

XXIIIème Congrès de l'AGRH

Du 12 au 14 septembre 2012 à Nancy

« *Les interfaces de la GRH* »

Audrey RIVIERE

Assistante de recherche Groupe Sup de Co Montpellier Business School

Doctorante Université Montpellier 2 - MRM

riviere.audrey@hotmail.fr

« LE CADRE DE SANTE, A L'INTERFACE ENTRE MANAGEMENT ET SOIN : TENSIONS DE ROLE ET STRATEGIES D'AJUSTEMENT »

Résumé :

Depuis ces deux dernières décennies, le gouvernement français met en place différentes réformes pour réduire les déficits publics et moderniser le secteur hospitalier (Circulaire de 1989 sur le « renouveau du service public », Loi hospitalière de 1991, Ordonnance de 1996, Plan Hôpital 2007...). Cette modernisation implique un nouveau mode d'organisation de l'activité (externalisation des activités de support, constitution de pôles d'activité, introduction de la tarification à l'activité...) et une nouvelle répartition des pouvoirs à l'hôpital (renforcement du poids des managers). Ces changements déstabilisent les différents acteurs des établissements, qui doivent, à la fois, répondre aux grands principes du service public et à des logiques économiques de performance. Dans un tel contexte, des tensions de rôle peuvent-elles se développer chez le personnel soignant ? Par quels moyens serait-il possible de gérer ces tensions de rôle ? Ce travail de recherche s'intéresse tout particulièrement aux différentes stratégies d'adaptation utilisées par les cadres de santé, pour faire face aux tensions qui pourraient se développer. Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé une étude qualitative (entretiens semi directifs et journées d'observation) auprès d'un échantillon de 14 cadres de santé d'un CHRU français. Les premiers résultats de cette étude exploratoire font l'objet de cette communication. Les résultats révèlent que les changements vécus suite à la mise en place du Nouveau Management Public dans les hôpitaux ont modifié le rôle et les fonctions des cadres de santé. Désormais à l'interface entre culture du soin et culture gestionnaire, les cadres de santé se trouvent dans une position délicate qui entraîne des tensions de rôle quotidiennes. Cette première phase exploratoire nous a permis d'identifier les stratégies d'ajustement utilisées par les cadres de santé pour faire face à ces tensions de rôle.

Mots clés : Tensions de rôle, Stratégies d'ajustement, Hôpital public, Cadres de santé

Introduction

Depuis une vingtaine d'années, les pouvoirs publics français ont tenté de maîtriser les dépenses de santé, notamment avec l'introduction du Nouveau Management Public (NMP, Osborne et Gaebler, 1992) dans les établissements hospitaliers. L'hôpital a supporté une succession de réformes qui ont renouvelé le mode d'organisation de l'activité (constitution de pôles d'activité, mise en place du système de la tarification à l'activité...) et la répartition des pouvoirs (codirection des pôles par un médecin, un cadre soignant et un cadre administratif...). Elles ont aussi transformé les modes de circulation de l'information (plus grande transparence, codage de l'activité médicale...). Ces nouveaux modes de management transposés du secteur privé permettent de perfectionner et de moderniser l'action du secteur public. Cependant, les objectifs de ces deux secteurs ne sont pas les mêmes (satisfaction de l'intérêt général pour l'un et rentabilité pour l'autre). Cette différence peut être enrichissante (exemples : émulation liée à la compétition, réalisation d'économies substantielles...) mais aussi source de résistances. Les fonctionnaires ne se reconnaissent pas toujours dans les principes du NMP et le gain en autonomie des agents peut aussi se traduire par une plus grande pression, une plus forte incertitude et un plus grand stress (Amar et Berthier, 2006).

Notre recherche s'intéresse aux cadres de santé qui représentent une des filières professionnelles des cadres hospitaliers. En charge du management dans les unités de soins pour la majorité, ils ont une fonction de proximité consistant à passer des soins à une fonction d'encadrement et d'enseignement. La nouvelle gouvernance de l'hôpital, concrétisée par le plan hôpital 2007, a instauré un nouveau mode de fonctionnement et de gestion qui a modifié les missions du cadre de santé. Son activité initiale de soin s'est vue enrichie de fonctions de management (notamment gestion budgétaire et management d'équipes) (Dumas et Ruiller, 2011). Pour Detchessahar et Grevin (2009), les cadres de santé consacrent une part croissante de leur temps à « *l'alimentation et l'entretien de machines gestion* » qui permettent de planifier, évaluer, chiffrer et limiter le coût de l'activité. Les cadres de santé sont désormais tiraillés entre deux manières de penser l'organisation des soins : la coordination des parcours des patients et le management optimal des ressources matérielles et humaines dont ils disposent (Coulon, 2011). Ils sont sujets à des injonctions « *de plus en plus paradoxales entre les impératifs tendus de gestion et les impératifs de soin dans une organisation de plus en plus réticulaire qui se traduit souvent par des bricolages multiples* » (Bourret, 2008). Ils jouent un « *rôle de courroie de transmission* » à l'interface entre médecins, cadres supérieurs de santé et soignants (Dumas et Ruiller, 2011). En liaison avec les travaux de Grima (2004), nous pouvons considérer que le cadre de santé se trouve au sein de son organisation, dans une position frontalière. C'est ce que Crozier et Friedberg (1977) ont nommé le « *Marginal Sécant* », c'est à dire un acteur partie prenante de plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres. Cette position est potentiellement source de conflits au regard des attentes de chacune des parties qui ne sont pas nécessairement conciliables.

Ces changements de rôles, la variété des attentes à leur égard et leur position frontalière favoriseraient alors la présence de tensions de rôle chez les cadres de santé (Fisher et Gitelson, 1983 ; Jackson et Schuler, 1985). Les travaux de Kahn et al. (1964), déclinent les tensions de rôle au travers des concepts de « *conflit de rôle* » (occurrence simultanée de deux ou plusieurs demandes incompatibles telles que l'adaptation à l'une, rend plus difficile l'adaptation aux autres) et d'« *ambiguïté de rôle* » (degré d'information manquante pour occuper une position dans l'organisation). Ils identifient quatre formes majeures de conflits de rôle : le conflit de rôle inter émetteur (l'individu doit faire face à des attentes incompatibles entre elles, de la part de plusieurs émetteurs), le conflit de rôle intra émetteur (l'individu doit faire face à des attentes incompatibles entre elles, de la part d'un seul émetteur), le conflit de rôle inter rôle (exemple : le conflit famille/travail), le conflit de rôle personnel (l'individu doit faire face à des attentes incompatibles avec ses propres valeurs et sa perception du rôle). Ils identifient deux formes d'ambiguïté de rôle : l'ambiguïté de rôle objective liée à la tâche, au rôle lui-même (contenu de poste, responsabilités...) et l'ambiguïté de rôle subjective, afférente aux aspects socio-émotionnels. Bien que Katz et Kahn

(1978) considèrent la surcharge (tension ressentie face à un nombre élevé de rôles à exercer) comme un conflit de rôle inter émetteur, il convient de la distinguer du conflit de rôle. De nombreux travaux (Schaubroeck et al., 1989 ; Ortqvist et Wincent, 2006; Lung-Tan et Yuan-Ho, 2007; Newton et Jimmieson, 2008), confirment que ce concept est désormais considéré comme un élément distinct du conflit de rôle et appréhendé comme un état de rôle au même titre que l'ambiguïté et le conflit (Commeiras, Fournier et Loubès, 2003).

Cette contribution a pour objectif de présenter les résultats d'une étude qualitative qui vise à identifier les différentes tensions de rôle perçues par les cadres de santé dans un contexte de changement lié au NMP, et les stratégies d'ajustement qu'ils utilisent pour y faire face. Les stratégies d'ajustement sont des stratégies cognitives et comportementales définies sous le terme de « *coping* » par Lazarus et Folkman (1984). Elles permettent à l'individu de gérer et maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et externes qui menacent ou dépassent ses ressources (Moisson et Roques, 2005). Pour Dewe (1987) les stratégies d'ajustement représentent des tentatives (actives ou passives) de réponse à une situation de menace pour déplacer ou réduire l'inconfort émotionnel. Lazarus et Folkman distinguent deux types de stratégies d'ajustement : celles centrées sur le problème (« *problem focused coping* ») et tournées vers l'action pour réduire les exigences de la situation et/ou augmenter ses ressources pour y faire face ; celles centrées sur l'émotion (« *emotion focused support* ») pour tenter de gérer la tension émotionnelle liée à la situation. Cela rejoint la théorie de conservation des Ressources (« Conservation of resources - COR Theory ») (Hobfoll, 1989) dont le modèle décrit un processus actif durant lequel les individus luttent pour conserver, maintenir et protéger leurs valeurs/ressources (Hobfoll, 1989). Selon ce modèle, l'amélioration des ressources peut augmenter les options de stratégies d'adaptation et le niveau de bien-être.

Dans une première partie, les apports de la littérature fourniront d'une part, un éclairage sur l'étude des tensions de rôle et des stratégies d'ajustement, et d'autre part montreront l'intérêt de mettre en relation ces deux concepts. Dans une deuxième partie, une étude exploratoire réalisée auprès de cadres de santé d'un CHRU français et s'appuyant sur une méthodologie qualitative, sera développée et discutée.

1. Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une revue de littérature

Afin de mieux appréhender la mise en relation des tensions de rôle et des stratégies d'ajustement, nous débiterons par une revue de littérature balayant les recherches qui se sont intéressées à l'étude de ces deux concepts.

1.1 Les tensions de rôle

Pour comprendre le concept des tensions de rôle, les chercheurs se sont intéressés à leurs sources mais aussi à leurs conséquences et notamment à celle du stress organisationnel. Il est en effet nécessaire de connaître le processus de développement des tensions de rôle pour tenter de résoudre leurs effets négatifs sur l'organisation.

1.1.1 Les sources de tensions de rôle

La méta-analyse de Fisher et Gitelson (1983) et celle de Jackson et Schuler (1985) servent encore aujourd'hui de référence dans de nombreuses recherches étudiant les caractéristiques ayant un impact sur les tensions de rôle. Jackson et Schuler (1985) les regroupent en variables personnelles et organisationnelles, et Katz et Kahn (1978) en trois types de facteurs (personnels, organisationnels et relationnels). La classification de Loubès (1997) ajoute au modèle de Katz et Kahn (1978) une subdivision aux *caractéristiques personnelles (objectives* : sexe, âge et formation initiale ;

subjectives : locus de contrôle, estime de soi, traits de personnalité ; *liées au contexte organisationnel* : ancienneté, formation continue). Ces chercheurs ont étudié les *caractéristiques interpersonnelles/facteurs relationnels* (communication, feed-back, comportement du leader, fonctionnement du groupe) et les *caractéristiques/facteurs organisationnels* (niveau hiérarchique, étendue de contrôle, étendue de subordination, autonomie, variété de la tâche, intégralité de la tâche, participation au processus décisionnel, formalisation de la tâche, position frontalière, changement organisationnel). En 2007, Royal fait une analyse de ces différentes études et conclut qu'il apparaît parfois difficile d'affirmer la présence de relation directe entre l'une ou l'autre de ces caractéristiques et la perception de tensions de rôle. L'étude de Royal (2007) menée auprès de directeurs adjoints d'établissements scolaires révèle qu'ils développent des tensions de rôle (conflit personne-rôle, surcharge, conflit inter émetteur, incapacité de jouer leur rôle, conflit inter système, ambiguïté, conflit intra émetteur) liées à des caractéristiques personnelles et environnementales. Une étude comparative (Baret, 2002), relative à l'emploi et au temps de travail à l'hôpital, dénonce les tensions liées à l'intensification de la charge de travail et au renforcement des contraintes horaires du personnel soignant. Une étude réalisée auprès de « *professionnel-manager* » à l'hôpital (Burellier, 2008), révèle l'apparition de tensions liées à l'hybridation de rôle imposée aux professionnels à qui on associe une fonction de management à leur activité initiale de soin.

1.1.2 Les conséquences de tensions de rôle

De nombreuses études ont révélé le caractère négatif des conséquences des tensions de rôle tant sur la plan organisationnel (performance et implication altérée, turnover...) qu'individuel (renforcement du stress, burnout...) (Commeiras, Fournier et Loubès, 2003). Jackson et Schuler (1985) distinguent les réactions affectives (satisfaction, implication organisationnelle, engagement professionnel, intention de départ, tension et anxiété) et les réactions comportementales (absentéisme, performance) comme conséquences des tensions de rôle. Ces conséquences ont été étudiées dans de nombreuses recherches (Commeiras, Loubès et Fournier, 2009 ; Borgi, 2002 ; Grima, 2000 ; Tubre et Collins ; Perrot, 1999...). Les travaux de Grima (2000) ont étudié les conséquences des tensions de rôle auprès de responsables de formation continue. Son modèle suggère que le conflit de rôle et l'ambiguïté de rôle sont des antécédents d'une faible satisfaction au travail, d'une faible implication organisationnelle, d'une forte intention de partir et pour l'ambiguïté de rôle seulement, d'une faible performance. L'étude de Perrot (1999) sur l'entrée des jeunes diplômés dans l'entreprise montre que la gestion de l'entrée organisationnelle passe par la gestion des tensions de rôle qui doivent être minimisées.

Kahn et Boysiere (1992) ont abordé la question des conséquences des tensions de rôle dans la perspective plus large du stress organisationnel. La présence de tensions de rôle entrainerait un stress chez l'individu. Roques (1999) définit le stress professionnel comme le résultat d'un écart perçu entre les exigences (sollicitations fortes) et les ressources (capacités d'ajustement faibles ou inadaptées) de l'individu. Les recherches de Roger et Roques (1995) sur le stress au travail des cadres ont montré que le stress de certains était lié au manque de clarté des missions exercées ou à la surcharge de travail pour d'autres. D'autres auteurs ont montré l'impact des tensions de rôle sur le stress des managers. Elles accéléreraient la perception du stress professionnel (Jackson et Shuler, 1985 ; Schmidt et Neubach, 2007 ; Xie, 2007 ; Ruiller, 2008). Pour Rogers (1977), le stress des managers est dû aux tensions de rôle et au manque de soutien de leur supérieur hiérarchique. Une étude de Codo (2011) a permis d'identifier l'impact majeur des tensions de rôle sur le stress des managers territoriaux. Selon Abord de Chatillon (2003), la charge de travail quantitative (volume de travail) et qualitative (difficulté de la tâche) peuvent conduire à du stress. La surcharge de travail est reconnue dans la littérature récente comme un des principaux facteurs de stress chez les professeurs universitaires (Montgomery et al., 2010). La difficulté à concilier la vie de famille et la vie professionnelle, notamment chez les femmes, est un facteur supplémentaire de stress (Priscilla, 2000). En 2011, Hollet a étudié les différentes théories organisationnelles du stress et le stress au travail, notamment chez le personnel en frontière. L'auteure souligne notamment la difficulté de

l'acteur frontalier à gérer des attentes conflictuelles sur la façon dont il doit remplir son rôle. Ainsi, le personnel frontalier développe un stress lié à la difficulté de satisfaire les attentes de chaque partie.

Le stress engendré par les tensions de rôle entraîne des conséquences néfastes à plusieurs niveaux. Les répercussions du stress sont coûteuses à la fois pour le salarié (pathologies de la surcharge), pour l'entreprise (pertes de production, coûts de remplacement, turn-over...) et pour la société (arrêts maladies, départ en préretraite...) (Trentzsch-Joye, 2011). Les conséquences sur l'individu, peuvent se manifester sous forme de symptômes physiologiques, psychologiques ou comportementaux (Safy, 2011). Les travaux de Colle et Moisson (2007) révèlent que l'intention de quitter l'organisation est liée au niveau de stress élevé et à un déséquilibre effort/récompense perçu.

1.2 Les stratégies d'ajustement

Pour gérer les tensions de rôle et les conséquences qu'elles engendrent, il est intéressant d'analyser les ressources que mobilisent les individus pour y faire face. Une revue de littérature des recherches ayant étudié le concept des stratégies d'ajustement va nous permettre de comprendre quel type de stratégies utilisent les individus lorsqu'ils doivent gérer des tensions de rôle ou des situations stressantes.

1.2.1 Les stratégies d'ajustement face au stress

Ouimet (1994) distinguent deux catégories de mesures pour lutter contre le stress négatif : les *stratégies individuelles* et les *stratégies organisationnelles*. Les stratégies individuelles peuvent comprendre des *mesures curatives* (hygiène de vie, exercices physiques réguliers...) et des *mesures préventives* (comportements anti-stress tels que soigner les relations avec autrui, prendre de la distance, reconnaître ses limites...). Face au stress, Montgomery et al. (2010) distinguent les *stratégies fonctionnelles* (planification, *coping* actif, réinterprétation positive, acceptation), les *stratégies dysfonctionnelles* (blâme dirigé vers soi, déni, usage de substances, désengagement comportemental) et les *stratégies aux fonctions moins bien connues et généralisables* (soutien social, expression émotionnelle, religion, humour, distraction). De nombreux travaux ont étudié ces différentes stratégies. Ceux de Martin (1996), de Downe (1999), ou de Guibert et al. (2002) ont démontré que l'humour peut agir comme une stratégie d'ajustement face à une situation difficile. Selon une étude réalisée par Moisson et Roques (2005), dans un service des urgences de nuit, le personnel soignant utilise différentes stratégies d'ajustement pour faire face au stress professionnel : le fatalisme, le rire, le refuge dans les dérivatifs, la fuite du poste de travail, le soutien social. Selon Lazarus et Folkman (1984), il existe plusieurs réponses : la minimisation de la menace, l'auto-accusation, l'évitement-fuite, la réévaluation positive et l'expression des émotions. Une étude (Laugaa et Bruchon-Scheitzer, 2005) sur l'ajustement au stress professionnel révèle que les enseignants français du premier degré utilisent quatre types de *coping* : le besoin de communiquer, le *coping* centré sur le problème, le style d'enseignement traditionnel et le *coping* évitant qui sont nocifs (ils amplifient le non accomplissement professionnel et la dépersonnalisation). D'après une étude sur le stress perçu par des secrétaires suite à des changements technologiques, Dolan et Tziner (1988) préconisent une information et des formations appropriées pour diminuer l'ambiguïté de rôle liée à l'automatisation. Dans la gestion du stress, Edey Gamassou (2003) parle de « *coping innovant* » « *quand un individu introduit et applique, intentionnellement, seul ou dans un groupe, de nouvelles compétences ou procédures conçues pour lui profiter, en ceci que les demandes externes reconnues et évaluées comme excédant les ressources sont réduites et apaisées* ». Dans une situation stressante telle qu'un changement organisationnel, les individus tentent de s'adapter en innovant (révision des méthodes de travail, formations...) pour faire face à de nouveaux rôles. La théorie des transitions de rôles professionnels de Nicholson (1984) explique que le *coping* implique une combinaison de changements personnels et d'innovations de rôle. Quatre modes

d'ajustement sont définis : l'absorption, l'exploration, la réplication et la détermination. L'utilisation de ces stratégies évolue avec les degrés de latitude de décision et de nouveauté de l'emploi. Pour effectuer ces ajustements avec succès et limiter le stress, l'individu va mobiliser des ressources. C'est ce qu'explique la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll (1989). Cette théorie du stress repose sur un principe selon lequel le comportement de l'individu est motivé par une tendance à rechercher activement à créer un monde procurant plaisir et succès. Les ressources investies vont ainsi permettre de résister au stress en aidant l'effort d'ajustement face au stress (Safy, 2011).

1.2.2 Les stratégies d'ajustement face aux tensions de rôle

Les tensions de rôle ont fait l'objet de nombreuses études, en revanche les recherches sur les stratégies d'ajustement sont plus réduites. Certes, beaucoup de travaux se sont intéressés au thème du *coping* face au stress. Pour identifier les stratégies d'ajustement utilisées face aux tensions de rôle, de nombreux auteurs ont étudié le personnel en contact avec la clientèle (Alis, 1997) tels que les fonctionnaires des impôts ou des HLM (Eymar et al., 1993, 1994), les banquiers (Courpasson, 1993, 1994, 1995 ; Alter, 1989, 1993), les auditeurs (Wissler, 1989), les conducteurs de bus (Katz et Eisenstadt, 1960 ; Shamir, 1980), les hôtesses de l'air (Terkel, 1972), les serveurs (Butler et Snizek, 1976 ; Bigus, 1972), les caissières en grandes surfaces (Rafaeli, 1989) ou les vendeurs de chaussures (Weatherly et Tansik, 1992). Une revue de cette littérature réalisée par Grima (2000) dégage quatre ensembles de stratégies : l'exemplarité (faire des efforts importants et variés pour satisfaire les attentes du client), l'arrangement (satisfaire le client au détriment des autres partenaires), la mise à distance (jouer sur les attentes de rôle perçues et rappeler les limites de la relation) et la fuite (éviter le client). Dans cette revue de littérature, Grima (2000) dégage des *variables modératrices* des tensions de rôle et facilitant la mise en place des stratégies d'ajustement : les traits de personnalité (le locus de contrôle, l'estime de soi, le type A¹, le besoin d'accomplissement, le besoin de clarté, le soutien social² et l'ancienneté dans le métier), le niveau organisationnel/hiérarchique, l'identité de la tâche et la participation au processus de décision. Les travaux de Grima (2000) sur les responsables de formation professionnelle continue distinguent cinq stratégies : comprendre le client, prévenir les difficultés, modifier les attentes de rôle, servir le client et se dédouaner. Roques et Serrano Archimi (2009) ont réalisé une étude auprès de dix cadres intermédiaires dans laquelle ils abordent l'ambiguïté de rôle et le conflit de rôle en relation avec la notion de duplicité (double jeu). Cette étude révèle que le cynisme apparaît comme une stratégie d'ajustement à un conflit de rôle. Royal (2000) a repéré des *stratégies comportementales* (affirmation de soi, apprentissage spécifique, bâclage, délégation de la tâche, différer la réponse, digression, justification, médiation, réalisation de la tâche, recherche de collaboration) et *cognitives* (auto évaluation, délai de mise en œuvre, gestion des priorités, préparation, recherche de solutions, réévaluation). Cette étude révèle la variété des stratégies adoptées pour faire face aux tensions de rôle. Il en ressort aussi que les répondants ont une préférence pour les stratégies de contrôle par opposition aux stratégies d'évitement.

De nombreuses recherches ont identifié l'existence de tensions de rôle chez les acteurs frontaliers. Ces recherches ont permis d'identifier une série de stratégies d'ajustement utilisées pour faire face à ces tensions de rôle. Dans la continuité de ces travaux réalisés, l'objectif de notre étude est de mieux comprendre ce processus de réaction chez les cadres de santé. Les cadres de santé utilisent-ils les mêmes stratégies que les acteurs frontaliers déjà étudiés ? Développent-ils de nouvelles stratégies caractéristiques à leur fonction ? C'est ce que notre étude a tenté d'examiner.

¹ Ensemble de comportements caractérisés par un goût de la réussite, la compétition, l'impatience, l'hostilité et la vigueur des gestes et de la voix (Grima, 2000)

² Transaction interpersonnelle nécessitant l'un des éléments suivants : intérêt émotionnel (sympathie, amour), aide contributive (rendre service), connaissances ou appréciation de l'environnement (House, 1981)

2. Etude qualitative

2.1 Méthodologie de la recherche

2.1.1 Collecte des données

Notre étude a été réalisée auprès d'un échantillon de 14 cadres de santé au sein d'un même Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) (voir tableau 1). Pour cela, nous avons pris contact avec le Directeur des soins, coordonnateur général des soins du CHRU avec qui nous avons discuté de notre objet de recherche. Nous lui avons décrit le type de profil de cadres que nous souhaitions rencontrer (diversité en genre, âge, ancienneté sur le poste...). Nous souhaitions aussi interroger des cadres supérieurs de santé qui nous donneraient un point de vue différent sur l'évolution de cette fonction à l'hôpital. Le Directeur des soins nous a donné une liste de contact de cadres préalablement informés de notre démarche. Ces cadres que nous avons vus en entretien nous ont eux aussi donné d'autres contacts. Avec un objectif d'hétérogénéité, nous avons interrogé des cadres évoluant dans des pôles différents, dans des établissements différents du CHRU, mais aussi dans des services différents au sein d'un même pôle. Nous avons aussi rencontré des cadres transversaux, non rattachés à un pôle (exemple : cadre diététicienne, cadre de bloc opératoire). Nous avons interrogé des cadres hommes et femmes, d'âges différents (de 42 à 54 ans) avec une expérience plus ou moins grande dans la fonction (de 1 à 19 années), pour comparer leur vision du rôle actuel de cadre de santé. Les plus anciens ont pu nous donner une idée plus précise de l'évolution de ce métier durant ces dernières années.

La collecte des données s'est effectuée sur une période d'une année. Nous avons procédé à une série d'entretiens individuels réalisés en face à face dans le bureau des cadres. Les entretiens ont été semi-directifs, menés à l'aide d'un guide d'entretien qui a favorisé la stratégie d'analyse comparative et cumulative entre les différents répondants. Les objectifs de notre recherche ont été dévoilés aux cadres de santé pour collecter les données de façon plus centrée et plus rapide. Ces entretiens ont été enregistrés avec l'accord des répondants. Finalement, nous sommes arrivés à un seuil de saturation à partir du 13ème entretien. Nous avons aussi organisé une dizaine de journées d'observation qui nous ont permis de visualiser les différentes activités énumérées par les cadres durant les entretiens. Pour cela, nous avons suivi deux cadres de santé d'un même pôle, en prenant des notes illustrant leurs différentes activités quotidiennes. Nous avons choisi de suivre une jeune cadre diplômée ainsi qu'une cadre plus expérimentée. Chaque cadre a été suivi toute la journée depuis sa prise de poste vers 8h00 jusqu'au soir 17h00.

2.1.2 Traitement et analyse des données

Pour traiter les données récoltées grâce aux entretiens enregistrés et aux notes manuscrites issues des journées d'observation, nous les avons retranscrites de manière exhaustive. Nous avons procédé à une analyse de contenu en nous fondant sur la méthode des théories enracinées développée par Glaser et Strauss (1967). Nous avons procédé à une post codification des entretiens suivant la méthodologie de Glaser et Strauss (1967) et effectué un codage ouvert (« *open-coding* »). Cette codification a donné lieu à de nombreuses itérations successives entre le corpus et la littérature existante (Strauss et Corbin 1998). Elle nous a permis d'identifier l'ensemble des éléments présents dans le corpus. L'analyse de contenu des journées d'observation et des entretiens retranscrits a été faite par analyse thématique (unité de codage : la phrase). Les thèmes identifiés sont tous relatifs au métier de cadre de santé à l'hôpital et aux conséquences des changements liés aux différentes réformes issues du NMP. Nous avons découpé et rangé les extraits de texte par catégorie thématique.

2.2 Résultats de l'étude

2.2.1 Les stratégies d'ajustement utilisées face aux tensions de rôle identifiées

- Les stratégies d'ajustement utilisées face aux conflits de rôle intra émetteur :

Les moyens fournis par l'hôpital ne sont pas toujours en adéquation avec les injonctions de la Direction. Cela peut provoquer des conflits de rôle intra émetteur chez le cadre de santé qui est responsable de la gestion optimale de son unité.

« Quand il y a de l'absentéisme je ne peux pas compenser avec le reste du personnel à 100%. On doit faire le même travail mais avec moins de personnel pour respecter les injonctions de la Direction » (cadre de santé, Orthopédie).

La **prise de recul** est l'une des stratégies utilisées par les cadres de santé pour faire face à la pression engendrée par ce type de conflit de rôle intra émetteur.

« Je prends du recul, je réfléchis... je gère mieux l'absentéisme avec l'expérience » (cadre de santé, Orthopédie).

« J'ai repris le travail lundi. Ca faisait 15 jours que je n'étais pas là. Avant de partir, j'étais à cran complet, j'avais mal au dos. Je savais que les plannings ne tourneraient pas cet été. J'ai pris du recul en 15 jours et je me suis dit «arrête de prendre pour toi quelque chose qui est institutionnel » (cadre de santé, Réanimation Nouveau-nés).

La **formation** est une autre stratégie utilisée par les cadres de santé pour prendre de la distance et donner du sens à leur travail quotidien au sein des services. Durant les entretiens, nous avons rencontré beaucoup de cadres ayant choisi de suivre un MASTER organisé par le CNAM³ et l'IFCS⁴ intitulé « Développer les compétences et intervenir dans les organisations ». Cette formation se révèle être pour les cadres de santé un moyen de prendre de la distance pour analyser et comprendre leur métier qui évolue.

« J'ai eu besoin de retravailler intellectuellement en faisant le Master... j'étais un peu en manque de mise à distance pour analyser le travail et mieux le comprendre » (cadre de santé, Bloc opératoire).

Le **renoncement au travail parfait** est aussi une stratégie utilisée par les cadres de santé lorsqu'ils ne parviennent pas à répondre aux attentes contradictoires de la Direction.

« Il faut faire le deuil du travail parfait. L'idéal n'existe pas. Ce ne sont pas des histoires d'incapacités individuelles. C'est le système qui ne permet pas de fonctionner idéalement » (cadre supérieur de santé, Pôle EMBRUN).

« On ne peut pas rendre un résultat parfait. Il y a un apprentissage du renoncement à faire » (cadre de santé, Pôle Digestif).

- Les stratégies d'ajustement utilisées face aux conflits de rôle inter émetteur :

Le cadre de santé a un rôle d'articulation qui peut entraîner des conflits de rôle inter émetteur. Pour assurer le bon fonctionnement du service et la satisfaction de son personnel, le cadre de santé doit tenir compte, à la fois, des besoins relatifs à l'activité et des besoins de son personnel soignant.

« Je gère 80 filles entre 20 et 60 ans. J'ai toutes les problématiques de la femme au travail entre 20 et 60 ans... Si je veux fidéliser mon équipe il faut que je fasse tout pour qu'elles puissent concilier leur vie professionnelle avec leur vie privée. Sinon elles tiennent pas. Dans un service comme ça, on a entre 50 et 60 morts d'enfant par an. Les filles doivent tenir. Pour cela je dois trouver un juste équilibre... » (cadre de santé, Réanimation des nouveau-nés).

Lors des journées d'observation, nous avons découvert que le **jeu** et l'**humour** pouvaient être des moyens utilisés par les cadres de santé pour tisser du lien avec l'équipe et relâcher les tensions subies.

« Le fait de jouer un peu, ça détend et ça met une autre ambiance » (cadre de santé, Réanimation Nouveau-nés).

³ CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers

⁴ IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

Le **lien** et la **communication** facilite le dialogue et la mise en confiance du cadre de santé avec son équipe. C'est aussi un moyen de discuter des différentes problématiques rencontrées dans les services.

« *La communication est très importante... ce qui est important, c'est de développer une confiance mutuelle avec les équipes...* » (cadre de santé, Hépatogastro-Entérologie).

Pour dénouer des situations difficiles qui positionnent le cadre de santé comme un « *marginal sécant* », la **négociation** et la **stratégie de contournement** peuvent être utilisées. Avec l'expérience, les cadres de santé apprennent à négocier pour éviter la confrontation.

« *La personnalité de ne pas être dans la confrontation sur des faits et un savoir-faire qui s'est développé grâce à la fonction. Négocier c'est aussi pouvoir proposer autre chose. C'est connaître les marges de manœuvre de son organisation* » (cadre supérieur de santé, Imagerie médicale).

« *On est obligé de déployer des trésors de diplomatie, des réseaux (affinités) sous terrains... Ça sert quand j'ai des soucis... J'ai développé des stratégies de contournement des difficultés* » (cadre de santé, Réanimation Nouveau-nés).

- Les stratégies d'ajustement utilisées face aux conflits de rôle inter rôle :

Les cadres de santé, notamment les mères de famille, ne parviennent pas toujours à concilier leur vie professionnelle et leur vie privée (conflit de rôle inter rôle). Ce métier nécessite un investissement important en énergie et en temps.

« *J'habite assez loin de l'hôpital donc je viens très tôt le matin. J'arrive entre 7h15 et 7h45. Avec les embouteillages, je suis obligée de partir tôt le matin. Et le soir je me tape au minimum 1 heure de route... J'ai une fille qui a 17 ans qui est interne. J'ai un fils de 11,5 ans pour qui l'année de 6ème a été difficile parce que j'étais moins disponible. D'autant plus qu'il est dyslexique et qu'il a besoin de soutien* » (cadre de santé, Réanimation Nouveau-nés).

En ce qui concerne le lien avec la famille, les journées d'observation nous ont révélé que les cadres de santé pouvaient utiliser leur **téléphone portable** pour échanger avec leur conjoint ou leurs enfants. Cet outil semble être un moyen de garder un lien oral ou écrit (avec les SMS⁵).

La nouvelle génération de cadres essaye de **mettre de la distance** entre vie privée et vie professionnelle.

« *Pour les jeunes cadres de santé, c'est un vrai travail d'essayer de créer cette mise à distance qui permet d'exiger de soi-même de laisser la boutique et de partir... Ils sont plus attentifs à cet équilibre et essayent de ne pas se laisser dévorer* » (cadre supérieur de santé, Pôle Digestif).

« *Je privilégie ma vie personnelle. Entre midi et deux, je rentre à la maison pour retrouver mon épouse et ma mère pour préserver ma vie familiale* » (cadre de santé, Psychiatrie).

- Les stratégies d'ajustement utilisées face aux conflits de rôle personnel :

Certains cadres de santé interrogés ont révélé avoir été en situation de contradiction avec leurs propres valeurs personnelles (conflit de rôle personnel). Face à ce type de tension de rôle, les cadres de santé interrogés ont tous utilisé la **fuite** comme stratégie d'ajustement.

« *J'ai changé de poste à ma demande. Caricaturalement, seule la production comptait. Il fallait produire, produire...* » (cadre de santé, Bloc opératoire).

« *J'ai été le témoin de choses aux urgences qui étaient en contradiction complète avec mon idéal au travail... je me suis dit « je ne trouve rien à ce qui correspond à mes valeurs... Puis il y a eu rupture. J'ai dit : stop* » (cadre de santé, Anesthésie et Réanimation).

« *Faire sortir des gens qui ne sont pas stabilisés parce qu'il manque des places... Là ça heurtait mes valeurs... je suis partie* » (cadre de santé, Consultations Pôle Digestif).

⁵ SMS : « Short Message Service » ou Texto

- Les stratégies d'ajustement utilisées face à la surcharge de travail :

La plupart des cadres interrogés reconnaissent être très sollicités. Leur activité se résume en général à répondre à une succession de demandes de multiples origines (personnel, étudiants, patients, administration, hiérarchie...) qui mène à une surcharge de travail.

« Le problème c'est la surcharge de travail. On arrive pas à le faire comme on aimerait. Il y a de l'insatisfaction qui peut en ressortir » (cadre de santé, Service diététique).

« C'est jours là où je suis sollicitée sans arrêt, je rentre épuisée et morte. Je suis vidée de ma substance » (cadre de santé, Réanimation Nouveau-nés).

« Je prends de plus en plus de travail chez moi (je ne peux plus faire les planning, les plans de formation... à l'hôpital) » (cadre de travail, Médecine interne).

Le **soutien social** (collègues, équipe de soins, conjoint, amis...) permet aux cadres de supporter cette surcharge de travail.

« On discute. On travaille beaucoup en binôme avec ma collègue cadre pour diminuer cette pression. On s'équilibre toutes les deux. On peut compter l'une sur l'autre. C'est un réel soutien » (cadre de santé, Réanimation Nouveau-nés).

« J'ai un retour aussi de l'équipe quand je suis en difficulté, qui vient à mon aide » (cadre de santé Diététicienne).

« Il y a une ambiance familiale avec autre chose à côté du travail, qui aide bien aussi » (cadre de santé, Bloc opératoire).

« L'activité bénéfique pour moi quand je suis en difficulté c'est la rencontre avec mes amis et ma famille qui travaille aussi à l'hôpital et avec qui je discute de ce qui se passe » (cadre de santé, Psychiatrie).

Pour gérer le stress lié à la surcharge de travail, les cadres apprennent à relativiser et à prendre du recul. La **mise à distance** les aide pour se réinvestir sur le terrain.

« J'arrive à prendre plus de recul, à me raisonner. Je me dis « où sont tes priorités ? »... Je suis capable de dire «stop». J'ai appris à lâcher prise » (cadre de santé, Anesthésie et Réanimation).

« Quand je suis en colère contre quelque chose ou quelqu'un, j'attends avant d'agir. Je prends du recul... C'est un truc que j'utilise et que j'avais pas avant ce poste » (cadre de santé, Diététicienne).

Pour faire face à la surcharge de travail, les cadres **trient et priorisent** leurs tâches quotidiennes.

« Je fais beaucoup de tri... Quand vous êtes une femme avec un boulot prenant, avec des enfants, un mari pas forcément toujours là (rires) qui est cadre aussi ailleurs, il faut prioriser » (cadre de santé, Bloc opératoire).

« Quand je me sens noyée, je me mets sur le papier les priorités et les objectifs. Je fais un tri » (cadre de santé, Diététicienne).

« Je priorise sinon je ne m'en sors pas » (cadre de santé, Médecine interne).

Les **activités extra-professionnelles** permettent aux cadres de faire face à la surcharge de travail.

« Quand j'arrive plus à gérer, je prends des vacances. Je coupe... Je fais du sport... ça m'aide beaucoup dans le boulot » (cadre de santé, Réanimation Nouveau-nés).

« Je fais du sport 2 fois par semaine et si j'y vais pas, je le sens. Je cours. J'aime aller au cinéma, j'essaye de me déconnecter en me divertissant » (cadre de santé, Médecine Interne).

« Le yoga me permet de trouver des ressources à l'extérieur... de me déconnecter » (cadre de santé, Bloc opératoire).

«Le yoga aide à mieux dormir, permet de mettre de la distance par rapport à des situations difficile » (cadre supérieur de santé, Pôle EMBRUN).

« J'évacue par le sport... Ça me vide la tête, ça me fait un bien fou. C'est un moyen de tenir » (cadre de santé, Diététicienne).

Les résultats de cette recherche révèlent l'existence de tensions de rôle chez les cadres de santé. Ils nous révèlent aussi que les cadres de santé luttent pour maintenir et protéger leurs ressources (COR Theory, Hobfoll, 1989) en développant des stratégies d'adaptation. Cette étude nous a permis d'identifier les différentes stratégies d'ajustement qu'ils utilisent pour faire face aux conflits de rôle et à la surcharge de travail. L'étude n'ayant pas révélé l'utilisation de stratégies d'ajustement face aux ambiguïtés de rôle, nous avons choisi de ne pas prendre en compte ce type de tension de rôle dans l'analyse de nos résultats. Ces premiers résultats nous mènent à penser que le gestionnaire doit pouvoir agir sur le bien être des cadres de santé à l'hôpital. D'une part, en diminuant leur surcharge de travail et d'autre part, en leur permettant de développer des stratégies fonctionnelles favorisant leur bien-être. Une première réflexion peut être menée sur la révision de la formation des cadres de santé et de leur accompagnement au moment de la prise de fonction. Une seconde réflexion peut aussi être menée sur les moyens de développer ces stratégies chez les cadres de santé déjà en poste.

2.2.2 Discussion et remarques conclusives

Nos résultats révèlent l'existence de tensions de rôle chez les cadres de santé liées notamment à l'évolution de l'organisation de l'hôpital public. Cette étude nous confirme que les cadres de santé se trouvent aujourd'hui dans une position difficile à gérer : à l'interface entre management et soin. L'objectif de cette étude était d'examiner les liens éventuels entre tensions de rôle et stratégies d'ajustement utilisées par les cadres de santé. Nos résultats convergent vers ceux d'Edey Gamassou (2003), identifiant un lien entre situation stressante de changement et « *coping* innovant ». Dans une situation stressante telle que le changement organisationnel, les cadres de santé tentent de s'adapter en développant de nouveaux comportements (prise de recul, négociation, renoncement au travail parfait, gestion des priorités) pour faire face à leurs nouveaux rôles. A la lecture de nos résultats, les cadres de santé qui vivent aujourd'hui une mutation de leur métier, développent des stratégies s'ajustement pour faire face aux tensions de rôle qu'ils vivent au quotidien. Les résultats révèlent que les cadres de santé utilisent des stratégies d'ajustement (refuge dans les dérivatifs, activité physique régulière, soutien social, formation, fuite du poste de travail, humour...) déjà étudiées dans les recherches sur le stress professionnel, pour faire face aux conflits de rôle ou à la surcharge de travail (Dolan et Tziner, 1988 ; Martin, 1996 ; Downe, 1999 ; Guibert et al., 2002 ; Moisson et Roques, 2005 ; Montgomery, 2010. Ces résultats rejoignent aussi ceux de Grima (2000) ou ceux de Royal (2000) sur l'étude des stratégies d'ajustement utilisées face aux tensions de rôle (mise à distance, fuite, soutien social, gestion des priorités). Cette étude démontre que les organisations hospitalières doivent prendre en compte différents facteurs pour améliorer les conditions de travail des cadres de santé et l'activité qu'ils gèrent au sein de leur unité de soin. Cette prise en compte est nécessaire à la réussite du changement qu'est en train de vivre l'hôpital public. Pour cela, il est nécessaire d'étudier les différentes possibilités pour réduire ces tensions de rôle (adaptation des formations pour les cadres de santé, développement du soutien social, développement d'activités physiques sur le lieu de travail, réflexion sur la communication interne à l'hôpital...).

Pour enrichir cette étude, de futures recherches pourraient être menées afin d'étudier dans quelles mesures s'effectue la transition du rôle du cadre de santé à l'hôpital. Dans la lignée des travaux de Burellier (2011) sur le rôle du médecin-gestionnaire, l'hybridation du rôle de cadre de santé est une voie de recherche qu'il reste à approfondir. Dans cette optique, il serait intéressant de poser la question de l'identification du nouveau rôle de cadre de santé à l'hôpital. Suite aux dernières réformes du secteur hospitalier, il est apparu de nouveaux rôles mêlant soin et management, deux fonctions dont la combinaison semble difficile. Ces évolutions peuvent porter à penser que les professionnels du soin tels que les cadres de santé vivent actuellement des conflits d'identité qu'il est important de prendre en compte (Georgescu et Rivière, 2012).

Enfin, soulignons que notre recherche recèle quelques limites. Concernant la méthodologie, nous n'avons pas voulu nous baser uniquement sur le discours des cadres. Nous avons donc choisi d'enrichir nos données obtenues avec les entretiens par l'observation des acteurs en action dans leur

contexte de travail quotidien. Cependant, il est envisageable que les comportements observés ne reflètent pas totalement la réalité. La présence du chercheur pouvant biaiser le comportement naturel de l'individu observé. De plus, notre échantillon se restreint à un seul CHRU et à une seule année d'investigation. Des investigations longitudinales et au sein de différents CHRU sont autant de prolongements possibles à ce travail. Il sera d'autant plus intéressant de suivre l'évolution du métier de cadre de santé dont le système de formation est en train d'être révisé.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon de cadres de santé interrogés et observés

N° d'entretien	Durée de l'entretien	Genre	Age (ans)	Ancienneté dans le secteur public (années)	Ancienneté sur le poste de CS (années)	Nom du Pôle/Unité	Fonction
1	1h02min	Féminin	53	27	19	Pôle EMBRUN	Cadre supérieur de Santé
2	1h00min	Féminin	47	25	11	Bloc opératoire	Cadre de santé
3	1h11min	Masculin	48	26	4	Animation et Anesthésie	Cadre de santé
4	1h13min	Féminin	45	22	10	Imagerie médicale	Cadre supérieur de Santé
5	1h33min et journées d'observation	Féminin	42	20	9	Réanimation pour nouveau-nés	Cadre de santé
6	2h01min	Féminin	54	32	6	Service diététique	Cadre de santé
7	1h22min	Féminin	50	30	19	Pôle digestif	Cadre supérieur de Santé
8	42min	Féminin	51	30	17	Médecine Interne	Cadre de santé
9	1h29min	Masculin	50	20	8	Psychiatrie	Cadre de santé
10	1h57min	Féminin	48	28	7	Orthopédie	Cadre de santé
11	1h41min	Masculin	47	22	8	Laboratoire Anatomie Pathologie	Cadre de santé
12	1h16min	Féminin	48	26	11	Hépto-gastro entérologie	Cadre de santé
13		Féminin	52	24	17	Consultation	Cadre de santé
14	Journées d'observation	Féminin	43	20	1	Soins intensifs pour nouveau-nés	Cadre de santé

Bibliographie

Abord de Chatillon E., Ardouin T. (2003), « L'audit du stress au travail : un audit de santé de l'organisation ? », *5ème université de l'audit social*

Alis D. (1997), *Conflits de rôles et régulations autonomes du personnel en contact avec la clientèle : le cas des agents généraux d'assurance*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Université Aix-Marseille

Alter N. (1989), « Service public et action commerciale : le dilemme organisationnel des télécommunications », *Sociologie du travail*, n°3

Alter N. (1993), « Innovation et organisation : deux légitimités en concurrence », *Revue française de Sociologie*, XXXIV, p. 175-197

Amar A., Berthier L. (2006) « Le nouveau management public : avantages et limites », *XVI international RESEER conference*, Lisbon

Baret C. (2002), « Hôpital : le temps de travail sous tension. Une comparaison Belgique, Italie, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas et Suède », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n°3, p. 75-107

Bigus O. (1972), « The milkman and his customer: a cultivated relationship », *Urban life and Culture*, 1, p. 131-165

Borgi S. (2002), « L'influence des perceptions de rôles sur l'intention de départ volontaire chez les commerciaux », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°44

Bourret P. (2008), « Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible », *Revue française d'administration publique*, n° 128, p. 729-740

Burellier F. (2011), *Etre ou ne pas être médecin-gestionnaire ? Etude de la transition de rôle de responsable de pôle au sein des hôpitaux publics français*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Grenoble

Burellier F. (2008), « L'hybridation de rôle dans les hôpitaux publics : le compromis identitaire des « professionnels-managers », *19^{ème} Congrès de l'AGRH*

Butler S.R., Snizek W.E. (1976), « The waitress-diner relationship: a multivariate approach to the study of subordinate influence », *Sociology of Work and Occupation*, n°3, p. 207-222

Codo S. (2011), « Inégalités des managers publics territoriaux face au stress professionnel : impact des tensions de rôle », *22ème Congrès de l'AGRH*

Colle R., Moisson V. (2007), « L'impact du stress professionnel et du déséquilibre effort/récompense sur l'intention de départ des infirmières », *18ème Congrès de l'AGRH*

Commeiras N., Fournier C., Loubès A. (2003), « Les tensions de rôle, la surcharge de travail et le système de contrôle : des déterminants de l'opportunité d'innovation dans le travail ? Une étude empirique auprès des managers de rayon », *14^{ème} Congrès de l'AGRH*

Commeiras N., Loubès A., Fournier C. (2009), « Les effets des tensions de rôle sur l'implication au travail : une étude auprès des managers de rayon », *Management international*, vol. 13, n°4, p. 73-89

Coulon R. (2011), « Le cadre de santé, la gestion et le soin », *22ème congrès de l'AGRH*

- Courpasson D. (1993), « Etre directeur d'agence, hier, aujourd'hui et demain », *Banque*, n°543, Décembre
- Courpasson D. (1994), « Marché concret et identité professionnelle locale », *Revue Française de Sociologie*, vol. XXXV
- Courpasson D. (1995), « Eléments pour une sociologie de l'action commerciale : paradoxe de la modernisation dans la banque », *Sociologie du travail*, n°1, p. 135-172
- Crozier M., Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système*, Edition du Seuil, Paris
- Detchessahar M., Grevin A. (2009), « Un organisme de santé... malade de «gestionnite» », *Gérer et comprendre*, n° 98, p.27-37
- Dewe P.J. (1987), « Identifying strategies nurses to cope with work stress », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 12
- Dolan S., Tziner A. (1988), « Implementing computer-based automation in the office: A study of experiences stress », *Journal of Organizational Behavior*, vol. 9
- Downe P. (1999), « Laughing when it hurts: humor and violence in the lives of Costa Rican prostitutes », *Women's studies International Forum*, vol. 22
- Dumas M., Ruiller C. (2011), « Quelles compétences pour le cadre de santé de demain ? Entre prescriptions multi-objectifs et réalité du terrain : un métier à «panser» », *22ème Congrès de l'AGRH*
- Edey Gamassou C. (2003), « Innover sans stress et gérer le stress innovant », *14ème Congrès de l'AGRH*
- Eymard-Duverney L., Marchal E. (1993), « Les agents des services publics à l'épreuve des usagers », *Cahier du CEE*, Centre d'Etudes de l'emploi
- Eymard-Duverney L., Marchal E. (1994), « Les règles en action. Entre une organisation et ses usagers », *Revue Française de Sociologie*, n°25
- Fischer C.D., Gitelson R. (1983), « A meta-analysis of correlates of the role conflict and role ambiguity », *Journal of Applied Psychology*, n°68, p. 320-333
- Georgescu I., Rivière A. (2012), « Managerialism and professional identity: an exploratory study in French Public Hospitals », *EURAM Conference*, Rotterdam
- Glaser B., Strauss A. (1967), *The discovery of grounded theory: Strategies of qualitative research*, London: Wledenfeld and Nicholson
- Guibert N., Paquerot M., Roques O. (2002), « L'humour en management : un essai de structuration du domaine », *16^{ème} Journées de l'IAE*, Paris
- Grima F. (2000), *Ambigüité et conflit de rôle au travail : une proposition d'un modèle explicatif synthétique*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Evry-Val-d'Essonne
- Grima F. (2004), « Les conséquences de l'ambigüité et du conflit de rôle au travail : proposition d'un modèle explicatif synthétique », *Revue de Gestion des ressources Humaines*, n°54
- Hobfoll S.E. (1989), « Conservation of resources », *American Psychologist*, n°44, p. 513-524

- Hollet S. (2002), *Une contribution à la compréhension du phénomène de stress de la force de vente : la notion d'épuisement professionnel*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Montpellier 2
- House J.S. (1981), *Work stress and social support*, Reading, MA: Addison Wesley
- Jackson S.E., Schuler R.S. (1985), « A meta-analysis and conceptual critic of research on role conflict and role ambiguity in work setting », *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, n°36, p. 16-78
- Kahn R.L., Boiesiere (1992), « Stress in Organizations », dans Dunnette M., Hough L., « Handbook of Industrial and Organizational Psychology (3) », *Consulting Psychologists Press*, p. 571-650, Palo Alto
- Kahn R.L., Wolfe D.M., Quinn R.P., Snoeck J.D. (1964), *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*, New York, J. Wiley & Sons
- Katz E., Eisenstadt S. (1960), « Some sociological observations on the response of Israeli organizations to new immigrants », *Administrative Science Quarterly*, vol. 5, p. 113-133
- Katz D., Kahn R.L. (1978), *The social psychology of organizations*, New York, J. Wiley & Sons
- Laugaa D., Bruchon-Sweitzer M. (2005), « L'ajustement au stress professionnel chez les enseignants français du premier degré », *OSP n°34-4*, p. 499-519
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress appraisal and coping*, Springer Publishing Company, New York
- Loubès A. (1997), *Contribution à l'étude des tensions de rôle des agents de maîtrise en milieu industriel*, Thèse de doctorat, Université de Montpellier II, Montpellier
- Lung-Tan L., Yuan-Ho L. (2007), « The effect of supervision style and decision making on role stress and satisfaction of senior foreign managers in international joint ventures in China », *International Journal of Commerce and Management*, vol. 17, n°4, p. 284-294
- Martin R. (1996), « Humor as a therapeutic play: stress-moderating effects of sense of humor », *Journal of Leisureability*, vol. 23
- Moisson V., Roques O. (2005), « Stress et stratégies d'ajustement : une étude exploratoire sur les moyens de faire face développés par un service des urgences de nuit », *7ème Université de Printemps de l'IAS*
- Montgomery C., Morin Y., Demers S. (2010), « Le stress, les stratégies d'adaptation, le locus de contrôle et l'épuisement professionnel chez les professeurs universitaires francophones », *Revue canadienne d'enseignement supérieur*, vol. 10, p. 69-99
- Newton J.N., Jimmieson N.J. (2008), « Role stressors, participative control and subjective fit with organizational value: Main and moderation effects on employee outcomes », *Journal of Management and Organization*, vol. 14, p. 20-39
- Nicholson N. (1984), « A theory of work-role transitions », *Administrative Science Quarterly*, vol.29
- Ortqvist D., Wincent J. (2006), « Prominent consequences of role stress: a meta-analytic review », *International Journal of Stress Management*, vol. 13, p. 399-422

- Osborne D., Gaebler T. (1992), *Reinventing government, how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Reading Mass: Addison-Wesley
- Ouimet G. (1994), « En matière de performance au travail, évitez les excès ! », *Revue Internationale de Gestion*, p. 99-108
- Perrot S. (1999), « Identification des différentes formes de conflits de rôles : le cas des jeunes diplômés nouvellement embauchés », *10^{ème} congrès de l'AGRH*
- Priscilla E. (2000), « Stress and workload of professional women in Sweden », *The Academy of Management Executive*, Ada
- Rafaeli A. (1989), « When cashiers meet customers: an analysis of the role of supermarket cashiers », *Academy of management Journal*, vol. 32, p. 245-273
- Roger A., Roques O. (1995), « Le stress au travail des cadres : déterminants et modes de réaction », *6^{ème} Congrès de l'AGRH*
- Rogers R.E. (1977), « Components of organizational Stress among Canadian managers », *Journal of Psychology*, 95, p. 265-273
- Roques O. (1999), *Les réactions des salariés aux transitions de carrière : une approche en termes de stress au travail*, Thèse de Doctorat, Université de Droit, d'Economie et des Sciences d'Aix-Marseille III
- Roques O., Serrano Archimi C. (2009), « La perception du cynisme dans l'organisation : duplicité de rôle, stratégies d'ajustement et stress », *The International Journal of the Biology of stress*
- Royal L. (2007), *Le phénomène des tensions de rôle chez le directeur adjoint d'école de l'ordre d'enseignement secondaire du Québec*, Thèse de Doctorat, Faculté des études supérieures, Université de Montréal
- Ruiller C. (2008), *Le soutien social au travail : conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle : l'étude d'un cas hospitalier*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Rennes 1
- Safy F. (2011), *La relation entre souffrance et implication au travail dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources : le cas d'une organisation médico-sociale*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Paul Valéry - Montpellier 3
- Schmidt K.H., Neubach B. (2007), « Self-control demands: a source of stress at work », *International Journal of Stress Management*, vol. 14, n°4, p. 398-416
- Schaubroeck J.S., Cotton J.L., Jennings K.R., (1989), « Antecedents and consequences of role stress : a covariance structure analysis », *Journal of Organizational Behavior*, vol. 10, p. 35-58
- Shamir B. (1980), « Between service and servility: role conflict in subordinate service roles », *Human Relations*, vol. 33, p. 741-756
- Strauss A., Corbin J. (1998), *Basics of qualitative research* (2e ed.), Thousand Oaks, CA: Sage
- Terkel S. (1972), *Working*, Aron Books, New-York
- Trentsch-Joye S. (2011), *Rupture du contrat psychologique, stress et souffrance au travail : une recherche réalisée au sein d'un dispositif souffrance au travail du CHU de Toulouse-Purpan*, Thèse de doctorat en psychologie, Université de Toulouse 2 Le Mirail

Tubre T., Collins J. (2000), Jackson and Schuler (1985) Revisited: « A meta-analysis of the relationships between role ambiguity, role conflict, and job performance », *Journal of Management*, vol. 26

Weathlerly K.A., Tansik D.A. (1993), « Tactics used by customer-contact workers: effects of role stress, boundary spanning and control », *International Journal of Service Industry Management*, vol. 4

Wissler A. (1989), « Prudence bancaire et incertitude, Innovation et ressources locales », *Cahiers du Centre d'Etudes de l'Emploi*, n°32

Xie D. (2007), « Buffering or strengthening: the moderating effect of self-efficacy on stressor-strain relationship », *Journal of Career Assessment*, vol. 15, n°3, p. 351-366