de la charge de travail régulièrement mentionnés lors des entretiens exploratoires et a fait l'objet de nombreuses validations empiriques, notamment sur plusieurs échantillons de professionnels de l'aide (De Jonge et al., 1996 ; De Rijk et al., 1998). Pour mesurer (2) les tensions de rôle, la métrique de Rizzo, House et Lirtzman (1970) a été retenue. La méta-analyse de Jackson et Schuler (1985) montre que 85% des chercheurs anglo-saxons l'utilisent même si un débat existe entre les chercheurs concernant son opérationnalisation⁹. Huit items mesurent le conflit de rôle et six font référence à l'ambiguïté de rôle. Les items concernant l'ambiguïté de rôle sont formulés positivement tandis que les items de mesure du conflit de rôle sont formulés négativement. Pour (3) les conflits entre le travail et la famille, l'échelle développée par Netmeyer, McMurrian et Boles (1996) est choisie. La cohérence interne de l'échelle est satisfaisante, dix items sont identifiés et relatifs aux deux types de conflits (cinq pour chaque dimension). Cette échelle a été reprise par Belghiti-Mahut (2003) qui a obtenu des scores semblables à ceux de Netmeyer et al., indiquant une bonne fiabilité de l'échelle à dix items. Concernant le soutien social, en 1985, Cohen et Syme évoquaient la difficulté à étudier la littérature «*sachant qu'il existe presque autant de mesures du soutien social que d'études*». Hupcey (1998) souligne une

⁸ Les items des différents outils de mesure ne sont pas détaillés par simplicité. Toutefois, les items retenus à l'issue des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires sont précisés dans la partie résultats.

⁹ Les critiques portent sur la formulation des items.

complexification des définitions sur le soutien social depuis le début des années 1980¹⁰ et met en évidence l'importance pour les chercheurs, d'adopter une mesure en adéquation avec la définition retenue par ces derniers. Dans cette perspective, une échelle de mesure a été développée suite à la définition retenue sur la base de notre recherche exploratoire¹¹.

Deux collectes de données se sont succédées dans le temps. Pour la première collecte, l'échantillon est composé de 99 personnes (200 questionnaires envoyés dont 80 en version papier et 120 en version électronique : 49,5 % des questionnaires sont exploitables et le taux de retour est très élevé¹² mais de nombreux questionnaires sont incomplets). Dans cet échantillon composite, 66% des répondants sont des femmes, 34% dont des IDE/AS/ASH, 17% sont des chargés de clientèle du secteur bancaire, 18% sont des ingénieurs du secteur informatique 19% sont des ouvriers du milieu industriel, 12% sont des employés de la grande distribution. Toutes ces personnes ont en commun de travailler sous la responsabilité d'un manager de proximité et entretiennent des relations quotidiennes avec ces derniers.

Pour la deuxième collecte de données, l'échantillon est composé de 171 individus (350 questionnaires envoyés : 48,8% exploitables et le taux de retour est de 52%). Dans cet échantillon de convenance (non représentatif de la population totale), 95 % des répondants sont des femmes. Plus d'un répondant sur deux (57%) a moins de 5 ans d'ancienneté dans l'hôpital, et plus d'un répondant sur deux (60%) a moins de 5 ans d'ancienneté dans son service.

II.2. Analyses factorielles exploratoires et confirmatoires

Pour chaque échelle, une analyse factorielle exploratoire a été conduite pour établir la validité de contenu et la fiabilité de l'échelle, à l'aide du logiciel SPSS 15.0. Premièrement, pour vérifier que les données « *forment un ensemble suffisamment cohérent pour qu'il soit raisonnable d'y rechercher des dimensions communes qui aient un sens et qui ne soient pas des artefacts statistiques* » (Evrard et al., 2000), deux indicateurs ont été utilisés : (1) le test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) et (2) Le test de sphéricité de Barlett. Deuxièmement, la vérification de la validité de chaque instrument par l'étude de sa structure, évaluée à trois

¹⁰ Etude de la quantité de relations entretenues entre l'individu et son environnement, degré d'intégration des personnes dans un réseau social, qualité perçue du soutien reçu, caractéristiques individuelles et/ou comportementales des individus « fournisseurs » et des individus « receveurs de soutien », caractéristiques de la relation d'échange social.

¹¹ L'échelle est présentée en annexe 1.

¹² 57% des questionnaires nous ont été retournés.

niveaux : (1) la qualité de la représentation pour chacun des items. Le degré de communauté des items avec la mesure globale est jugé suffisant s'il dépasse 0,40 ; (2) le poids des items sur les facteurs de l'échelle : la corrélation doit être supérieure ou égale à 0,5 ; (3) la répartition claire de items sur les facteurs : un item fortement corrélé à un facteur doit être faiblement corrélé aux autres facteurs. Troisièmement, le nombre d'axes (dimensions du modèle de mesure) retenu est fixé selon la méthode de Kaiser (valeur propre supérieure à 1) et pour faciliter l'interprétation des facteurs latents extraits par l'analyse factorielle, des rotations factorielles ont été effectuées. Quatrièmement, pour établir la cohérence interne de chaque échelle, les coefficients de l'alpha de Cronbach sont jugés suffisants lorsqu'ils sont supérieurs à 0,50, bons s'ils sont compris entre 0,60 et 0,70, et très bons lorsqu'ils s'approchent de 0,90 (Nunally, 1967).

Pour établir la validité de contenu et de construit des échelles, nous avons utilisé la méthode des équations structurelles à l'aide logiciel AMOS 7.0, permettant d'examiner la qualité d'ajustement du modèle aux données empiriques, en évaluant le modèle global et le modèle de mesure. Il existe trois niveaux d'évaluation de l'ensemble du modèle (variable(s) latente(s) et variable(s) manifeste(s)) : (1) l'ajustement absolu, c'est-à-dire la qualité d'ajustement global du modèle aux données, (2) l'ajustement incrémental compare les qualités de plusieurs modèles globaux, (3) l'ajustement parcimonieux détermine la qualité de concision du modèle. De nombreux indicateurs peuvent évaluer ces trois niveaux et Roussel et al. (2002) propose de retenir les indices présentés dans le tableau suivant :

Tableau 1: Indicateurs d'ajustement retenus et valeurs de références associées (Roussel et al., 2004)

Indicateurs d'ajustement absolus	
Chi2 (probabilité associée)	Plus petit possible, p associé < à 5%
GFI	> 0,90
RMSEA (valeur min-valeur max)	< 0,08 ou mieux < 0,05
Indicateurs d'ajustement incrémental	
NFI	> 0,90
TLI	> 0,90
CFI	> 0,90

Déterminer la qualité d'ajustement du modèle de mesure implique de s'intéresser à la fois à la fiabilité et la validité de construit. Concernant la fiabilité de construit, nous nous référerons à ce stade de l'analyse au coefficient ρ (plus adapté aux approches confirmatoires que l' α de Cronbach). Le coefficient ρ est bon s'il est supérieur à 0,7 ou 0,8 selon les auteurs (Fornell et Larcker, 1981). Concernant la validité de chaque instrument de mesure, nous nous intéressons à la validité convergente et à la validité discriminante :

(1) La validité convergente est l'approche la plus générale consiste sur la base d'une analyse confirmatoire, à déterminer la variance de variable latente (ou dimension) de l'échelle partagée avec ses variables manifestes : chaque variable latente partage au moins 50% avec ses variables manifestes (Fornell et Larcker, 1981). La validité est vérifiée par le ρ de validité convergente :

$$\rho_{vc}(A) = \frac{\sum_{i=1}^n \lambda_i}{\sum_{i=1}^n (\lambda_i) + \sum_{i=1}^n Var(\epsilon_i)}$$

(2) La validité discriminante : l'approche la plus utilisée est celle du chi-deux. Pour chaque couple de variables latentes, nous comparons le niveau de chi-deux du modèle contraint à celui du modèle libre. La corrélation entre les variables latentes est fixée à 1 pour indiquer une absence de discrimination. Si le modèle contraint révèle une qualité d'ajustement plus faible (chi-deux plus important) que celui du modèle libre la validité discriminante de la dimension considérée est soutenue. Pour être statistiquement significative, la différence entre les chi-deux doit être supérieure à 3,84 pour 1 degré de liberté. La corrélation entre les composantes permet également de déterminer si les facettes du construit se discriminent entre elles.

II.3. Résultats des analyses

Les résultats des analyses exploratoires sont satisfaisants. Pour les échelles existantes dans la revue de littérature, les structures sont toutes conformes aux recommandations des auteurs.

Pour la double échelle que nous avons développée, la structure de la perception du soutien social des cadres de santé est bi-factorielle, ce qui confirme la conceptualisation proposée sur la base des entretiens exploratoires (annexe 1, schéma 1). Par contre, la structure du soutien de l'équipe par les soignants est unidimensionnelle, contrairement à la conceptualisation

extraite des entretiens (annexe 1, schéma 2). En effet, malgré une rotation *oblimin*, une corrélation élevée entre les composantes nous a conduit à effectuer plusieurs rotations afin d'obtenir une structure factorielle claire et unidimensionnelle, intégrant à la fois des items mesurant le soutien professionnel et le soutien « tourné » vers la personne. Une synthèse de l'ensemble des résultats est présentée dans le tableau 2 tandis que les résultats confirmatoires sont présentés au tableau 3.

Tableau 2 : Synthèse des résultats des analyses factorielles exploratoires

Variables	KMO	Chi2	Structure / variance	α de Cronbach
BO	0,79	933,711 ddl = 91	Trifactorielle	0,88
			EE = 29,80 %	0,73
			AP = 17,10 %	0,76
			D = 13,80 %	
			Total = 60,60 %	
SSC	0,87	1098,53 ddl = 45	Bifactorielle	0,9
			Pro = 54,8 %	0,79
			Perso = 11,6%	
			Total = 68,44%	
SSE	0,9	937,37 ddl = 36	Unifactorielle Pro / perso = 61,3 %	0,91
EX	0,762	235,8 ddl = 6	Unifactorielle EX = 63,6%	0,79
CTF / CFT	0,747	583,05 ddl = 45	Bifactorielle	0,84
			CTF = 30,72 %	0,75
			CFT = 25,9 %	
			Total = 56,63 %	
Tensions	0,74	551,079 ddl = 55	Bifactorielle	0,79
			CR = 29,3 %	0,77
			AR = 22,37 %	
			Total = 51,63 %	

Tableau 3 : Synthèse des résultats relatifs au indices d'ajustement, de fiabilité et de validité des mesures du modèle de la recherche

VARIABLES A EXPLIQUER		GFI	RMSEA	NFI	TLI	CFI	Fiabilité (Rhô)	Validité (Rhô)	Validité discriminante
Burnout	Épuisement émotionnel	0,93	0,07	0,91	0,93	0,93	0,95	0,81	(EE-AP) 0,006
	Accomplissement personnel						0,8	0,8	(AP-D) 0,072
	Dépersonnalisation						0,69	0,54	(EP-D) 0,272
VARIABLES EXPLICATIVE		GFI	RMSEA	NFI	TLI	CFI	Fiabilité (Rhô)	Validité (Rhô)	Validité discriminante
Soutien social du cadre de santé	Soutien professionnel	0,91	0,12	0,92	0,91	0,94	0,98	0,92	(SP-SI) 0,6
	Soutien à l'individu						0,81	0,8	
Soutien social de l'équipe		0,95	0,08	0,95	0,96	0,97	0,98	0,92	
Conflit entre la vie professionnelle et la vie familiale	Conflit travail / Famille	0,95	0,07	0,91	0,94	0,96	0,95	0,84	(CTF-CFT) -0,016
	Conflit famille / travail						0,98	0,92	
Tensions de rôle	Conflit de rôle	0,96	0,06	0,92	0,95	0,97	0,95	0,79	(CR-AR) 0,061
	Ambiguïté de rôle						0,87	0,72	

Remarques :

1. Les analyses exploratoires et confirmatoires confirment la tridimensionnalité du *burnout* et la dimension « épuisement émotionnelle » est la plus importante dans l'explication du phénomène. 14 items ont été retenus pour obtenir des validités convergentes et discriminantes satisfaisantes.
2. Pour les variables explicatives, tous les indicateurs sont satisfaisants à l'exception de ceux caractérisant l'échelle de soutien des cadres de santé. La mesure présente de très bons niveaux de fiabilité et de validité convergente ainsi qu'une bonne qualité d'ajustement (GFI, NFI, TLI, CFI). Néanmoins, le RMSEA est au dessus du seuil d'acceptabilité (<0,08) et la validité discriminante insatisfaisante, exprimant une corrélation élevée entre les deux facteurs (>0,5).

Les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires des différentes échelles ont permis de tester et de vérifier leur dimensionnalité ainsi que l'ajustement des modèles de mesure aux données. Globalement la qualité des mesures est très satisfaisante.

La précision des modèles a porté à la fois sur les variables à expliquer et les variables explicatives. Concernant les variables à expliquer, pour mesurer l'épuisement professionnel, une structure tridimensionnelle (épuisement émotionnel, accomplissement personnel, dépersonnalisation) est conservée. Nous testons les (1) exigences du travail, (2) le conflit travail-famille, (3) le conflit famille-travail, (4) le conflit de rôle, (5) l'ambiguïté de rôle.

Les mesures relatives à la perception du soutien social font ressortir trois facteurs : (6) le « soutien professionnel » du cadre de santé, (7) le « soutien à l'individu » du cadre de santé, (8) le « soutien social » de l'équipe. La dimension du soutien perçu par rapport à l'équipe intègre des aspects professionnels du soutien (réassurance sur les compétences, estime, arrangements des plannings) et des aspects liés à l'individu (communications sur les problèmes personnels, protection, encouragements). Ces différents résultats permettent de valider que l'enquête conduite auprès du personnel soignant repose sur un outil de recueil de données de qualité¹³. Nous avons montré que la mesure de la perception du soutien social du cadre de santé est bidimensionnelle mais présente une corrélation élevée (>0,5) entre les deux facteurs retenus après l'épuration de la mesure. La corrélation entre les deux composantes du soutien du cadre de santé pose un problème majeur. Si Lewis-Beck (1991) considère qu'au delà du seuil de corrélation 0,8, la colinéarité est considérée comme problématique, nous pensons que le seuil de 0,6 est très élevé. En effet, cela signifie que la condition d'indépendance entre les variables n'est pas respectée.

La méthodologie utilisée est donc la régression PLS. Cette dernière s'inscrit dans le registre des méthodes d'analyse dont l'objectif est de confirmer empiriquement des relations de cause à effet entre une variable dépendantes et plusieurs variables indépendantes. Ces relations ont été validées sur le plan de l'existence et du sens aux niveaux théoriques et empiriques (lien entre la perception du soutien organisationnel et l'implication organisationnelle ; lien entre la perception du soutien social et l'épuisement professionnel).

¹³ La mesure du SST par rapport au cadre n'est toutefois pas satisfaisante au regard des critères statistiques.

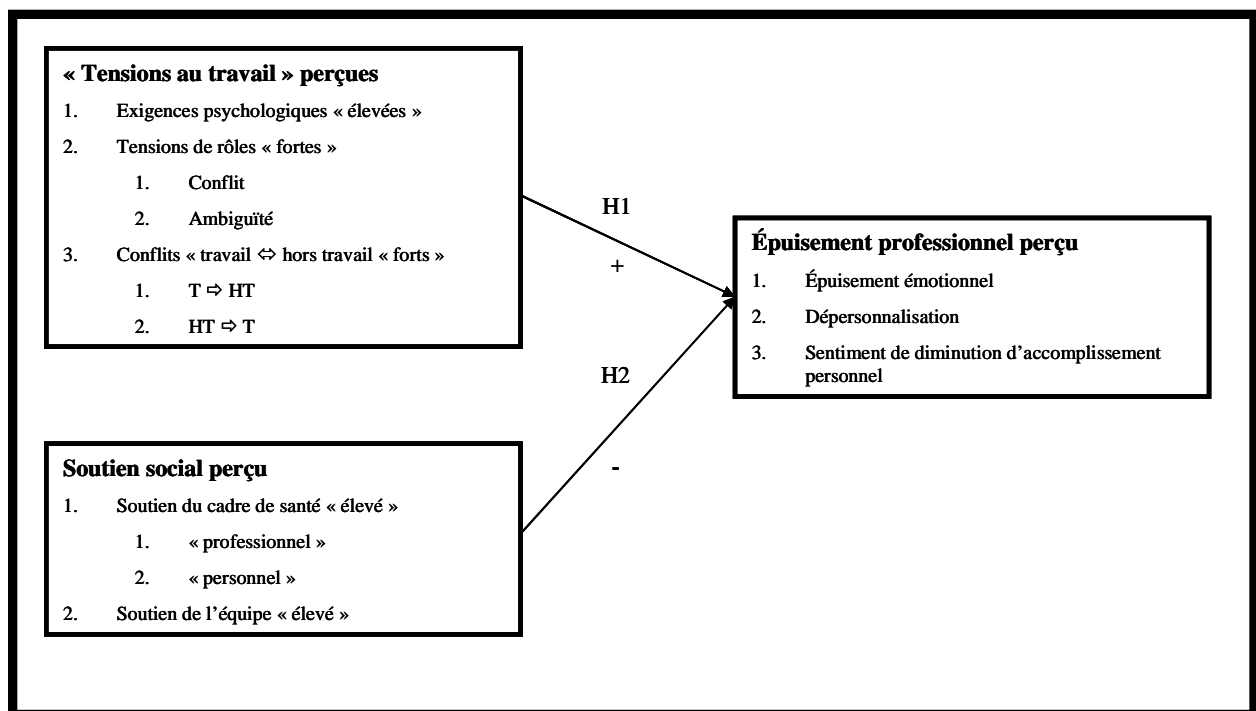
III : MODELE, HYPOTHESES, ET RESULTATS

Cette partie de l'article présente la structuration du modèle de la recherche (section 1) et les résultats quantitatifs (section 2) que nous discutons par la suite en partie 4.

III.1 : Le modèle de la recherche et les hypothèses

La revue de littérature nous conduit à proposer un modèle à trois blocs dans lequel les effets directs des tensions au travail et du soutien social sont testés sur l'épuisement professionnel, comme le figure le schéma suivant :

Schéma 1 : le modèle de la recherche



Pour tester l'influence de niveaux de perception « élevés », toutes les variables explicatives sont codées en variables factices binaires ("dummy variables"). Chaque variable prend soit 0 ou 1 comme valeur pour distinguer deux groupes pour chaque variable. En d'autres termes, la « dummy » permet pour chaque variable, d'étudier deux niveaux de perception en tenant compte de l'influence d'une perception forte par rapport à une perception faible sur le comportement à expliquer du modèle (épuisement). Pour chaque variable « exigences du travail », « tensions de rôle », « conflits travail / famille » et « SST perçu », la variable Z_i vaut 1 si la variable est au niveau i , 0 sinon. Nous avons fixé ce seuil à 3,5 en considérant qu'au dessus de ce seuil, la perception de l'individu est élevée.

Deux corps hypothèses sont testés : d'un côté l'influence directe des tensions au travail intégrant les exigences, les tensions de rôle et les conflits entre la vie professionnelle et la vie familiale et d'un autre côté, celui du soutien social perçu de la part du cadre de santé et de l'équipe :

Figure 2 : les hypothèses testées

H1. DE FORTES TENSIONS PERÇUES AU TRAVAIL INFLUENCENT POSITIVEMENT LE *BURNOUT* (EPUISEMENT EMOTIONNEL, DEPERSONNALISATION ET MANQUE D'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL) :

H1.1. La relation entre des exigences psychologiques élevées au travail et l'épuisement professionnel est positive.

H1.2.a. De forts conflits de rôle ont une influence positive l'épuisement professionnel.

H1.2.b. Il existe une relation positive entre une forte ambiguïté de rôle et l'épuisement professionnel.

H1.3.a. Un fort conflit travail \Rightarrow famille a une influence positive sur l'épuisement professionnel.

H1.3.b. Un fort conflit famille \Rightarrow travail a une influence positive sur l'épuisement professionnel.

H2. UN SST ELEVEE INFLUENCE NEGATIVEMENT LE *BURNOUT* (EPUISEMENT EMOTIONNEL, DEPERSONNALISATION ET MANQUE D'ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL) :

H2.1.a. Une perception élevée du soutien professionnel de la part du cadre de santé influence négativement l'épuisement professionnel.

H2.1.b. Une perception élevée du soutien personnel de la part du cadre de santé influence négativement l'épuisement professionnel.

H2.2. Une perception élevée du soutien de l'équipe de travail influence négativement l'épuisement professionnel.

III.2 : Pouvoir explicatif, importance des variables explicatives et qualité du modèle

Tenant compte des différentes étapes de la procédure de régression PLS décrites en annexes, trois modèles du *burnout* sont testés en fonction des huit variables exogènes¹⁴.

Premièrement, les résultats présentés dans le tableau 4 figurent que le modèle de

¹⁴ Au préalable, toutes les variables sont centrées et réduites.

dépersonnalisation est rejeté car la statistique F de Fisher est supérieure au seuil de rejet de 5%. Sur la base de ce critère, les modèles de l'épuisement émotionnel (EE) et de l'accomplissement personnel (AP) sont retenus. Toutefois, les résultats signalent une meilleure significativité de l'EE au sens où une seule composante explique 28,70% de la variance et retient 17% de l'information sur les variables explicatives du modèle.

Tableau 4 : Qualité de la régression PLS obtenue pour chaque modèle de l'épuisement professionnel

	Epuisement émotionnel	Accomplissement personnel	Dépersonnalisation
Pouvoir explicatif du modèle ($R^2 Y$)	28,70%	9,50%	5,06%
Pouvoir explicatif des variables X ($R^2 X$)	17%	77,57%	77,46%
Nombre de composantes principales	1	7	7
Significativité du modèle (F de Fisher)	8,490 (0,0000)	2,218 (0,0282)	1,126 (0,3480)

Deuxièmement, le nombre de composantes PLS à retenir est déterminé par le critère Q^2h des composantes h. Lorsque ce critère, associé à une composante, est supérieur à un certain seuil, il est considéré que cette dernière améliore la prédiction de Y de manière significative. Suivant les recommandations de Tenenhaus (1998), le seuil fixé à 0,0975 nous conduit à retenir le seul modèle de l'épuisement émotionnel (tableau 5) à l'intérieur duquel seule la valeur du Q^2 associée à la première composante est supérieure au seuil de rejet¹⁵.

¹⁵ Cela signifie que la deuxième composante n'améliore pas la détermination de Y de manière significative.

Tableau 5 : Résultats de la procédure de validation croisée, utilisée pour sélectionner le nombre pertinent de composantes à retenir¹⁶

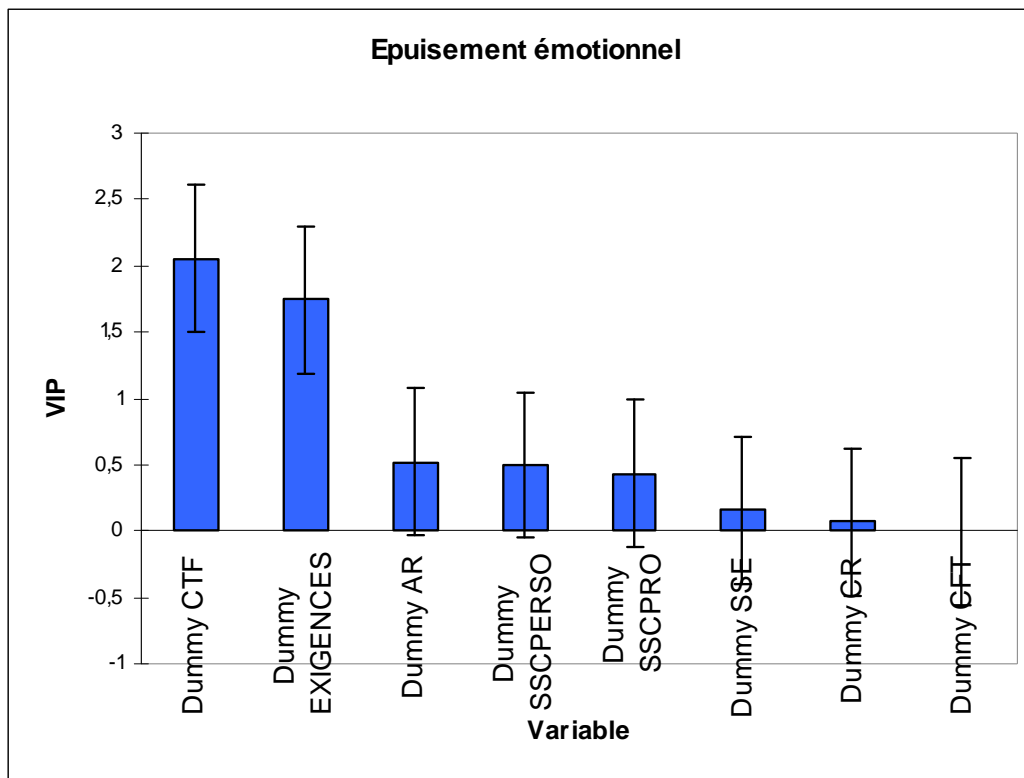
		Indice de Qualité Q ²		
		Epuisement émotionnel	Accomplissement personnel	Dépersonnalisation
Nombre de composantes	t1	0,232	-0,171	-0,023
	t2	-0,048	-0,055	-0,081
	t3		-0,037	-0,064
	t4		-0,031	-0,053
	t5		-0,024	-0,039
	t6		-0,013	-0,032
	t7		-0,006	-0,009

Au terme de cette étape de validation des paramètres des trois modèles de l'épuisement professionnel, l'importance relative de chaque variable X est appréciée par l'examen des « *Variable Importance in the Projection* »¹⁷. D'entrée, les facteurs influençant le plus significativement l'épuisement émotionnel sont le conflit travail – famille et les exigences du travail (figure 3). Ensuite, suivent l'ambiguïté de rôle, le « soutien à l'individu » du cadre de santé, le soutien professionnel du cadre et le soutien de l'équipe. Enfin, notons que le conflit de rôle et le conflit famille - travail ont très peu d'importance.

¹⁶ Les 1^{ère} et 2^{ème} lignes indiquent respectivement le pouvoir explicatif du modèle et la qualité de représentation des variables X par les composantes principales retenues. La 4^{ème} ligne représente la valeur statistique du test de Fisher avec entre parenthèses la probabilité qui lui est associée (seuil = 5%).

¹⁷ Les facteurs les plus importants ont un VIP supérieur à 1. Les facteurs dont le VIP est inférieur à 1 sont considérés comme étant le moins important. Toutefois, cela ne signifie pas qu'ils n'influencent pas significativement l'épuisement émotionnel.

Figure 3 : Classement des VIP relatifs aux variables explicatives de l'épuisement émotionnel ¹⁸



La qualité du modèle est estimée par l'évaluation de sa capacité à reconstituer chaque variable y et x_j à l'aide des composantes PLS¹⁹. Le tableau 6 illustre le pourcentage d'observations mal reconstituées au niveau des x et des y pour le modèle de l'EE. Seules 0.58% des observations sont mal reconstituées pour les x et seules 1.17% des observations sont mal reconstituées pour les y . Cette étape permet de valider la qualité et mène à la conclusion d'une représentation satisfaisante du CTF, des exigences du travail, de l'ambiguïté de rôle, de la perception du soutien du cadre (professionnel et tournée vers l'individu) et de la perception du soutien de l'équipe sur l'épuisement émotionnel.

¹⁸ La « dummy » permet pour chaque variable, d'étudier deux niveaux de perception en tenant compte de l'influence d'une perception forte par rapport à une perception faible. CTF ⇔ Conflit travail – famille ; AR ⇔ Ambiguïté de rôle ; SSC perso ⇔ Soutien personnel du cadre, « tourné vers l'individu » ; SSC pro ⇔ Soutien professionnel du cadre ; SSE ⇔ Soutien social de l'équipe ; CR ⇔ Conflit de rôle ; CFT ⇔ Conflit famille – travail.

¹⁹ Ie. L'étude des résidus f_i et j_i et leur écart type, résultant de la régression des variables y et x_j ($j = 1, \dots, 8$) sur la composante t_1 retenue.

Tableau 6 : Qualité de la représentation des données à l'aide de la composante t_1

Qualité de représentation des observations	Epuisement émotionnel
Dcrit (X) à 95%	1,74
% de DModXN i en excès	0,58%
Dcrit (Y) à 95%	2,436
% de DModYN i en excès	1,17%

Le tableau 7 présente l'équation de régression PLS obtenue et les coefficients de sensibilité associés à chaque variable explicative. Aucun coefficient n'est opposé à celui de la corrélation entre la variable explicative et la variable Y, ce qui permet l'interprétation des paramètres. Les résultats sont présentés en fonction de l'importance de la sensibilité de l'épuisement émotionnel perçu par rapport aux variables explicatives.

Premièrement, le conflit travail – famille²⁰ et les exigences du travail²¹ influencent très fortement l'épuisement émotionnel (EE), validant les hypothèses H1.3.a et H1.1. Deuxièmement, une forte ambiguïté de rôle²² influence significativement l'EE, corroborant l'hypothèse H1.2.b. Troisièmement, la perception d'un fort soutien « personnel »²³, orienté vers l'individu du cadre de santé influence positivement l'EE, invalidant l'hypothèse H2.1.b. Quatrièmement, un soutien professionnel élevé du cadre de santé²⁴ influence négativement

²⁰ Les items retenus à la suite des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires sont : (1) l'empiètement de la vie professionnelle sur la vie privée ; (2) l'estimation du travail comme un empêchement à avoir une vie harmonieuse ; (3) l'évaluation du travail comme empêchant la personne de faire tout ce qu'elle a à faire chez elle ; (4) un fort conflit perçu entre le travail et les responsabilités familiales.

²¹ Les items retenus à la suite des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires sont : (1) une demande trop forte de travail ; (2) la perception d'un travail trop dur ; (3) la perception de devoir travailler trop vite.

²² Sur la base des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires, trois items sont retenus : (1) des responsabilités non clairement définies ; (2) des objectifs de travail peu clairs et peu planifiés ; (3) une méconnaissance des attentes du travail par rapport à soi.

²³ Sur la base des analyse exploratoires et confirmatoires, deux items ont été retenus : (1) l'écoute et (2) la communication sur les problèmes personnels.

²⁴ Six items ont été retenus à l'issue des analyses exploratoires et confirmatoires : (1) la manifestation d'estime, (2) la manifestation de reconnaissance, (3) une relation de respect, (4) une relation de confiance, (5) se sentir rassuré sur ses compétences professionnelles, (6) l'aide à l'aménagement des horaires et des plannings.

l'EE, confirmant l'hypothèse H2.1.a. Cinquièmement, le soutien de l'équipe²⁵ influence positivement l'EE, rejetant l'hypothèse H2.2. Sixièmement, les conflits de rôle²⁶ influencent négativement et peu significativement l'EE.

Tableau 7 : Paramètres du modèle estimé par la régression PLS

Variable	Epuisement émotionnel
Constante	1,631
Dummy SSCPRO	-0,073
Dummy SSCPERSO	0,084
Dummy SSE	0,026
Dummy CTF	0,345
Dummy CFT	0,000
Dummy AR	0,088
Dummy CR	-0,012
Dummy EXIGENCES	0,293

L'équation de régression PLS fait ressortir des résultats « contre – intuitifs » que nous discutons dans la partie suivante. Par ailleurs, les qualités psychométriques de l'échelle de mesure que nous avons développée sont discutables. La complexité du concept de SST réside partiellement dans la délimitation « floue » de la frontière entre les comportements « acceptés » (confiance, réassurance sur les compétences, par exemple) et « inégalement acceptés » (écoute et communication des problèmes personnels). La régression PLS nous a permis de résoudre une partie des problèmes liés à la problématique de recherche. Toutefois, pour mener des analyses plus fines et comprendre plus précisément le lien entre les différents

²⁵ Sept items ont été retenus à l'issue des analyses exploratoires et confirmatoires : (1) les encouragements dans les moments difficiles, (2) l'aide à relativiser quand ça ne va pas, (3) la communication sur les problèmes personnels, (4) la protection en cas de coups durs, (5) la manifestation d'estime, (6) la manifestation de reconnaissance et (7) l'aide à l'aménagement des plannings et des horaires.

²⁶ Cinq items ont été retenus à l'issue des analyses exploratoires et confirmatoires : (1) la perception d'une inadéquation des ressources et du matériel pour accomplir les tâches, (2) estimer travailler sur des tâches peu importantes, (3) faire des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et pas par les autres, (4) aller à l'encontre des règles ou des politiques pour ses tâches, (5) recevoir des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes.

aspects du construits et d'autres aspects des « méta-construits » qui l'englobent... La mesure mérite d'être affinée. A titre d'exemple, récemment, certains chercheurs (Uchino et al., 2001 ; Cohen, 2004) ont montré l'intérêt des mesures de liens conflictuels pour améliorer l'appréhension du soutien social. En effet, le conflit social peut être associé à une baisse du bien-être psychologique (Rook, 1984). Il fait référence aux types variés d'interactions sociales négatives pouvant intervenir au cours des échanges (conflit, hostilité, exigences non souhaitées) ou de transactions perçues comme négatives. Cette perspective pourrait être intéressante mais la validité discriminante de l'échelle pourrait alors être discutée. Par exemple, la formulation positive des items liés à la dimension « personnelle » pourrait influencer les résultats.

IV : DISCUSSION

L'outil statistique permet de faire ressortir la direction et l'intensité des liens entre les phénomènes étudiés, d'objectiver les complexités des approches conceptuelles et qualitatives mais il ne faut pas perdre de vue le sens et la compréhension de ces phénomènes !

La recherche aboutit à des résultats complexes et notamment ceux ayant attiré à la relativité des comportements de soutien sur l'épuisement perçu. Le soutien tourné « vers la personne » du cadre et celui de l'équipe ont un effet inverse par rapport aux hypothèses proposées avant les tests. Néanmoins, il est possible d'envisager ce résultat par la relation inverse : peut-être que lorsque la personne est épuisée, alors on lui apporte plus de soutien.

Aussi, ces résultats trouvent leur explication dans la méthode. Telle que nous l'avons conçu, la traduction des comportements d'aide ne rend pas compte de leur complexité et notamment en termes d'émotions et « d'énergies collectives » difficilement réductibles à un modèle quantifié. Lors des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires, la difficulté à distinguer les items, sous-tendant l'entremêlement entre le soutien professionnel et le soutien « à l'individu » est mise en évidence²⁷. Cela confirme ce que Cohen et Syme (1985) soulignent dans la revue de littérature, à savoir qu'il existe autant de métriques que de recherches sur le concept. D'ailleurs, on peut s'interroger sur la pertinence de la mesure pour qualifier les relations de soutien au travail !

²⁷ Elle se matérialise par le choix d'une mesure unifactorielle pour l'équipe et par une corrélation élevée entre les deux facteurs retenus pour le soutien des cadres.

Une autre limite de la recherche, relevant du choix de l'algorithme PLS, concerne l'absence de prise en compte du soutien comme variable médiatrice entre les tensions et l'épuisement. Si le test de l'effet direct suggère une dépendance entre les variables explicatives, l'effet médiateur est à envisager comme « effet parapluie », ce que nous n'avons pas pris en compte quand bien même nos résultats soulignent l'influence importante du conflit « travail – famille » et des exigences psychologiques du travail sur l'épuisement perçu.

Par ailleurs, l'ancrage de la recherche dans le courant de la psychologie sociale anglophone ne permet pas d'orienter des préconisations relatives à l'organisation du travail car elles sont centrées sur la personne. Or, l'implication du cadre de santé dans le service ou l'absence d'encadrement, la solidarité de l'équipe ou l'isolement des personnes, de même que l'organisation ou encore les modes de gestion des pôles ont leur importance dans l'appréhension du soutien perçu par les soignants.

A ce titre, les recherches en sociologie du stress, en psychologie du travail ou encore en psychopathologie constituent des orientations à envisager pour la suite, d'un point de vue conceptuel d'abord, notamment concernant l'identité personnelle et le rapport aux autres dans l'organisation, la communication comme moyen de réguler l'activité (Detchessahar, 2003) et la culture des « émotions positives au travail » (Barsade et Gibson, 2007). Ensuite d'un point de vue managérial, le soutien social, assimilé à une ressource de « coping » est variable, fonction du contexte organisationnel et de la profession : « *Il existe en outre des décalages possibles entre les aspirations et l'idéal que l'individu souhaite atteindre dans son travail et les compétences dont il dispose pour y parvenir* » (Loriol, 2006). En matière de gestion des troubles psychologiques et des ressources organisationnelles, impossible de séparer l'étude clinique du vécu subjectif des personnes suggérant la diversité des autres acteurs en interaction dans une dynamique d'intervention (médecin du travail, psychologues, assistants sociaux etc.). D'autres personnes doivent être rencontrées pour enrichir l'état des connaissances sur le concept. Enfin du point de vue de la méthodologie, d'autres pistes sont à explorer par le développement de relations de recherche « coopératives » avec des spécialistes en épidémiologie, en psychologie, en anthropologie, voir en socio-anthropologie. « Croiser les points de vue » semble crucial pour mieux cerner les possibilités d'une « GRH plus sensorielle » et « moins instrumentale ». La dynamique des relations humaines à l'intérieur d'une organisation suppose de ne pas perdre de vue la place de la personne et de sa subjectivité dans la processus de socialisation à l'heure où la gestion et le management se « virtualisent ».

En 1990, Chanlat mettait en évidence que le champ des comportements organisationnels a conduit les chercheurs à s'enfermer dans un monde relativement étroit où la « *conception de la personne en miette a provoqué un double effet : sur le plan disciplinaire, elle a conduit maints chercheurs sur les sentiers du réductionnisme et de l'impérialisme biologique, psychologique ou sociologique et, sur le plan organisationnel, elle a souvent abouti à des actions et des pratiques sociales occultant un grand nombre de dimensions humaines* ».

Si les statistiques sont un moyen efficace pour simplifier et objectiver certains phénomènes, il n'en demeure pas moins qu'elles ne permettent pas de cerner finement la complexité des relations inter subjectives, ce que démontre notre recherche.

CONCLUSION

Le principal apport de cette recherche réside dans la mise en évidence du caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital. Du point de vue métrologique et méthodologique, nous avons montré la complexité à distinguer les comportements d'aide « professionnels », des comportements « orientés vers la personne ». Grâce à l'algorithme PLS, les effets de ces derniers sur l'épuisement émotionnel ont pu être testés malgré la forte corrélation existant entre les trois composantes du soutien.

Tout ça pour ça ! Si la recherche nécessite de fournir des résultats empiriques quantitatifs pour favoriser l'échange avec les praticiens, pour créer des « ponts » à l'heure où les RPS ne peuvent plus être contournés... Il n'en demeure pas moins qu'ils cernent difficilement la complexité de la relation entre « aimer » (puisque le soutien tient au rapport affectif qu'une personne entretient avec son réseau de travail ; Cobb, 1976), « être reconnu » et « travailler ». Dans cette perspective et pour conclure sur le thème de « nouveaux comportements, nouvelles GRH », nous choisissons d'ouvrir sur le paradoxe naissant entre la « virtualisation » de la GRH (SIRH en pratique, méthode quantitative en recherche) et le caractère « humain et sensoriel » de la discipline. Au terme de cette recherche et au moment d'envisager de nouvelles perspectives, il nous apparaît important de « boucler » sur l'inauthenticité des émotions mises en scène dans le travail, que peuvent sous-tendre les modèles quantitatifs et normatifs et menant potentiellement à « l'épuisement émotionnel » (Molinier, 2006).

La personne et sa dimension psychique : une dimension oubliée dans les nouvelles organisations du travail ? Au regard des méthodologies mobilisées en recherche en GRH, un

récent article de la RGRH soulignait l'existence de seulement deux recherches ancrées dans un protocole anthropologique... Est-ce un signal pour entreprendre une nouvelle voie permettant une meilleure compréhension de la violence, des conflits et des difficultés à caractériser « le lien social » dans l'organisation ?

BIBLIOGRAPHIE :

BARSADE S.G., GIBSON D.E. (2007), « Why does affect matter in organizations? », *Academy of Management Perspective*, Vol. 21, N°1, p36-59

BELGHITI-MAHUT S., (2003), « La relation entre le conflit vie professionnelle / vie familiale et la satisfaction au travail : une investigation empirique », *Acte colloque AGRH*, Grenoble

BERRY M. (1983), « Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains », *Rapport du Centre de Recherche en Gestion de L'Ecole Polytechnique*

BOLES J.S., MARK W.J., HAIR J.F., (1997), « Role stress, work-family conflict and emotional exhaustion : inter-relationships and effects on some related consequences », *Journal of Personal Selling and Sales Management*, p. 17-28

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

CHANLAT J.F. (1990), *L'individu dans l'organisation, les dimensions oubliées*, Les presses de l'Université de Laval, Editions Eska

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

COHEN S., SYME S.L., (1985), *Social Support & Health*, London, Academic Press

COHEN S., (2004), « Social Relationships and Health », *American Psychologist*, Vol. 59, p. 676-684

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

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

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

DETCHESSAHAR M. (2003), « L'avènement de l'entreprise communicationnelle », *Revue Française de Gestion*, N°142

DETCHESSAHAR M., GREVIN A. (2009), « Un organisme de santé... Malade de « gestionnisme » », *Gérer et Comprendre*, No 98, p 27- 37

- DUXBURY L.E., HIGGINS C.A., (1991), « Gender differences in work-family conflict », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 76, No. 1, p. 60-74
- EVARD Y., PRAS B., ROUX E. (2003), *Market : Etude et Recherche en Marketing*, Dunod
- FORNELL C., LARKER D.F., (1981), « Evaluating structural equations models with unobservable variables and measurement error », *Journal of Marketing Research*, Vol. 18, p. 39-50
- GORE S. (1978), "The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 19, p157-165
- GREENHAUS J.H, BEUTELL N.J., (1985), « Sources of conflict between work and family roles », *Academy of Management Review*, Vol. 10 , p. 76-88
- HUPCEY J.E., (1998), « Clarifying the social support theory-research linkage », *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 27, p. 1231-1241
- JACKSON S.E., SCHULER R.S., (1985), « A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings », *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, Vol. 36, N° 1, p. 16-78
- KARASEK R., (1979), « Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, Vol. 24, p. 285-306
- KHAN M., WOLFE D., QUINN M., SNOEK J., ROSENTHAL R., (1964), *Organizational stress : Studies in role conflict and ambiguity*, New York, John Wiley & Sons
- KATZ D., KAHN R., (1978), *The social psychology of organizations*, New York, John Wiley & Sons
- KOSSEK E.E., OSEKI C., (1998), « Work-family conflict, policies, and the job-life satisfaction relationship : A review and directions for organizational behavior-human resources research », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 83, No 2, p. 139-149
- LEITER M.P., MASLACH C., (1988), « The impact of interpersonal environment on burnout », *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 9, p. 297-308
- LEWIS-BECK M.S., (1991), « Applied regression: an introduction », *Series quantitative applications in the social science*, Sage University Paper, N°93
- LINGARD H., FRANCIS V., (2006), « Does a supportive work environment moderate the relationship between work-family conflict and burnout », *Construction and Management*, Vol. 24, p. 185-196
- LISSANDRE S., ABBEY-HUGUENIN H., BONNIN-SCAON S., ARSENE O., COLOMBAT P., (2008), « Facteurs associés au burnout chez les soignants en oncologie », *Oncologie*, Vol. 10, N°2, p. 116-124
- LORIOU M. (2006), « Ennui, stress et souffrance au travail », in *Sociologie du Monde du Travail*, ATER N., p. 227-244
- LOUREL M., GANA K., PRUD'HOMME V., CERCLE A., (2004), « Le burnout chez le personnel de maison d'arrêt : test du modèle « demande-contrôle » de Karasek », *L'Encéphale*, Vol. 30, p. 557
- MACREZ P., BONNET M., (2004), « Comprendre l'épuisement professionnel des soignants », *Revue de l'Infirmière*, N° 100, p. 19-22

- MASLACH C., JACKSON S.E., (1981), « The measurement of experienced burnout », *Journal of Occupational Behavior*, Vol. 2, p. 99-113
- MOLINIER P. (2006), *Les enjeux psychiques du travail*, Petite Bibliothèque Payot
- NETMEYER, BOLES, McMURRIAN, (1996), « Development and validation of Work-family conflict and family-work conflict scales », *Journal of Applied Psychology*, Vol. 81, p. 400-410
- NIEDHAMMER I., GOLDBERG M., LECLERC A., DAVIS S., BUGEL I., LANDRE M.F., (1998), « Psychological work environment and cardiovascular risk factors in a occupational cohort in France », *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 52, p. 93-100
- NUNALLY J.C., (1967), *Psychometric Methods*, New York, McGraw-Hill
- PINES A., (1983), *On burnout and the buffering effects of social support*, In, *Stress and burnout in the human service professions*, FARBER B. A., p. 155-174, New York, Pergamon Press
- PINES A., ARONSON E., (1988), *Career burnout: Causes and cures*, New York, Free Press
- RAFFERTY Y., FRIEND R., LANDSBERGIS P.A. (2001), « The association between job skill discretion, decision authority and burnout », *Work and Stress*, Vol. 15, p. 73-85
- ROOK K.S., (1984), « The Negative Side of Social Interaction: Impact on Psychological Well-Being », *Journal of Personality & Social Psychology*, Vol. 46, p. 1097-1108
- ROUSSEL P., DURRIEU F., CAMPOY E., EL AKREMI A., (2002), *Méthodes d'Equations Structurelles : Recherche et Applications en Gestion*, Economica
- SCHWAB R.L., IWANICKI, (1982), « Perceived role conflict, role ambiguity and teacher burnout », *Educational Administration Quarterly*, Vol. 18, p. 60-74
- STEWART D.W., (1981), « The application and misapplication of factor analysis in marketing research », *Journal of Marketing research*, Vol. 18, p. 51-62
- TENENHAUS M., (1998), *Régression PLS : Théorie et Pratique*, Paris, Technip
- UCHINO B.N., HOLT-LUNSTAD J., UNO D., FLINDERS J.B., (2001), « Heterogeneity in the social networks of young and older adults: Prediction of mental health and cardiovascular reactivity during acute stress », *Journal of Behavioral Medicine*, N° 24, p. 361-382
- VAN DER DOEUF M., MAES S. (1999), “The job demand-control (-support) model and psychological well-being : a review of 20 years of empirical research”, *Work and Stress*, Vol. 13, p. 87-114
- WOLD H., (1966), *Estimation of principal components and related models by iterative least squares*, In, *Multivariate Analysis*, KRISHNAIAH P.R., p. 391-420, New York, Academic Press

ANNEXES :

1. LES CONCEPTUALISATIONS DU SOUTIEN SOCIAL A L'HOPITAL ET L'ECHELLE DE MESURE

Les entretiens exploratoires nous ont permis, à partir de 60 entretiens « miroirs », de proposer deux conceptualisations (schémas 1 et 2 ci-après). Le soutien du manager de proximité et de l'équipe ne sont pas de même nature. Celui du manager de proximité est d'abord professionnel et ensuite orienté vers la personne et c'est l'inverse en ce qui concerne l'équipe. Si l'importance du « soutien professionnel » ressort, il n'en demeure pas moins que les aspects socio-émotionnels dominent les aspects instrumentaux, contrairement à ce qui est mis en évidence dans la revue de littérature par Karasek et al. (1982), sur laquelle nous nous sommes entre autres, appuyés pour structurer les entretiens semi-directifs.

Schéma 1 : le soutien social des cadres

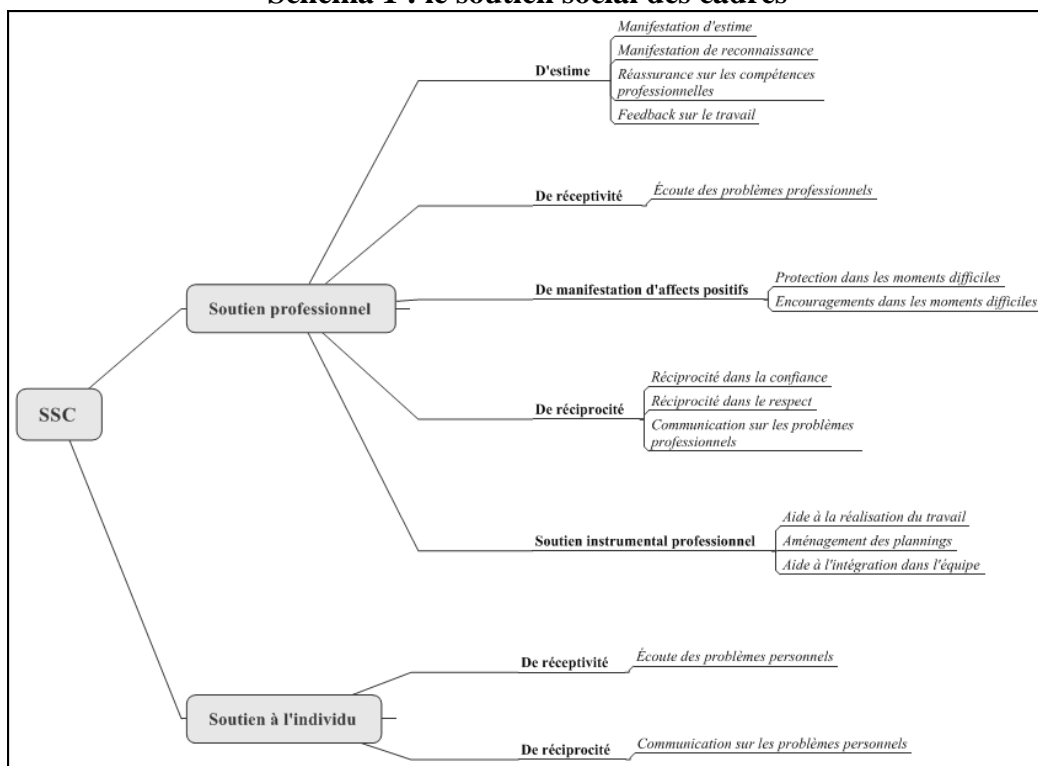


Schéma 2 : le soutien social de l'équipe

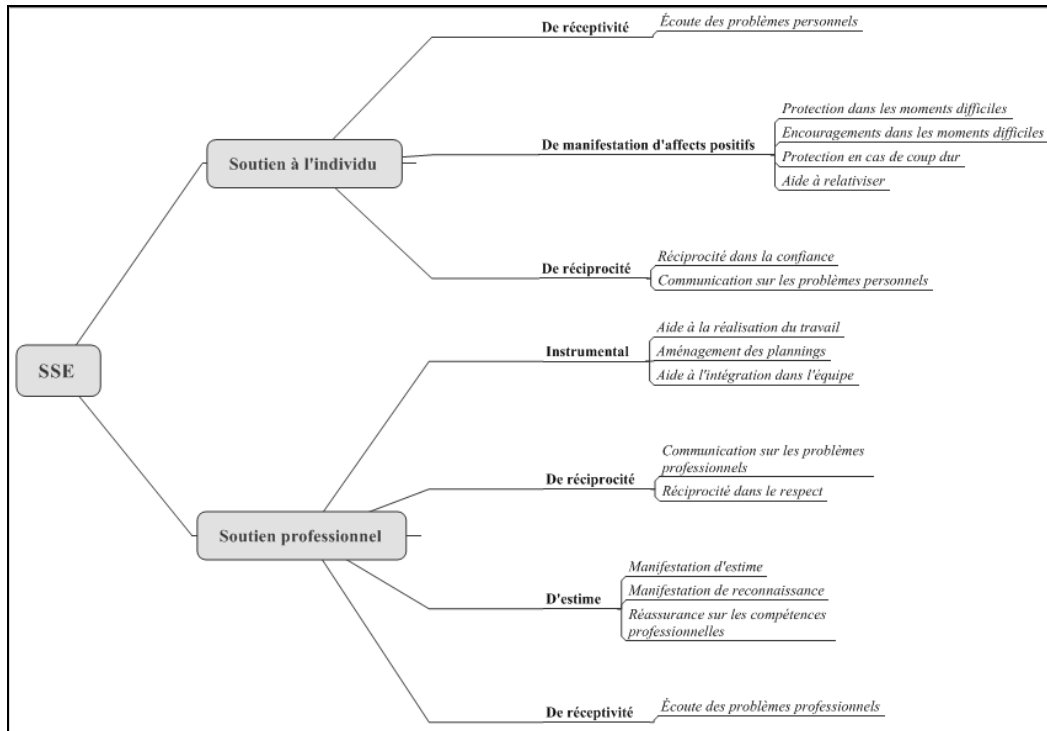


Tableau 1 : l'échelle de mesure développée
NB : (le terme « cadre de santé » est remplacé par équipe)

ITEMS	ETIQUETTE
1. Mon cadre de santé est à l'écoute de mes problèmes professionnels	SSC1
2. Mon cadre de santé est à l'écoute de mes problèmes personnels	SSC2
3. Mon cadre de santé fait preuve d'empathie à mon égard	SSC3
4. Mon cadre de santé me manifeste de l'estime	SSC4
5. Je me sens reconnu(e) par mon cadre de santé	SSC5
6. Mon cadre de santé me protège en cas de coup dur	SSC6
7. Mon cadre de santé m'encourage dans les moments difficiles	SSC7
8. Mon cadre de santé me rassure sur mes compétences professionnelles	SSC8
9. Mon cadre de santé et moi-même sommes en relation de confiance réciproque	SSC9
10. Mon cadre de santé et moi-même sommes dans une relation de respect mutuel	SSC10
11. Mon cadre de santé m'aide à relativiser quand ça ne va pas	SSC11
12. Mon cadre de santé m'aide à me sentir intégré dans mon équipe de travail	SSC12
13. Mon cadre de santé m'aide à arranger mon planning en cas de soucis	SSC13
14. Mon cadre de santé et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes personnels	SSC14
15. Mon cadre de santé et moi-même communiquons aisément sur mes problèmes professionnels	SSC15
16. Mon cadre de santé m'informe, me conseille quelque soit le problème auquel j'ai à faire face	SSC16
17. Mon cadre de santé m'aide à rendre mon travail plus facile	SSC17

2. LA REGRESSION PARTIAL LEAST SQUARES (PLS)

Dans la mesure où cette méthode demeure peu utilisée, une présentation des différentes étapes est détaillée ci-après.

1. Sélectionner les facteurs pertinents pour expliquer un phénomène

L'intérêt de la régression concerne l'indépendance des influences des différents indicateurs du modèle et l'identification des facteurs pertinents. Pour identifier l'influence des variables exogènes X, explicatives du phénomène Y, il importe de sélectionner les « meilleures » parmi l'ensemble. Dans le cas de l'application de la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO), la colinéarité des variables exogènes se traduit généralement par une variance élevée des estimateurs pouvant conduire à rejeter leur significativité alors que les variables sont fortement corrélées à la variable endogène Y.

Pour répondre à cette limite, la régression des moindres carrés partiels a été développée et permet de comprendre les relations complexes entre un ou plusieurs variables de sortie Y et des variables d'entrée X qui peuvent être très fortement corrélées entre elles. Il s'agit d'une combinaison entre l'algorithme développé par Wold (1966) pour l'ACP et de l'approche PLS proposée par Wold (1975) pour l'estimation des modèles d'équation structurelles sur variables latentes (Tenenhaus, 1998). Equivalente à une ACP, l'analyse correspond à une régression de la variable Y (épauement émotionnel) sur les 8 variables explicatives.

D'abord, le logiciel construit une première composante t_1 par combinaison des variables exogènes. L'équation de la première composante est donnée par l'expression suivante :

$$t_1 = w_{11} x_1 + \dots + w_{1p} x_p$$

avec

$$w_{1j} = \frac{\text{cov}(x_j, y)}{\sqrt{\sum_{j=1}^p \text{cov}^2(x_j, y)}}$$

La régression est ensuite réalisée des variables y et x_j ($j=1, \dots, p$) sur t_1 :

$$y = c_1 t_1 + y_1$$

$$x_j = d_1 t_1 + x_{1j}$$

Dans ces deux équations, c_1 et d_1 représentent les coefficients de régression et, y_1 et x_{1j} sont les vecteurs des résidus. Il est alors possible de formuler la première équation de régression :

$$y = c_1 w_{11} x_1 + \dots + c_1 w_{1p} x_p + y_1$$

Si le coefficient de régression est jugé trop faible (le résidu y_1 est trop élevé), une deuxième composante t_2 est créée. Cette dernière est la combinaison linéaire des résidus x_{1j} , non corrélés à t_1 et expliquant le résidu y_1 . L'équation de la deuxième composante est donnée par l'expression suivante :

$$t_2 = w_{21} x_{11} + \dots + w_{2p} x_{1p}$$

avec

$$w_{2j} = \frac{\text{cov}(x_j, y_1)}{\sqrt{\sum_{j=1}^p \text{cov}^2(x_j, y_1)}}$$

w_{2j} caractérise la contribution de la variable x_j dans la construction de la composante t_2 .

Pour chaque composante, la somme des poids associés aux p variables x_j est égale à 1. Les deux composantes PLS ainsi obtenues sont orthogonales deux à deux. La régression est alors effectuée de y sur les composantes t_1 et t_2 estimées :

$$y = c_1 t_1 + c_2 t_2 + y_2$$

L'équation de régression en fonction des variables x_j obtenues à la deuxième itération est plus précise. Cette procédure itérative peut se poursuivre en utilisant à chaque étape les résidus obtenus à l'étape précédente. Après p_r itérations, l'équation de régression s'écrit :

$$Y = TC + \varphi \quad \text{avec } T = (t_1, t_2, \dots, t_{pr}) \quad \text{et } C = (c_1, c_2, \dots, c_{pr}).$$

Le poids c_h mesure le lien entre la variable y et la composante t_h . La relation entre la variable y et les variables x_j est exprimée par les variables de liaison t_h .

La contribution de la variable x_j ($j = 1, 2, \dots, p$) à la construction de y par les composantes t_h peut être évaluée par la statistique Variable Importance in the Projection (VIP). Cette statistique s'écrit :

$$VIP_{ij} = \sqrt{\frac{P}{Rd(y; t_1, \dots, t_l)} \sum_{h=1}^l Rd(y; t_h) w_{hj}^2} \quad \text{où } \sum_{j=1}^p VIP_{hj}^2 = p$$

l est le nombre de composantes retenues par la procédure de sélection PLS qui fait l'objet de la section suivante. $Rd(y; t_h)$ représente la part de variance de y expliquée par la composante t_h (R^2).

Les p variables x_j peuvent être classées en fonction de leur VIP, c'est-à-dire en fonction de leur contribution respective à l'explication de y . Les variables dont la contribution est jugée la plus significative ont un VIP supérieur à 1. L'utilisation de la validation croisée est recommandée par TENENHAUS (1998) pour identifier le nombre de composantes à retenir.

2. La validation croisée

La méthode validation croisée *Jackknife* permet de sélectionner les modèles de prédiction en évaluant celui qui a la plus petite erreur de prédiction. L'échantillon initial est séparé en deux sous-échantillons : (1) le premier modèle permet de construire le modèle de prédiction, (2) le deuxième modèle permet de tester sa qualité.

Dans cette perspective, le modèle est estimé sur $n-1$ observations puis testé sur l'observation exclue i . La procédure est répétée n fois pour que chaque observation i serve une fois de valeur test. Pour chaque modèle à h composante, la statistique Prediction Error Sum of Squares (PRESS) est estimé par l'expression suivante:

$$PRESS_h = \sum_{i=1}^n (y_i - \hat{y}_{h(-i)})^2$$

où $\hat{y}_{h(-i)}$ représente la prédiction de y_i et est obtenue à l'aide du modèle à h composantes estimé sur $n-1$ observations.

Le maintien de la composante t_h dans le modèle final peut être déterminé par la valeur du critère Q_h^2 , défini par l'expression :

$$Q_h^2 = 1 - \frac{PRESS_h}{RSS_{h-1}} \quad \text{avec } RSS_{h-1} = \sum (y_i - \hat{y}_{(h-1)i})^2.$$

RSS_{h-1} (Residual Sum of Squares) est la somme des carrés résiduels calculée avec $h-1$ composantes.

L'indice Q_h^2 traduit la contribution marginale de chaque composante PLS au pouvoir prédictif du modèle. TENENHAUS (1998) recommande de fixer le seuil de 0,0975 ($1-0,95^2$) pour

considérer que l'introduction de la composante t_h améliore substantiellement la prévision de y .

3. La qualité du modèle

Lorsque le modèle est déterminé, il convient de juger de la qualité de ce dernier. Il s'agit de vérifier si le modèle estimé par la régression PLS reconstitue bien les observations i au niveau des x_j et au niveau des y .

Dans cette perspective les résidus e_{ij} et f_i correspondant respectivement à la régression des variables x_j et à la régression de y sur les H composantes PLS retenues. L'évaluation de la qualité du modèle pour l'individu i s'établit en divisant la distance au modèle de l'observation i dans l'espace des x_i et de y , par l'écart type résiduel.

Pour chaque individu, les distances normalisées notées $D_{mod}X_iN$ et $D_{Mod}Y_iN$ sont exprimées de la manière suivante :

$$D_{mod}X_iN = \frac{D_{mod}X_i}{S_x} = \frac{\sqrt{\frac{\sum_{j=1}^p e_{ji}^2}{p-H} - \frac{n}{(n-H-1)}}}{\sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^p e_{ji}^2}{(n-H-1)(p-H)}}} = \sqrt{\frac{n \sum_{j=1}^p e_{ji}^2}{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^p e_{ji}^2}}$$

$$\text{Et } D_{Mod}Y_iN = \frac{|f_i|}{\sqrt{\frac{1}{(n-H-1)} \sum_{i=1}^n f_i^2}}$$

N représente le nombre d'observations, H est le nombre de composantes principales et e_{ij} et f_i sont les résidus des régressions de x_j et de y sur les composantes t_1, \dots, t_h . Le facteur $\sqrt{n/(n-H-1)}$ est un facteur de correction (>1) autorisant la prise en compte du nombre d'observations et de composantes.

Le modèle représente mal l'observation i dans l'espace des x_j (de y) lorsque la distance ($D_{mod}X_iN$ et $D_{Mod}Y_iN$) qui lui est associé, est supérieure ou égale au seuil critique de Fisher Snedecor à (k_1, k_2) degrés de liberté (95%).

$$D_{mod}X_iN \geq \sqrt{F_{0,95}(k_1, k_2)}$$

$$D_{Mod}Y_iN \geq \sqrt{F_{0,95}(k_1, k_2)}$$

A notre connaissance, le calcul précis des degrés de liberté k_1 et k_2 n'a pas fait l'objet de publications scientifiques. Le seuil $D_{crit}(H)$ est estimé par le logiciel SIMCA-P développé par WOLD.

Au terme de cette étape de validation des paramètres du modèle, l'influence de chaque variable exogène sur la variable endogène peut être étudiée.