



HAL
open science

Tensions de rôle et stratégies d'ajustement chez les cadres de santé : une étude empirique à l'hôpital public.

Audrey Rivière

► To cite this version:

Audrey Rivière. Tensions de rôle et stratégies d'ajustement chez les cadres de santé : une étude empirique à l'hôpital public.. Gestion et management. Université Montpellier II - Sciences et Techniques du Languedoc, 2014. Français. NNT : 2014MON20104 . tel-01513213

HAL Id: tel-01513213

<https://theses.hal.science/tel-01513213v1>

Submitted on 24 Apr 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur

Délivré par l'**Université de Montpellier 2**

Préparée au sein de l'école doctorale **EDEG**
Et de l'unité de recherche **Montpellier Recherche
en Management (MRM)**

Spécialité : **Sciences de Gestion**

Présentée par **Audrey RIVIERE**

**TENSIONS DE ROLE ET STRATEGIES
D'AJUSTEMENT
CHEZ LES CADRES DE SANTE :
une étude empirique à l'hôpital public**

**Soutenue le 5 décembre 2014 devant le jury présidé par le
professeur Gérard NARO et composé de :**

Madame Nathalie COMMEIRAS , Professeur des Universités, Université de Grenoble 2.	Directeur de Thèse
Madame Anne LOUBES , Maître de Conférences HDR, Université de Montpellier 2.	Co-Directeur de Thèse
Monsieur Christophe BARET , Professeur des Universités, Aix-Marseille Université.	Rapporteur
Monsieur Serge PERROT , Professeur des Universités, Université Paris-Dauphine.	Rapporteur
Monsieur Gérald NARO , Professeur des Universités, Université de Montpellier 1.	Examineur
Monsieur Emmanuel ABORD DE CHATILLON , Professeur des Universités, Université de Grenoble 2.	Examineur

« La faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur ».

RESUME : Depuis ces trois dernières décennies, la modernisation du secteur hospitalier implique un nouveau mode d'organisation de l'activité et une nouvelle répartition des pouvoirs à l'hôpital. De nouveaux modes de management ont été transposés du secteur privé pour perfectionner et 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 et de stress. Cette nouvelle gestion publique déstabilise 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 ? Ce travail de recherche s'intéresse tout particulièrement aux différentes stratégies d'ajustement utilisées par les cadres de santé, pour faire face aux tensions de rôle qui pourraient se développer. 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 qui sont désormais à l'interface entre une culture du soin et une culture gestionnaire. Cette recherche est basée sur une étude exploratoire menée auprès de 15 cadres de santé dans un CHRU et sur une enquête confirmatoire réalisée auprès de 445 cadres de santé répartis dans 39 établissements hospitaliers publics français. Les résultats révèlent que les cadres de santé se trouvent dans une position qui suscite différents types de tensions de rôle quotidiennes. Des stratégies d'ajustement utilisées par les cadres de santé pour faire face à ces tensions de rôle ont également été identifiées.

MOTS CLES : Tensions de rôle, Stratégies d'ajustement, Hôpital, Cadres de santé, Nouveau Management Public.

SUMMARY: Over the past three decades, the modernization of the hospital sector has given rise to a new way of organizing the activity and a new distribution of power in hospitals. New management methods have been transposed from the private sector with the aim to improve and modernize the public sector action. However, the objectives of these two sectors are not the same: satisfaction of the public interest for one of them and profitability for the other one. This difference can be beneficial (emulation in link with competition, substantial savings), but also a source of resistance and stress. This New Public Management destabilizes the different hospital actors who must respond, in the same time, to the principles of public service and to the economic logics of performance. In this context, role stresses can they develop for caregivers? This research is particularly concerned with the different strategies used by the healthcare managers to cope with this kind of potential role stresses. Different changes implemented with the New Public Management in hospitals have modified the role and functions of healthcare managers who are henceforth at the interface between a culture of care and a management culture. This research comprises an exploratory study conducted among 15 French healthcare managers in a public hospital and a confirmatory survey conducted among 445 French healthcare managers in 39 public hospitals. The results show that the healthcare managers are in a position that raises different type of daily role stresses. Strategies used by healthcare managers to cope with these role stresses have been also identified.

KEYWORDS: Role stresses, Coping strategies, Hospital, Healthcare Managers, New Public Management.

Remerciements

Au terme de cette recherche je tiens à exprimer toute ma reconnaissance envers l'ensemble des personnes qui ont contribué, grâce à leur soutien, à l'aboutissement de cette thèse.

Mes premiers remerciements s'adressent à mes deux directrices de thèse, Nathalie Commeiras et Anne Loubès, qui ont accepté de diriger cette thèse. Sans elles, ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Leur bienveillance, leurs conseils et leurs encouragements m'ont été d'une aide très précieuse.

Mes remerciements vont également aux différents membres du jury : les Professeurs Christophe Baret et Serge Perrot qui ont accepté d'évaluer ce travail de recherche, ainsi que les Professeurs Gérard Naro et Emmanuel Abord de Chatillon qui ont bien voulu prendre part au jury de soutenance de cette thèse. Je leur pris à tous de bien vouloir accepter l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

Par ailleurs, je tiens à remercier toutes les directions de soins des établissements qui ont accepté de diffuser l'enquête, et tous les cadres de santé qui ont bien voulu répondre au questionnaire. Plus particulièrement, je remercie les deux cadres de santé que j'ai suivis en observation durant toute une année.

Je suis également très reconnaissante envers tous mes collègues de l'IMPGT d'Aix-en-Provence pour m'avoir intégrée dans leur équipe pédagogique.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Irène Georgescu, Sari Mansour et Yosr Ben Tahar pour leur aide si précieuse concernant les traitements statistiques des données de l'enquête.

Je tiens aussi à remercier tous les doctorants de l'équipe MRM avec qui j'ai partagé de nombreuses et riches discussions durant ces quatre dernières années.

Je remercie également tous les membres de l'équipe ORHA ainsi que tous les membres de l'axe santé qui, par leurs remarques lors de nos réunions, ont contribué à l'enrichissement de mon travail.

Je remercie chaleureusement Estelle Rodriguez qui a participé à la relecture du manuscrit.

Enfin, mes remerciements les plus affectueux vont à tous ceux, famille et amis, qui m'ont encouragée et soutenue du début jusqu'à la fin de ce long parcours. Plus particulièrement, je remercie de tout mon cœur l'homme sans qui cette démarche n'aurait été mise en œuvre et achevée, Jacky Rabat à qui je dédie cette thèse.

Sommaire

INTRODUCTION GENERALE

PARTIE 1 : LE CADRE CONTEXTUEL ET THEORIQUE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE 1 : L'HOPITAL PUBLIC : UNE ORGANISATION EN EVOLUTION

SECTION 1 : L'évolution du management des établissements hospitaliers

SECTION 2 : Le métier de Cadre de santé à l'hôpital public

CHAPITRE 2 : VERS UN CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE POUR COMPRENDRE LES TENSIONS DE ROLE ET LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT

SECTION 1 : Les tensions de rôle et leurs conséquences

SECTION 2 : Les stratégies d'ajustement utilisées pour faire face aux tensions de rôle et à leurs conséquences

PARTIE 2 : LES ETUDES EMPIRIQUES SUR LES TENSIONS DE ROLE ET LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT DES CADRES DE SANTE

CHAPITRE 3 : L'ETUDE QUALITATIVE EXPLORATOIRE SUR LES TENSIONS DE ROLE ET LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT DES CADRES DE SANTE

SECTION 1 : Les objectifs et la méthodologie de l'étude qualitative exploratoire

SECTION 2 : Les résultats de l'étude qualitative exploratoire

SECTION 3 : La présentation du modèle de recherche et l'opérationnalisation des variables

CHAPITRE 4 : L'ETUDE QUANTITATIVE CONFIRMATOIRE SUR LES TENSIONS DE ROLE ET LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT DES CADRES DE SANTE

SECTION 1 : La méthodologie de l'étude quantitative confirmatoire

SECTION 2 : Le test des échelles de mesure retenues

SECTION 3 : Les résultats de l'étude quantitative confirmatoire

SECTION 4 : La discussion des résultats au regard de la littérature et de l'étude qualitative exploratoire

CONCLUSION GENERALE

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION GENERALE

Cadre contextuel de la recherche :

Au fil du temps, la gestion des organisations publiques s'est progressivement transformée en suivant les évolutions du monde politique et économique. Aujourd'hui, l'expression « *management public* » traduit les nouvelles règles de transparence, d'économie et d'efficacité auxquelles doivent se soumettre ces organisations (Bartoli, 2009). A travers des réformes successives, l'Etat tente de se moderniser en diminuant ses coûts et en restant efficace. Contraint par un monde et une France en perpétuelle évolution, il ne peut rester figé dans ses méthodes, au risque de voir filer ses déficits publics.

Ainsi, le Nouveau Management Public (NMP) prend son essor dans un contexte et un environnement qui semblent atténuer le clivage entre le secteur public et le secteur privé. Ce courant apparaît tout d'abord au Royaume-Uni, dans les années 1980, pour se développer dans de nombreux pays tels que la France. Basé sur des outils de gestion traditionnellement réservés au secteur privé, le Nouveau Management Public porte davantage attention aux résultats et aux moyens engagés pour les atteindre (Burellier, 2011).

Tous les services publics sont concernés, y compris l'hôpital qui s'est trouvé, durant ces dernières années, « *au cœur d'un mouvement de réformes accéléré* » visant à maîtriser ses dépenses pour satisfaire aux nouvelles exigences de soins liées à un vieillissement de la population (Gheorghiu et Moatty, 2014). L'institution hospitalière est particulièrement intéressante car elle s'est radicalement transformée depuis sa création dans l'empire byzantin et depuis son essor en Europe chrétienne. Initialement basé sur le principe de charité évangélique du christianisme, l'hôpital a longtemps été rattaché à l'Eglise, jusqu'à la Révolution de 1789 qui a permis sa laïcisation. Depuis, l'organisation hospitalière n'a cessé d'évoluer pour répondre aux exigences de son époque. Aujourd'hui, elle doit faire face à une crise de moyens humains et financiers dont les usagers prennent progressivement conscience, surtout depuis la disparition de certaines structures de proximité, « *à l'instar des gares, des bureaux de poste ou des classes de maternelle qui ferment en milieu rural ou faiblement urbanisé* » (Bonnici, 2007).

Les réformes se sont succédé pour faire évoluer la gestion de l'emploi et l'organisation des établissements hospitaliers. Les modes d'organisation de l'activité se sont transformés (exemples : externalisation des activités « supports » de restauration ou de nettoyage, constitution de pôles d'activité regroupant plusieurs services). Une nouvelle gouvernance hospitalière a vu le jour dans le cadre du plan hôpital 2007. Parallèlement, depuis 2004, les établissements sont tous progressivement financés par le système de la tarification à l'activité qui remplace la dotation globale. La création d'Agences Régionales de Santé (ARS) a réorganisé la politique de santé sur le territoire. Tout autant de bouleversements qui ont logiquement eu des conséquences sur l'environnement de travail et l'activité même des acteurs du soin.

Ces bouleversements entraînent leurs lots de questionnements quant à la mise en place de ces nouveaux modes et outils de management. Certains auteurs s'interrogent sur la pression à l'activité qu'ils provoquent. Les résultats des travaux de Georgescu et Naro (2012) « *révèlent l'existence d'une pression budgétaire qui s'accompagne de conflits de rôle, des résistances et une tendance à la manipulation de données* ». D'autres auteurs s'intéressent aux comportements de retrait qu'ils engendrent. L'étude de Baret (2002) souligne que le « *temps de travail sous tension* » à l'hôpital incite notamment les infirmières à quitter leur emploi au profit d'une activité libérale. De manière plus spécifique, certains auteurs étudient les conséquences des transformations du management des établissements de santé sur la santé au travail. A ce sujet, la thèse de Grévin (2011) révèle que « *l'hyper-régulation gestionnaire* » de ces établissements conduit à un déficit de management qui entraîne « *la disparition progressive des espaces de discussion, du dialogue, de la confiance et développe dans les équipes un sentiment d'abandon, de manque d'écoute et de reconnaissance* ». De manière plus critique, d'autres auteurs remettent en question le Nouveau Management Public « *imposé au nom de la Performance* », et soulignent ses effets négatifs sur la santé de l'hôpital (Mas, Pierru, Smolski et Torrielli, 2011). Dans leur ouvrage, Mas et ses collègues (2011) dénoncent « *un univers qui, sous l'effet des réformes, se bureaucratise, se déshumanise, génère toujours plus de démotivation et de résignation, de la souffrance au travail aussi, multiplie les conflits éthiques et de loyauté (« dois-je privilégier le bien du patient ou celui des finances de l'hôpital ? »)* ».

Dans la même lignée, ce travail de recherche s'intéresse aux conséquences du Nouveau Management Public sur le travail, notamment en termes d'intention de quitter l'emploi, et sur

les conditions de travail des acteurs du soin (exemples : surcharge de travail, conflit de rôle, stress professionnel...). Conscients de la variété et de la spécificité des métiers exercés à l'hôpital, nous avons choisi de nous intéresser plus particulièrement aux cadres de santé. De nombreuses études traitent déjà du personnel soignant et des contraintes auxquelles il doit faire face dans le contexte actuel. Nombreux sont les travaux en sciences sociales et en sciences de gestion des ressources humaines portant sur le malaise des soignants évoluant dans ce nouveau contexte prônant l'efficacité et la performance, mais plus rares sont les recherches sur les cadres de santé. Plus précisément, cette recherche vise à étudier les conséquences du Nouveau Management Public en termes de situations conflictuelles au travail chez les cadres de santé. L'introduction de nouvelles méthodes de management a-t-elle modifié le rôle à jouer des cadres de santé au sein de l'organisation hospitalière ? Si oui, cette modification a-t-elle entraîné des situations de tensions de rôle ? Comment se développent-elles ? Comment sont-elles gérées ? Consécutivement, ces tensions de rôle sont-elles sources de stress au travail ? Quelles autres conséquences peuvent-elles donc engendrer ? Tout autant de questions auxquelles nous tenterons de répondre dans ce travail de recherche.

Ces questionnements représentent de réels enjeux pour les établissements de santé et pour leurs dirigeants. En effet, si les cadres de santé perçoivent des tensions de rôle, cela peut engendrer des conséquences néfastes tant pour leur santé que pour celle de leur organisation. Les situations de tensions perçues par ces acteurs du soin peuvent entraîner un absentéisme et une intention de quitter leur emploi, très coûteux et difficiles à gérer dans un contexte de pénurie de main d'œuvre. En conséquence, il semble nécessaire de s'intéresser aux différentes solutions à mettre en place ou à favoriser pour maîtriser ces situations conflictuelles que sont les tensions de rôle. A ce titre, il est intéressant d'étudier les différentes stratégies d'ajustement mobilisables par les cadres de santé pour faire face à de telles situations. Ce contexte de recherche nous mène à poser la problématique suivante : ***Dans un contexte de Nouveau Management Public à l'hôpital, quelles sont les différentes tensions de rôle développées par les cadres de santé ? Quelles en sont les conséquences, et de quelle manière sont-elles gérées par les cadres de santé ?***

Cadre conceptuel et théorique de la recherche :

Notre problématique de recherche portant sur **les conséquences et la gestion des tensions de rôle**, il s'agira de définir les différents concepts qui la constituent. Le concept des tensions de rôle est souvent abordé et étudié dans la littérature de la gestion des ressources humaines.

Pourtant, ce phénomène très complexe n'est pas encore maîtrisé, d'autant plus qu'il évolue avec le rôle des différentes populations étudiées. A ce titre, il nous semble nécessaire d'aborder la notion de rôle avant de clarifier celle des tensions de rôle. C'est pourquoi nous traiterons les différents concepts étudiés dans le cadre de la théorie des rôles, issue de la psychosociologie. Cette théorie connaît différentes approches (fonctionnaliste et interactionniste) que nous aborderons et que nous mobiliserons conjointement, pour leurs intérêts respectifs. Elle nous permettra de mieux appréhender le processus dynamique des attentes de rôle qui régit les interactions au sein du système de rôle. Nous aborderons les différentes formes de tensions de rôle qui ont été définies dans la littérature et nous les intégrerons au cœur de notre modèle de recherche. Inspirés des théories du stress, nous tenterons d'analyser le processus de développement et de gestion de ces différentes tensions de rôle.

Nous étudierons les différentes conséquences que peuvent engendrer les tensions de rôle, en nous concentrant sur quelques unes en particulier. Avec un recul objectif, nous tenterons d'examiner les facettes positives et négatives de ce concept. Intéressés par les problématiques de gestion des ressources humaines, nous nous interrogerons d'abord sur l'influence des tensions de rôle en termes de stress professionnel. Nous souhaitons apporter quelques éclairages quant à la gestion de ce phénomène pouvant mener, à son tour, à des conséquences néfastes, tant pour l'individu que pour son organisation. Parallèlement, nous étudierons les conséquences des tensions de rôle en termes d'intention de quitter l'emploi. Cela nous semble pertinent dans un contexte de pénurie d'infirmières et de cadres de santé. A ce sujet, le rapport du Centre d'Analyse Stratégique (CAS)¹ souligne que les organisations de travail pour les professions de la santé ont un fonctionnement en sous-effectifs qui favorise les mauvaises conditions de travail, la fuite du secteur ou le retrait d'activité. Ce rapport précise que les métiers de la santé sont « *très fortement concernés par les fins de carrière des générations du baby-boom* » et que « *les départs en fin de carrière vont doubler d'ici 2015 pour l'ensemble du domaine professionnel (contre 32% en moyenne)* ». En complément, l'enquête annuelle de Pôle emploi sur les besoins en main d'œuvre révèle que les estimations de recrutement en 2013 sont de 21 400 pour les infirmiers, les cadres infirmiers et les puéricultrices. Ces métiers sont parmi ceux qui enregistrent les plus fortes variations à la baisse en nombre de projets de recrutements (- 2078 entre 2012 et 2013). Enfin, avec un regard plus positif, nous tenterons de

¹ Chardon, O. et Estrade, M.A. (2007), *Rapport « Les métiers en 2015 »*, Centre d'analyse stratégique, Collection « Qualifications & Prospective ».

savoir si les tensions de rôle peuvent être à l'origine d'un comportement innovant au travail. Cette analyse précise des tensions de rôle et de leurs conséquences pourrait servir à sensibiliser les dirigeants des établissements hospitaliers sur ce concept encore mal connu du grand public. Cette sensibilisation pourrait les guider dans la gestion de tels phénomènes potentiellement néfastes pour la performance de leur organisation.

Afin de mieux comprendre le phénomène des tensions de rôle dans sa globalité, nous tenterons d'analyser les comportements de réaction des cadres de santé confrontés à de telles situations. Dans le cadre des théories du stress, nous examinerons comment les individus, et notamment les cadres de santé, réagissent pour faire face aux différentes formes de tensions de rôle pouvant engendrer un stress, une intention de quitter ou un comportement innovant au travail. A ce sujet, nous étudierons le concept de *coping* devenu très populaire depuis les années soixante-quinze (Bruchon-Schweitzer, 2001). Nous tenterons de définir ce concept, son processus et ses différentes formes. Nous nous intéresserons aux stratégies de *coping* utilisées face au stress mais aussi à celles utilisées face aux tensions de rôle. Nous étudierons les travaux menés sur le sujet auprès de différentes populations, pour vérifier, ensuite, leurs similitudes et leurs différences avec notre recherche menée auprès de cadres de santé français.

Nous mobiliserons plus particulièrement le modèle « Job Demands – Resources » de Bakker et Demerouti (2007), inspiré lui-même de la théorie de la conservation des ressources (« *COR theory* ») de Hobfoll (1989). Plus précisément, nous tenterons de vérifier, à travers notre modèle, que certaines ressources de l'emploi (à définir auprès des cadres de santé) peuvent jouer un rôle de tampon sur certaines exigences de l'emploi (ici, les tensions de rôle). Nous observerons si les cadres de santé ont à leur disposition des ressources qui leur permettent de compenser l'influence négative des tensions de rôle. Nous nous intéresserons aux différentes ressources qui permettent d'atténuer l'impact de ces tensions de rôle sur le stress et l'intention de quitter. De même, nous chercherons s'il existe des ressources qui permettent de favoriser des résultats positifs tels que le comportement innovant au travail. A travers ce modèle, nous souhaitons, entre autres, apporter quelques éclairages quant aux approches transactionnelles du stress qui tiennent compte de la relation entre la personne et la situation dans le processus du stress. Notre recherche vise à étudier les réactions des cadres de santé en situation de tensions de rôle et tente de comprendre les mécanismes qu'ils mettent en place pour faire face à de telles situations, afin de mieux les gérer au quotidien.

Pour compléter cette recherche, nous tenterons d'apporter une précision sur les déterminants des tensions de rôle développées par les cadres de santé. En effet, selon la littérature, il existe un ensemble de cofacteurs (individuels et organisationnels) qui influencent l'apparition de certains types de tensions de rôle et que nous nous attèlerons à identifier. Cette identification pourrait aiguiller les dirigeants d'établissements hospitaliers dans la gestion de ce phénomène.

Méthodologie de la recherche :

Les études menées sur les tensions de rôle et les stratégies d'ajustement utilisent souvent, soit des méthodes de recherche qualitatives, soit des méthodes de recherche quantitatives. Peu de recherches mobilisent les deux méthodes de manière complémentaire. Pour notre part, nous avons choisi d'utiliser une combinaison de méthodologies différentes. L'étude du sujet de recherche étant rare chez les cadres de santé français, il semble nécessaire de réaliser une première phase qualitative qui permettra de mieux comprendre le phénomène et d'identifier les variables à étudier. Ainsi, nous optons pour une approche multiple basée sur la triangulation qui confronte la littérature aux résultats obtenus avec les méthodes qualitatives et quantitatives (Thiéart et al., 2007). La complémentarité des méthodes utilisées enrichira notre vision du phénomène étudié et réduira les biais inhérents à leurs différents types.

Une première phase exploratoire consistera à réaliser une étude qualitative auprès de cadres de santé français. Cette étude qualitative nous donnera la possibilité d'identifier et d'explorer l'existence de tensions de rôle chez les cadres de santé à l'hôpital public. Elle prendra la forme d'entretiens et d'observations non participantes. Cette étude exploratoire nous permettra d'enrichir le modèle de recherche élaboré à l'issue de la revue de littérature. Une deuxième phase quantitative permettra de confirmer les résultats obtenus avec l'étude exploratoire, sur une population plus étendue. Avec cette étude quantitative confirmatoire, il s'agira de tester des hypothèses définies dans le cadre du modèle de recherche établi, progressivement, avec la revue de littérature et les résultats obtenus lors de la première phase exploratoire. Pour cela, nous aurons recours à un questionnaire constitué d'échelles de mesure pré-existantes et valides dont nous vérifierons la validité et fiabilité auprès de notre échantillon de cadres de santé. Les analyses que nous mènerons donneront lieu à une discussion (lors de laquelle nous reviendrons sur les hypothèses formulées) et à différentes préconisations développées en conclusion.

Enfin, en ce qui concerne notre terrain de recherche, notre choix s'est porté sur le secteur hospitalier public. Les établissements hospitaliers publics sont des institutions publiques qui ont fait l'objet de récentes et multiples réformes inspirées du Nouveau Management Public (NMP) auquel nous nous intéressons. C'est un secteur préoccupant car il touche de près un objet public sensible au même titre que l'éducation ou l'enseignement supérieur : la santé. De plus, l'hôpital tient une place prépondérante dans l'économie de la santé et celle du pays. En France, les hôpitaux publics représentent près de 4% de la population active. Le secteur public représente plus de 60% du nombre total de lits des établissements de santé (en 2009), et près de 42% de la consommation totale de soins et de biens médicaux (soit 61,8 milliards d'euros en 2010)².

Intérêts de la recherche :

Ce travail de recherche présente d'abord un intérêt méthodologique car il mobilise des méthodes à la fois qualitatives et quantitatives, qui sont rarement associées dans les recherches portant sur le même sujet d'étude. Ce travail doctoral présente aussi un intérêt théorique puisqu'il a pour objectif d'enrichir l'analyse du concept (si complexe) des tensions de rôle, en l'étudiant chez les cadres de santé français exerçant dans le secteur public. Identifier ses différentes formes, comprendre ses causes et ses conséquences au sein d'une telle population peut contribuer à le délimiter. Dans la même optique, il est intéressant d'analyser les différentes stratégies de *coping* utilisées par ces cadres de santé pour faire face à ces tensions de rôle. Cela permettra de mieux cerner les processus dynamiques des comportements individuels en présence de tels phénomènes. De plus, très peu de travaux, à notre connaissance, ont été menés sur les relations entre les tensions de rôle et les stratégies d'ajustement chez les cadres de santé français.

Ce travail présente aussi des intérêts managériaux puisqu'il a pour objectif d'éclairer les gestionnaires des établissements hospitaliers sur le développement de ces phénomènes chez les cadres de santé. La nécessité de performance dans un contexte de plus en plus concurrentiel contraint les organisations à des exigences de plus en plus fortes pesant sur les ressources humaines. De même, à l'hôpital, le personnel fait face à des situations de malaise

² Source : Kocoglu D., Martial F., Naudy-Fesquet I., Roos P. et Tronyo J., *Tableaux de l'économie française*, INSEE, Edition 2012.

qui se traduisent par des chiffres de plus en plus alarmants. Par exemple, l'enquête SUMER 2003 (réalisée par la DARES³ et la DGT⁴) révèle que, sur l'ensemble du personnel soignant (secteur privé et secteur public confondus), 48,9% jugent leur travail très stressant. Plus récemment, une publication de la DARES (2013)⁵ issue de l'enquête SUMER 2010 souligne que « *de façon générale, les salariés de la FPH⁶ apparaissent les plus exposés à une forte « demande psychologique » (charge mentale engendrée par l'accomplissement des tâches)* ». Le stress professionnel a de nombreuses conséquences négatives, tant pour l'individu que pour son organisation. En réponse, il est urgent de réfléchir à des solutions concrètes qui permettent d'enrayer cela. Cette recherche a pour objectif d'étudier une des causes du stress professionnel chez les cadres de santé. Cela permettra d'avancer sur la compréhension et donc sur la gestion de ce stresser qu'est la tension de rôle. Par conséquent, ce travail d'analyse pourrait servir à sensibiliser les gestionnaires des établissements de santé sur les tensions de rôle. De même, il pourrait les aiguiller vers des solutions à mettre en place ou à favoriser pour améliorer les conditions de travail et la qualité de vie au travail des cadres de santé de leur organisation.

Sans prétention, ce travail de recherche vise à approfondir la compréhension des tensions de rôle afin de trouver des solutions adaptées à la population étudiée. Ces solutions pourraient venir en aide aux organisations hospitalières dans leur démarche de gestion et de prévention du stress professionnel. D'autant plus qu'aujourd'hui, la loi instaure plusieurs dispositions et accords sur le sujet. Par exemple, en ce qui concerne le secteur public, « *un protocole d'accord cadre pour la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique* » a été signé en octobre 2013. Cette prise de conscience est nécessaire pour améliorer les conditions de travail et la santé au travail des cadres de santé. Elle est aussi nécessaire car le stress professionnel engendre des coûts pour les hôpitaux et pour la société. Pour les hôpitaux, le stress professionnel engendre des coûts liés à l'absentéisme, aux départs, aux pertes de productivité, mais aussi à la dégradation du climat au travail et à la baisse de leur attractivité. En 2012, l'Ordre National des Infirmiers publie les résultats d'une enquête nationale réalisée auprès de 21 000 infirmières et infirmiers (salariés du secteur public, privé, libéraux et

³ DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et de la Statistique.

⁴ DGT : Direction Générale du Travail

⁵ « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs », DARES Analyses, Février 2013, n° 010.

⁶ FPH : Fonction Publique Hospitalière.

étudiants)⁷. Les répondants soulignent que la surcharge de travail, le stress, l'épuisement, le manque de matériel ou les moyens inadaptés ne permettent pas de garantir une qualité et une sécurité des soins optimales. Pour la société, l'étude réalisée par l'INRS en 2000 démontre que le coût du stress en France en 2000 représente 10 à 20 % des dépenses de la branche accidents du travail / maladies professionnelles de la sécurité sociale, soit une estimation entre 830 et 1656 millions d'euros⁸. L'étude de Trontin, Lassagne, Boini et Rinal (2010) révèle qu'en France, en 2007, le coût social total du stress professionnel (comprenant les soins de santé et la perte de richesse pour cause d'absentéisme, de cessation d'activité et de décès prématuré) est estimé entre 1,9 et 3 milliards d'euros.

Par ailleurs, les organisations hospitalières doivent réfléchir à des moyens permettant de promouvoir le métier de cadre de santé. En effet, il y a une pénurie de personnels soignants et de cadres de santé auxquels les établissements doivent faire face depuis plusieurs années. Dans ce contexte, il semble indispensable de fidéliser les cadres de santé déjà en poste. A travers cette étude, nous étudierons les effets des différentes tensions de rôle en termes d'intention de quitter l'emploi. Nous étudierons aussi les différentes stratégies d'ajustement qu'utilisent les cadres de santé et qui permettent de diminuer cette intention engendrée par les tensions de rôle.

En parallèle, cette étude permettra de savoir si des tensions de rôles ou des stratégies d'ajustement peuvent être génératrices de comportement innovant au travail. Cela permettra d'entrevoir des pistes quant à la gestion et la promotion de certains comportements chez les cadres de santé.

Plan de la recherche :

Ce travail de recherche s'organise en deux grandes parties. La première servira à cerner le cadre contextuel et théorique de la recherche afin de définir la problématique posée. La deuxième sera consacrée aux études empiriques menées sur les tensions de rôle et les stratégies d'ajustement des cadres de santé français.

⁷ <http://www.ordre-infirmiers.fr/actualites/articles/les-infirmiers-alertent-les-pouvoirs-publics-et-les-candidats-a-lelection-presidentielle-sur-la-qualite-et-la-securite-des-soins-a-lhopital.html>

⁸ Béjean, S., Sultan-Taleb, H. et Wolff, N. (2003), Evaluation du coût du stress professionnel. Le cas de la France, 14^{ème} Congrès de l'ALASS.

La première partie est composée de deux chapitres. Le premier nous permettra de présenter le contexte de la recherche. Il s'agira de décrire l'évolution du management public des organisations publiques, et plus particulièrement, des établissements hospitaliers. Il s'agira également de présenter le métier de cadre de santé, à travers son évolution, dans un contexte de changement lié à la mise en place du Nouveau Management Public à l'hôpital. Le second chapitre sera dédié à une revue de littérature portant sur les différents concepts abordés dans cette recherche. Nous nous intéresserons aux tensions de rôle et à leurs conséquences, en passant par la notion de rôle. A ce sujet, nous étudierons les différentes approches (fonctionnaliste et interactionniste) du rôle. Nous tenterons de clarifier le concept des tensions de rôle en le définissant, mais aussi en étudiant les déterminants et les conséquences des tensions de rôle. Nous nous interrogerons plus spécifiquement sur certaines de ces conséquences (le stress professionnel, l'intention de quitter et le comportement innovant au travail) en les définissant et en étudiant leurs liens avec les tensions de rôle. De la même manière, nous aborderons les stratégies d'ajustement et le processus de *coping*. Nous préciserons les définitions et les classifications issues de la littérature traitant du sujet. Nous étudierons également leurs liens avec les tensions de rôle. Ce second chapitre sera aussi l'occasion de présenter les différents cadres théoriques que nous mobilisons pour étudier tous ces concepts. Nous utiliserons les théories des rôles et du stress qui serviront à justifier notre modèle de recherche. Plus précisément, nous nous intéresserons aux théories fondées sur les ressources, et nous nous appuierons sur le modèle « Job Demands – Resources » de Bakker et Demerouti (2007) qui met en relation les exigences et les ressources de l'emploi dans la gestion du stress.

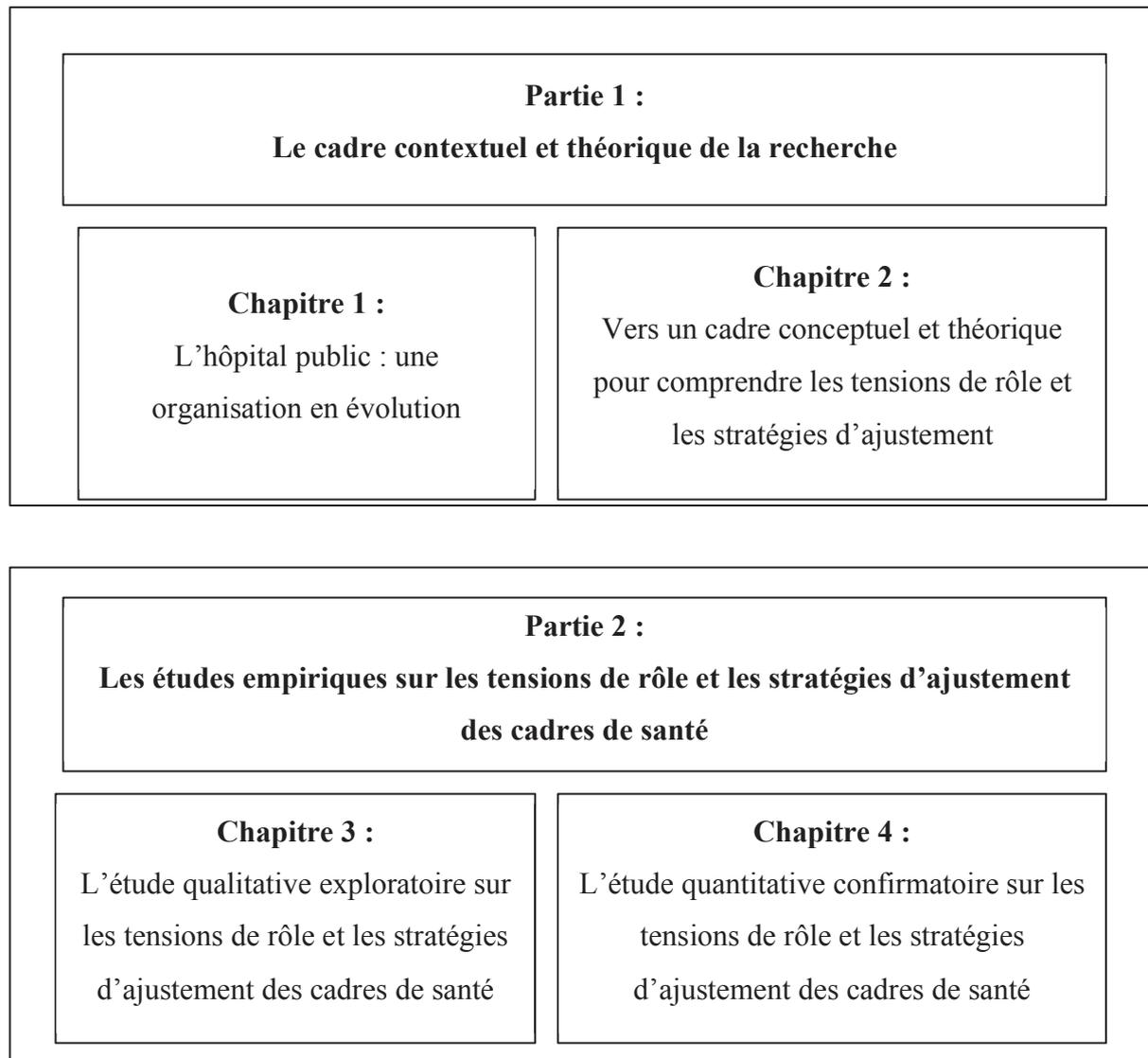
La deuxième partie est également composée de deux chapitres. Elle consistera à exposer les études empiriques que nous avons menées auprès de cadres de santé et qui serviront à préciser et à valider notre modèle de recherche issu de la littérature. Le premier chapitre (« chapitre 3 » de la thèse) sera dédié à une étude qualitative exploratoire menée pour identifier les tensions de rôle et les stratégies d'ajustement de 15 cadres de santé d'un même Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU). Nous y présenterons les objectifs, la méthodologie et les résultats de cette étude. Puis nous y exposerons les hypothèses du modèle de recherche et l'opérationnalisation de ses différentes variables. Le deuxième chapitre (« chapitre 4 » de la thèse) sera quant à lui dédié à l'étude confirmatoire de notre recherche. Nous y présenterons la méthodologie utilisée. Nous y validerons les instruments de mesure mobilisés. Nous y testerons l'ensemble des hypothèses du modèle de recherche. Enfin, nous y

interprèterons et discuterons les résultats obtenus auprès d'un large échantillon de cadres de santé français. La discussion sera l'occasion de mettre en relation les résultats des études empiriques (exploratoire et confirmatoire) avec les études citées dans la revue de littérature.

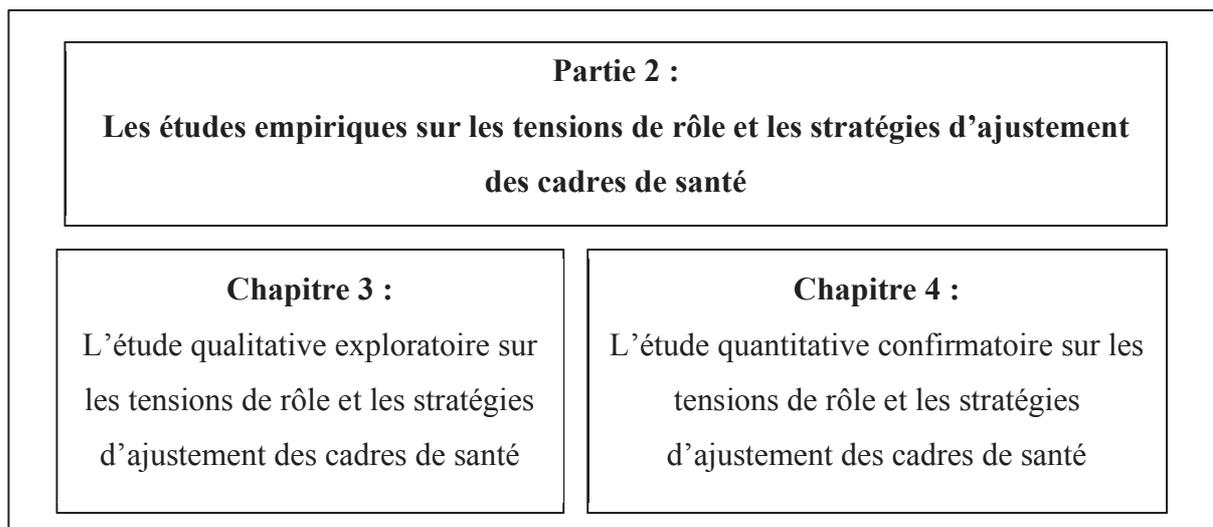
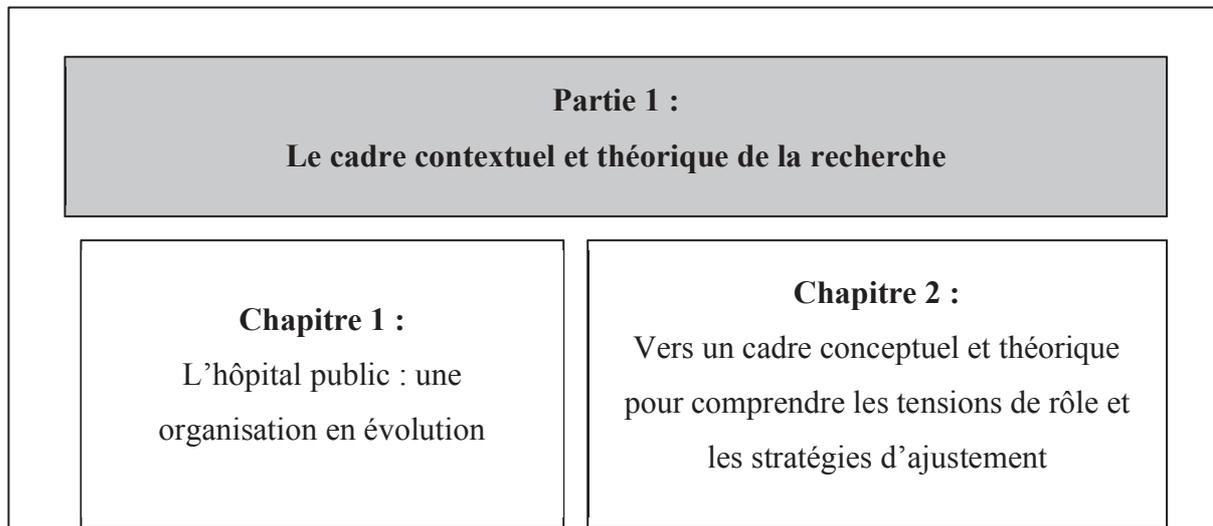
En conclusion générale, nous synthétiserons les principales contributions de cette étude. Nous énoncerons successivement les contributions théoriques et méthodologiques de ce travail. Nous détaillerons également les contributions managériales de cette recherche en proposant des préconisations qui pourront intéresser les gestionnaires des hôpitaux publics français.

La figure 1 représente schématiquement la structure de ce travail de recherche.

Figure 1 : Schéma de la structure de la recherche



Partie 1 : Le cadre contextuel et théorique de la recherche



INTRODUCTION PARTIE 1

Nous avons fait le choix de structurer notre travail de recherche en deux grandes parties. La première partie, plus théorique, a pour objet de contextualiser notre recherche et d'en présenter les cadres conceptuels. La seconde partie, plus pratique, consistera à la présentation d'une étude empirique.

La première partie de cette thèse s'organise en deux chapitres. Le **premier chapitre** consistera à présenter l'apparition et le développement du Nouveau Management Public. Nous expliquerons dans quel contexte les organisations publiques ont évolué à travers un management de plus en plus centré sur la performance et l'efficacité. Nous développerons les avantages et les limites de ce Nouveau Management Public. Plus particulièrement, nous nous focaliserons sur l'évolution du management des établissements hospitaliers. Nous ferons une brève rétrospective sur les origines de l'hôpital public pour prendre toute la mesure du degré de changement qu'il a connu. Nous insisterons davantage sur la « managérialisation » des établissements publics de santé. Dans le prolongement, le premier chapitre s'attardera aussi sur un métier qui a fortement évolué en parallèle de cette « managérialisation ». En effet, nous présenterons le métier de cadre de santé à l'hôpital qui nous a particulièrement intéressés pour la suite de cette recherche. A ce sujet, nous présenterons quelques généralités, puis nous préciserons les missions du cadre de santé. Nous insisterons là aussi, sur l'évolution et la « managérialisation » de ce métier, liées au contexte que nous aurons présenté dans le premier chapitre. Enfin, nous soulignerons la position d'interface du cadre de santé, potentiellement source de tensions de rôle.

Le **second chapitre** consistera à présenter les différents concepts et théories mobilisés dans cette recherche. Dans le cadre de la théorie des rôles, nous tenterons de définir les tensions de rôle. Nous aborderons également leurs déterminants et leurs conséquences. De la même manière, dans le cadre des théories du stress, nous nous intéresserons aux stratégies de *coping* utilisées pour faire face aux tensions de rôle et à leurs conséquences.

Chapitre 1 :

L'hôpital public : une organisation en évolution

INTRODUCTION DU CHAPITRE 1

Pour maîtriser les dépenses et améliorer la performance du secteur de la santé, les pouvoirs publics français ont mis en place depuis une trentaine d'années un Nouveau Management Public (NMP) dans les établissements hospitaliers. De nouveaux modes de management ont été transposés du secteur privé avec pour objectif de perfectionner et de moderniser l'action du secteur public.

Ainsi, le système de santé a fait l'objet de nombreuses réformes (loi hospitalière de 1991, Ordonnance du 2 mai 2005, Plan Hôpital 2007, loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009, loi Fourcade du 11 août 2011...) avec pour objectifs, entre autres, d'accroître l'autonomie des établissements et de développer la responsabilité des acteurs hospitaliers (Claveranne, 2003). La nouvelle gouvernance de l'hôpital, concrétisée par le plan hôpital 2007, a instauré un nouveau mode de fonctionnement et de gestion modifiant ainsi les missions des acteurs de soins.

Cette recherche s'intéresse plus particulièrement à l'évolution du métier de cadre de santé chargé du management des unités de soins à l'hôpital. Son activité initiale de soin s'est vue enrichie de fonctions de management (notamment la gestion budgétaire et le management d'équipes) (Dumas et Ruiller, 2011). La question à laquelle nous tenterons de répondre dans ce premier chapitre est : *Comment et dans quel contexte s'est déroulée l'évolution du métier de cadre de santé ?*

Ce premier chapitre va tenter de répondre à cette question à travers deux sections successives. Une **première section** décrira l'évolution du management des établissements hospitaliers publics, avec tout d'abord, une analyse générale du management des organisations publiques, puis une analyse plus spécifique du management des établissements hospitaliers. Cette description nous permettra de comprendre de quelle manière ont évolué les pratiques professionnelles à l'hôpital, notamment chez les cadres de santé. La **seconde section** sera consacrée au métier de cadre de santé et à son évolution dans un contexte de changement lié à la mise en place du Nouveau Management Public à l'hôpital.

Section 1 : L'évolution du management des établissements hospitaliers

Cette première section va débiter avec une analyse générale du management public pour continuer plus spécifiquement avec une analyse du management public des établissements hospitaliers. Ce cheminement permettra de mieux comprendre le contexte d'évolution de ces organisations particulières au sein du secteur public.

1 LE MANAGEMENT DES ORGANISATIONS PUBLIQUES

Le management public peut être défini comme « *un ensemble de processus de finalisation, d'organisation, d'animation et de contrôle des organisations publiques, visant à développer leur performance générale et à piloter leur évolution dans le respect de leur vocation* » (Bartoli, 2009). Au cours des derniers siècles, le management public a évolué pour s'adapter à un environnement mouvant et où le clivage entre le monde public et privé a diminué. Aujourd'hui l'enjeu du management public semble primordial, notamment avec l'ouverture internationale, les nouvelles réglementations, les exigences sociales et les autres défis actuels. C'est pourquoi de nouveaux axes de modernisation des organisations publiques ne cessent d'apparaître. On parle notamment du « *New Public Management* »⁹ selon l'expression des auteurs britanniques en 1996¹⁰. « *Le New Public Management constitue un exemple historique de rationalisation d'un ensemble de pratiques définies comme légitimes pour le secteur public et qui donne lieu à une institutionnalisation de ces pratiques* » (Pettigrew, 1997).

1.1 Le management public : quelle origine ?

Le management public est apparu dans un contexte de « crise de l'Etat-providence ». L'Etat-providence (« *Welfare State* ») est le modèle social mis en place en Europe occidentale après la Seconde Guerre mondiale, en période de croissance économique. Ce modèle se posait en rupture avec le modèle libéral classique ayant échoué dans les années trente, mais aussi avec les modèles socialiste et soviétique. Il était fondé sur la conciliation de la liberté politique, de l'efficacité économique et de la justice sociale. La compétition internationale et le poids d'une crise durable ont engendré une remise en cause de ce modèle (Guenoun, 2009). D'après

⁹ Le terme « *New Public Management* » est généralement traduit par « *Nouveau Management Public* » (NMP) ou « *Nouvelle Gestion Publique* ».

¹⁰ E. Ferlie, L. Ashburner, A. Pettigrew, L. Fitzgerald, *The New Public Management in Action*, Oxford University Press, 1996.

Laufer et Burlaud (1980), c'est une crise généralisée de légitimité des organisations qui a favorisé l'essor du management public. Une idéologie antibureaucratique s'est développée avec la perte de confiance et de considération du public envers l'administration.

En France, l'histoire et la culture ont toujours eu une forte influence sur l'action publique et le rôle de l'Etat. Depuis son origine, le développement du secteur public français est marqué par une forte tradition et des valeurs anciennes (Bartoli, 2009). Malgré le courant du libéralisme économique naissant au XVIIIème siècle avec Adam Smith, le rôle central de l'Etat français est resté bien ancré. A partir du XIXème siècle, le domaine d'intervention de l'administration française s'est progressivement étendu pour satisfaire au mieux l'intérêt général. Avec les guerres mondiales, le développement du secteur public s'est accéléré au XXème siècle. C'est en 1945 que se créèrent l'Ecole Nationale d'Administration, la direction de la Fonction Publique et le corps des administrateurs civils. Le statut général des fonctionnaires de l'Etat a été complété et modifié en 1959, puis réadapté entre 1983 et 1986¹¹, après la Loi de décentralisation de 1982.

1.2 Le management public : quelle évolution ?

La bureaucratie a longtemps été considérée, notamment par Max Weber, comme la forme organisationnelle la plus adaptée pour gérer les administrations publiques et les entreprises de toute nature. Le modèle bureaucratique défini par Max Weber repose sur les éléments suivants :

- *Une division du travail fixée et officialisée,*
- *Une hiérarchie clairement définie,*
- *Un système de règles stables et explicites,*
- *Une séparation des droits et moyens personnels et des droits et moyens officiels,*
- *Une sélection et une carrière du personnel sur le critère des qualifications techniques.*

Les théoriciens des organisations du début du XXème siècle tels que Weber, Fayol et Taylor ont ainsi développé différents modèles structurels qui furent utilisés dans les secteurs privés et publics pour les organisations complexes (exemple : l'armée). A partir des années 1940, le

¹¹ C'est à cette date qu'on fit notamment la distinction entre la fonction publique d'Etat, la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière.

caractère idéal du modèle bureaucratique a commencé à être remis en cause. Des travaux américains (Merton¹², Gouldner¹³, March et Simon¹⁴) ont mis en exergue les dysfonctionnements qu'engendre un tel système. A travers ses travaux au sein d'administrations françaises, Crozier (1970) parle d'une « *société bloquée* » par l'immobilisme et les dysfonctionnements de son administration (faible capacité d'adaptation, incapacité à concevoir de nouvelles solutions...). Dans un contexte de globalisation et de développement des savoirs, le modèle d'organisation bureaucratique semble alors obsolète. Les règles et les procédures ne suffisent plus à satisfaire aux nouvelles exigences d'innovation, de créativité et de réactivité.

Au début des années 1980, de nombreux pays tels que la France ont du réagir, pour réduire les déficits publics liés à une crise financière. Cette situation a permis de voir apparaître le *New Public Management* (NPM). Ce courant, né dans les années quatre-vingt au Royaume-Uni, est basé sur un transfert des outils de gestion issus du secteur privé. Il a progressivement évolué tenant compte des difficultés à mettre en place de tels outils dans un secteur public dont les missions sont différentes. L'objectif étant de porter davantage attention aux résultats des activités publiques et aux moyens engagés pour les atteindre (Burellier, 2011). En 1995, Ogien parle de « *l'Esprit gestionnaire* »¹⁵ quant au transfert des techniques managériales de l'industrie dans l'activité politique, qui se manifeste, selon l'auteur, par « *la modernisation de l'Etat et l'introduction du Nouveau Management Public* ».

Les fondements du NPM sont issus de différents courants de pensée tels que le courant néoclassique, la théorie des organisations, la théorie de l'agence, la théorie des droits de propriété... A ce titre il rejoint l'idéologie du *Public Choice* qui recourt à l'individualisme méthodologique, à la privatisation et à la décentralisation des unités administratives (Amar et Berthier, 2006). Le courant théorique du *Public Choice* s'est développé dans les années soixante. Il est basé sur un mécanisme où l'Etat sert à la réalisation des objectifs des individus. Pour accéder au pouvoir, l'homme politique multiplie les actions de redistribution et d'équipement publics. L'accroissement des dépenses publiques correspond donc à des intérêts particuliers et non à l'intérêt général (Guenoun, 2009). Par ailleurs, l'école des Choix Publics souligne certaines dérives bureaucratiques et propose des réformes (intervention de

¹² Merton R.K., *Social Theory and Social Structure*, Free Press, New York, 1949.

¹³ Gouldner A.W., *Patterns of Industrial Bureaucracy*, Glencoe, 1954.

¹⁴ March J.G., Simon H.A., *Les Organisations*, Dunod, 1979.

¹⁵ Ogien A., *L'Esprit gestionnaire*, Paris, Ed. de l'EHESS, 1995.

« garde-fous constitutionnels », invention d'un système administratif polycentrique) pour limiter les dysfonctionnements étatiques. Ces propositions ont pour buts la multiplication et l'individualisation des centres décisionnels pour limiter le centre unique de décision (Guenoun, 2009).

Les composantes du *New Public Management* (NPM) renvoient à la recherche d'une performance accrue tant qualitative que quantitative. En adaptant au secteur public des méthodes de management traditionnellement réservées au secteur privé, le NPM fait référence à sept éléments (Hood, 1995) :

- *La décomposition du secteur public en **unités stratégiques organisées par produits** « manageables »,*
- *L'introduction d'une **compétition** entre organisations publiques mais aussi entre organisations publiques et privées,*
- *Une plus grande utilisation des **techniques managériales issues du secteur privé,***
- *Une **utilisation des ressources plus disciplinée et parcimonieuse** et une recherche active de moyens alternatifs de production à moindre coût,*
- *Un mouvement vers un **contrôle des organisations publiques par des managers** visibles exerçant un pouvoir discrétionnaire,*
- *Un mouvement vers l'adoption de **standards de performance plus explicites et mesurables** (ou plus contrôlables),*
- *La mise en avant de la **mesure du résultat.***

Cette conception du secteur public reposant sur les trois « E » « Economie-Efficacité-Efficience » (Urio, 1998) entre en contradiction avec le modèle bureaucratique de Weber (1921), précédemment cité, qui ne semble plus vraiment répondre au contexte actuel de mondialisation et de globalisation. En comparaison, le NPM paraît être plus favorable à l'autonomie, à la flexibilité et à la réactivité des structures, nécessitées par un tel contexte.

Le *New Public Management* (NPM) peut être rapporté au concept de « *managérialisme* » qui accompagne la vague de réformes mises en place dans les années quatre-vingt. Ce concept peut être défini « *comme l'attitude d'un individu ou d'une organisation considérant que la*

mise en œuvre des doctrines et dispositifs managériaux lui permettra d'atteindre ses objectifs ou de diminuer ses dysfonctionnements perçus » (Guenoun, 2009). Saint-Martin (2000) identifie le managérialisme au NPM et emprunte la définition du NPM de Hood pour le définir : « *a loose term used as a shorthand name for the set of broadly similar management ideas imported from administration that has dominated the bureaucratic reform agenda of many OECD states since the 1980's* ». Ce concept suppose qu'il existe des pratiques managériales transposables du secteur privé au secteur public qui produiront nécessairement des résultats bénéfiques pour ce dernier. Quant à Uhr (1990), il définit le managérialisme comme « *la recherche de systèmes de gestion rationalisés conçus de manière à permettre une plus grande autonomie mais également une plus grande responsabilité du gestionnaire du programme ou du domaine d'action* ».

1.3 Le Nouveau Management Public en pratique

Ferlie et al. (1996) ont analysé le nouveau management public en pratique et en ont défini une typologie à travers quatre modèles distincts :

- *Le modèle de l'efficience :*

Ce modèle est basé sur le renforcement du contrôle financier et des pouvoirs de la direction, la promotion des audits financiers et professionnels et des méthodes d'évaluation de la performance, l'accroissement de la part des fournisseurs privés ou encore sur le renouvellement des formes de gouvernance.

- *Le modèle du downsizing et de la décentralisation :*

Les principes de ce modèle reposent sur l'extension de la logique marchande, l'abandon du principe hiérarchique, la séparation entre le centre stratégique et le centre opérationnel ou encore sur la réduction de la masse salariale.

- *Le modèle de l'excellence :*

Ce modèle insiste sur l'importance de la culture organisationnelle et s'inscrit dans la lignée de la psychologie du travail. Il est fondé soit sur une approche *bottom-up* basée sur l'apprentissage organisationnel et le rôle de l'engagement des individus, soit sur une approche *top-down* basée sur le rôle du leadership personnel du manager.

- *Le modèle de l'orientation de service public :*

Ce dernier modèle accorde une priorité à la qualité de service et aux attentes des usagers. Il tente d'adapter les idées issues du secteur privé aux spécificités du secteur public et de sa mission de service.

Ces différents modèles, parfois contradictoires, révèlent la complexité du nouveau management public (NMP) qu'il faut relativiser. La mise en place du NMP et de ses outils en pratique dépend de nombreuses variables. Ces variables peuvent être observées dans les différentes politiques de réforme mises en œuvre dans le secteur public. L'introduction des nouveaux principes et des nouvelles règles de la doctrine néo-managériale a transformé les administrations publiques de plusieurs manières. Le processus s'est répandu dans l'ensemble des pays de l'OCDE et de nombreux pays en développement. Dans « *New Public Management in Europe : Adaptations and Alternatives* », les auteurs Politt, Van Thiel et Homburg (2007) soulignent justement la diversité de la mise en œuvre effective des réformes du NMP en Europe.

L'émergence du nouveau management public (NMP) est liée à différentes raisons (Amar et Berthier, 2006) :

- *Un désir de gestion plus cohérente pour pallier une inefficacité du secteur public (exemple : Japon),*
- *Une volonté de s'inscrire dans une idéologie néolibérale (exemple : Royaume-Uni et Nouvelle-Zélande),*
- *Une volonté de surmonter l'existence de crises financières (exemple : Canada),*
- *Une volonté de résorber une crise économique et politique (exemple : Italie),*
- *Un besoin de changement,*
- *Un processus d'imitation.*

Les premières réformes ont été engagées dans les années soixante-dix mais se sont réellement multipliées depuis les années quatre-vingt. Les premières tentatives de modernisation du secteur public ont débuté, entre autres, avec le Planning Programming Budgeting System (PPBS) aux Etats-Unis qui a inspiré la Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB) lancée en France à la fin des années soixante. Ces premiers essais dans les années soixante se focalisaient déjà sur une évaluation quantitative par coût-bénéfice ou par coût-efficacité des

projets prédéfinis. La complexité de ces dispositifs a engendré leur abandon en 1971 pour le PPBS et en 1984 pour la RCB.

La mise en place du nouveau management public a été rapide dans les pays anglo-saxons (exemples : privatisations de British Telecom en 1984, British Airways en 1987). Pour d'autres pays, cette mise en place a été moins rapide. Le nouveau management public (NMP) a touché beaucoup de pays tels que les Etats-Unis (Government and Performance Results Act en 1993), la Belgique à travers la réforme de sa gestion publique en 1994, le Canada à travers la réforme de sa fonction publique fédérale en 1994, le Japon à travers la réforme de son administration en 1996, l'Allemagne (Moderniser Staat-Moderne Verwaltung en 1999).

En France, à partir des années soixante-dix, une critique de la bureaucratie fait émerger les prémices du NMP. Dans les années quatre-vingt, les initiatives réformatrices françaises voient le jour avec notamment l'introduction de l'évaluation des politiques publiques et du renouveau du service public. Ces réformes engendrent le développement de nouveaux outils de gestion apparentés au NMP (exemples : la décentralisation budgétaire, la certification et l'amélioration de la qualité des services, la contractualisation des relations entre centres de responsabilité (Postif, 1997 ; Chaty, 1997 ; Gaudin, 1999)). Puis, dans les années quatre-vingt-dix, la modernisation administrative n'a cessé de prendre de l'ampleur (Guenoun, 2009). Se succèdent alors une multitude de mesures politiques qui institutionnalisent la réforme de l'Etat :

- *Création des cellules des ministères transversaux entre 1990 et 1995,*
- *Création d'une mission ad hoc sur les responsabilités et l'organisation de l'Etat en 1993,*
- *Création du commissariat à la réforme de l'Etat et du comité interministériel pour la réforme de l'Etat dès 1995,*
- *Transformation du commissariat en Délégation interministérielle à la réforme de l'Etat en 1997,*
- *Rattachement de la réforme de l'Etat au ministère de la fonction publique et création d'un poste de secrétaire d'Etat à la réforme en 2002,*
- *Création de la Délégation à la Modernisation de la Gestion Publiques et des Structures de l'Etat (DMGPSE) en 2003,*
- *Attribution du portefeuille de la réforme de l'Etat au ministre du Budget en 2005,*

- *Absorption des structures chargées de la réforme au sein de la Direction Générale de la Modernisation de l'Etat (DGME) du ministère du Budget en 2006,*
- *Attribution de la mise en œuvre de la LOLF¹⁶ et de la réforme de l'Etat au ministère chargé du budget auquel on a donné la responsabilité de la fonction publique, depuis 2007,*
- *Lancement de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) chargée de la remise à plat de l'ensemble des missions de l'Etat afin d'identifier les réformes susceptibles de réduire les dépenses de l'Etat tout en améliorant l'efficacité des politiques publiques, en 2007.*

Au sein de ces différentes institutions se développent des dispositifs tels que :

- *Le modèle de contractualisation interne et de renforcement de l'autonomie des gestionnaires proposé par le ministère de la Fonction Publique (création du bureau de « l'animation et du développement des ressources humaines » et du bureau des « méthodes modernes de gestion » par la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique (DGAFP) depuis 1989),*
- *Le modèle de réorganisation basé sur la déconcentration horizontale proposé par le ministère de l'Intérieur (Loi sur l'Administration Territoriale de la République en 1992),*
- *Le nouveau contrôle financier et la contractualisation avec les services à travers la mise en place de l'enveloppe globale, des contrats de services et de la déconcentration du contrôle financier entre 1990 et 1997,*
- *En 2001, l'adoption de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) qui repose sur une logique d'objectifs et de résultats qui doivent faire l'objet d'évaluations, grâce notamment aux indicateurs d'efficacité socio-économique, d'efficience de la gestion et de qualité de la gestion.*

1.4 Les avantages et les limites du Nouveau Management Public (NMP)

Le secteur public est traditionnellement fondé sur une rationalité juridique classique parfois mal considérée que le NMP tend à remplacer par une rationalité managériale issue du secteur

¹⁶ LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances.

privé. Deux thèses s'opposent quant à l'acceptabilité de cette rationalité managériale dans le secteur public. Une première école de pensée « économiciste » postule que l'Etat devrait se comporter comme une entreprise et une deuxième « politiciste » considère que l'Etat est irréductible à un tel raisonnement économique (Ughetto, 2004 ; Jacob et Varone, 2004). Afin d'analyser le NMP, il convient d'observer les pratiques professionnelles et les réactions des agents qu'il engendre.

Selon Amar et Berthier (2006), la compétition promue par le nouveau management public (NMP) au sein des organisations publiques et entre organisations publiques et privées crée une émulation profitable à tous, notamment aux usagers. Les auteurs soulignent que la mise en place du NMP permet de réaliser des économies et de réduire la dette publique. Par ailleurs, les transformations mises en œuvre suite aux différentes réformes du NMP paraissent plaire aux jeunes fonctionnaires qui ont envie et besoin de reconnaissance et d'autonomie (Amar et Berthier, 2006).

Parallèlement, on peut aussi observer certaines insuffisances du nouveau management public (NMP). Le caractère traditionnellement rigide du statut de la fonction publique s'atténue avec l'emploi de contractuels mais les conventions collectives du secteur privé offrent un cadre parfois plus rigide (Amar et Berthier, 2006). En outre, les méthodes de management du secteur privé ont bien souvent été remises en cause, notamment à travers de multiples scandales financiers tels que Enron, Worldcom ou Xerox. De plus, l'évaluation et la mesure de la performance ne permettent pas systématiquement d'améliorer les politiques menées (Amar et Berthier, 2006). A cela s'ajoutent les résistances au changement engendrées par la mise en place du NMP.

Certes, les nouveaux modes de management public transposés du secteur privé permettent de perfectionner et de moderniser l'action publique. Cependant, les objectifs de ces deux secteurs ne sont pas les mêmes : satisfaction de l'intérêt général pour le secteur public et rentabilité pour le secteur privé (Amar et Berthier, 2006). Cette différence peut être enrichissante (exemples : émulation liée à la compétition, réalisation d'économies substantielles...) mais aussi source de résistances et de dysfonctionnements (Amar et Berthier, 2006). Par exemple, les fonctionnaires ne se reconnaissent pas toujours dans les principes du NMP. Des résistances liées aux représentations culturelles, politiques et sociales quant au rôle de l'Etat dans les sociétés modernes, peuvent se manifester (Amar et Berthier, 2006).

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). Des études ont tenté de mesurer le coût humain des changements organisationnels et managériaux mais aussi leur impact sur la souffrance au travail. Dans le secteur public de nombreux pays, les indicateurs de santé au travail se dégradent (Korunka, Sharitzer, Carayons et Sainfort, 2003 ; Kirkpatrick, Ackroyd et Walker, 2005) avec la mise en place des réformes liées au nouveau management public (NMP). Ce secteur connaît une montée des souffrances au travail en lien avec les transformations organisationnelles du NMP qui imposent de nouvelles exigences et engendrent une élévation du stress, une insatisfaction au travail et une baisse de l'implication organisationnelle (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Une enquête menée dans une collectivité territoriale française a permis d'évaluer la perception des différents impacts du NMP sur l'épuisement professionnel (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Les résultats de cette étude révèlent que le NMP constitue un levier essentiel de l'intensification du travail dans les services publics qui peut avoir des effets négatifs (absentéisme, *turnover*) sur l'efficacité en relation avec une hausse de l'épuisement professionnel.

2 LE MANAGEMENT DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Après une prise de recul qui nous a permis d'analyser le management public dans sa globalité, nous allons nous focaliser plus particulièrement sur les établissements hospitaliers, objets de notre étude. Pour mieux comprendre cet acteur majeur de la société qu'est l'hôpital¹⁷, nous présenterons tout d'abord son origine et ses missions. Nous poursuivrons ensuite avec une analyse de son évolution pour finir avec un point de vue critique du nouveau management public instauré au sein de ses établissements.

2.1 L'Hôpital public : quelle origine ?

A l'origine, l'institution hospitalière naît dans l'empire byzantin pour prendre son essor au sein de l'Europe chrétienne. Le monde musulman développe une forme d'assistance similaire. Avec l'expansion coloniale, la genèse de l'hôpital se poursuit dans les pays du Nouveau Monde. C'est avec le christianisme et son principe de charité évangélique qu'apparaît

¹⁷ Le secteur de la santé regroupe près de 9% de la population en activité (rapport de la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, 2009).

l'hôpital en tant qu'institution. Rappelons que la racine du terme « hôpital » (du latin *hospitale*) évoque « *la vocation première de l'établissement, lieu d'hospitalité institué pour accueillir et réconforter tous ceux en situation de précarité ou de dépendance* » (Laget et Salaün, 2004). Par la suite, un lien de subordination a longtemps rattaché l'institution hospitalière à l'Église.

Les premières maisons d'hospitalité du monde occidental accueillent les orphelins, les vieillards, les étrangers, les pèlerins et les malades. Par ailleurs, les grands hôpitaux urbains (maisons-Dieu, hôtels-Dieu) accueillent toutes sortes d'infortunés. Le premier hôpital fondé en France est l'Hôtel-Dieu de Lyon (en 549) suivi de l'Hôtel-Dieu de Paris fondé en 651. Les fondations hospitalières se multiplient aux XIIème et XIIIème siècles avec l'essor démographique, en France, dans l'ensemble de l'Europe occidentale (Bruges, Lübeck, Chichester) ainsi que dans les pays méditerranéens (Espagne, Italie) (Laget et Salaün, 2004).

Durant le Moyen Age, l'hôpital participe à la gestion des épidémies telles que celle de la lèpre. Des léproseries sont créées et se multiplient dans la première moitié du XIIème siècle pour faire place progressivement aux maisons-Dieu et aux hospices. Aux XIVème et XVème siècles, le fléau de la peste nécessite la mise en place de mesures publiques de politiques sanitaires palliant les limites du projet d'accueil de l'hôpital chrétien. Au XVIème siècle, le développement du paupérisme et de la mendicité dans la plupart des pays d'Europe engendre des mesures urgentes de distribution de secours aux plus nécessiteux. Cette politique d'assistance débute à Nuremberg, dans le Saint Empire, en 1522, et se poursuit en Suisse et aux Pays-Bas en 1525. Dans plusieurs villes de France (Lyon, Rouen, Paris), des administrations spéciales pour cette distribution des secours sont créées (bureaux des pauvres). En Angleterre, un système de lutte contre la pauvreté est mis en place (Laget et Salaün, 2004). S'en suit une crise frumentaire qui nécessite la création d'édifices particuliers pour héberger les vagabonds et les mendiants en les astreignant au travail. Les XVIIème et XVIIIème siècles voient ainsi une succession de créations d'instituts d'enfermement pour les pauvres. L'hôpital commence alors à se spécialiser dans la distribution de soins, en excluant les vagabonds et les mendiants orientés dans ces établissements dédiés (Bonnici, 2007).

L'institution de la clinique à la fin du XVIIIème siècle et au début du XIXème siècle transforme l'hôpital en un lieu de production et de transmission du savoir médical. En Europe,

la médecine à l'hôpital se développe avec la mise en place de véritables politiques de conservation de la santé (Laget et Salaün, 2004). Les réformes se succèdent, notamment dans le secteur des hôpitaux militaires. Les armées des grandes puissances européennes se dotent de services de santé organisés qui inspirent les hôpitaux civils (développement de méthodes d'observation des malades, mise au point d'outils de recensement des cas pathologiques et instruction des élèves au lit du malade) (Laget et Salaün, 2004).

Parallèlement, la Révolution permet la laïcisation des hôpitaux. Le 2 novembre 1789, les biens de l'Eglise sont mis à disposition de la Nation. La loi du 7 octobre 1796 instaure le principe de la responsabilité communale qui donne aux administrations communales la surveillance des hospices civils dans leur arrondissement. Une modernisation de l'hôpital voit le jour sous l'Empire avec un mouvement de décentralisation (Bonnici, 2007). Notons qu'à cette période est née la concurrence entre les établissements publics et les établissements privés créés grâce à la charité privée, pour répondre à l'ensemble des besoins sanitaires qui ne pouvaient plus être entièrement satisfaits par les établissements publics. L'hôpital public ne pouvant plus faire face aux difficultés chroniques de financement, l'Etat prend le contrôle des hôpitaux, par la loi du 7 août 1851 (Bonnici, 2007). Jusqu'à la seconde guerre mondiale, les structures économiques de l'hôpital connaissent alors une évolution. La loi du 15 juillet 1893 instaure l'assistance médicale gratuite pour les indigents et la loi du 14 juillet 1905 inclut la prise en charge gratuite des vieillards, des infirmes et des incurables.

Au XXème siècle, en France, les réformes se poursuivent pour donner un nouvel essor à l'hôpital public, se positionnant alors en pilier du système sanitaire (Georgescu, 2010). Les structures hospitalières se réorganisent, notamment en 1958, avec la réforme Debré qui instaure une médecine hospitalo-universitaire exclusivement hospitalière. Le rôle des hôpitaux est amplifié. Ils doivent pourvoir au traitement des malades mais aussi assurer la prévention et la réadaptation fonctionnelle. On distingue alors : les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ; les Centres Hospitaliers (CH) ; les Hôpitaux (H) ; les Hôpitaux Ruraux (HR) et les maisons de retraite (anciens hospices). En parallèle des réformes hospitalières, la Sécurité sociale est créée en 1945 puis généralisée en 1978, la couverture maladie universelle (CMU) est créée en 1999 et l'assurance maladie est réformée par la loi du 13 août 2004 (Bonnici, 2007).

2.2 Les missions actuelles de l'hôpital public

Tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, sont au service de la population et en particulier des malades. Leurs missions générales communes sont les suivantes :

- *« Dispenser avec ou sans hébergement :*
 - *Des soins de courte durée (court séjour) ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, odontologie ou psychiatrie ;*
 - *Des soins de suite ou de réadaptation (moyen séjour) dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans le but de réinsertion ;*
- *Dispenser des soins de longue durée (long séjour) comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien » (art. L. 611-2 Code de la santé publique).*

Les établissements de santé publics et privés ont aussi des missions plus spécifiques dans certains domaines précisés par la loi :

- *« Les établissements de santé, publics ou privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient » (art. L. 6111-1 CSP).*
- *« Les établissements de santé, publics ou privés, participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention. Ils participent à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales » (art. L. 6111-1 CSP).*
- *« Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de signaler sans délai au représentant de l'Etat dans le département les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée » (art. L. 1413-15 CSP).*

En outre, les établissements de santé publics ont des missions spécifiques de service public qui sont les suivantes :

- « *Concourir à l'enseignement universitaire et postuniversitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique ;*
- *Concourir à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;*
- *Concourir à la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique ;*
- *Concourir à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence ;*
- *Concourir aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ;*
- *Concourir conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente ;*
- *Concourir à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux » (art. L. 6112-1 CSP).*

Notons que le Code de la Santé Publique (CSP) précise que « *le service public hospitalier est assuré par :*

- *Les établissements publics de santé ;*
- *Ceux des établissements de santé privés qui répondent aux conditions fixées aux articles L. 6161-6 et L. 6161-9¹⁸ ;*
- *L'Institution nationale des invalides pour ses missions définies au 2° de l'article L. 529 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;*
- *Les centres de lutte contre le cancer » (art. L. 6112-2).*

Le même article précise aussi que « *ces établissements garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement public de santé. Ils*

¹⁸ C'est-à-dire les établissements privés à but non lucratif.

dispensent aux patients des soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. A cette fin, ils orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation. Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur ».

De plus, les établissements de santé publics assurent les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ainsi qu'aux personnes retenues en application de l'article 35 bis de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France (Bonnici, 2007).

2.3 L'Hôpital public : quelle évolution ?

2.3.1 La « managérialisation » des établissements publics de santé

Le système de santé français est confronté à plusieurs défis majeurs : un vieillissement de la population, une évolution technologique et une demande accrue des usagers (Baret et Robelet, 2010). En parallèle, depuis une vingtaine d'années, les pouvoirs publics français tentent de maîtriser les dépenses de santé dans les hôpitaux. Cette tentative passe notamment par l'introduction du Nouveau Management Public. Ainsi, l'organisation de l'hôpital public français mute progressivement d'un ancien modèle bureaucratique à une nouvelle forme de structure où les notions de « *compétences* », « *réseau* », « *transparence* », « *information* » sont amenées à occuper une place privilégiée (Cueille, 2008).

L'organisation hospitalière peut être qualifiée de « bureaucratie professionnelle » telle que l'a définie Mintzberg. Pour fonctionner, l'hôpital s'appuie sur les compétences et le savoir de ses professionnels. « *Pour coordonner ses activités, la Bureaucratie professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications et sur le paramètre de conception qui y correspond, la formation et la socialisation* » (Mintzberg, 1982). La particularité de ce type de structure organisationnelle est l'importante latitude laissée aux professionnels dans le contrôle de leur

propre travail. C'est aussi une structure rigide, dans laquelle il peut y avoir des problèmes de coordination, de contrôle de l'autonomie et d'innovation. Ce modèle d'organisation n'est pas compatible avec l'instabilité croissante de l'environnement des hôpitaux. Selon les conclusions de la théorie de la contingence structurelle (Burns et Stalker, 1966 ; Lawrence et Lorsch, 1973), cette incompatibilité devrait conduire à une « *sous-performance* » de l'organisation.

Pour tenter de remédier aux différents dysfonctionnements liés à son organisation bureaucratique, l'hôpital a supporté une succession de réformes. **Ces différentes réformes ont renouvelé le mode d'organisation de l'activité et la répartition des pouvoirs. Elles ont aussi transformé les modes de circulation de l'information.**

Le nouveau mode d'organisation s'est tout d'abord traduit par une tendance à l'externalisation des activités « *supports* » (au sens de Porter, 1986) : restauration, nettoyage... en faveur d'un recentrage sur le « *cœur de métier* ». L'activité s'est aussi vue décloisonnée, sur le plan interne (constitution de pôles d'activité regroupant plusieurs services) et externe (constitution de « *réseaux de soins* » basés sur la notion de « *parcours du patient* »). C'est l'ordonnance du 2 mai 2005 qui a instauré l'organisation des établissements de santé en **pôles d'activité** (regroupements d'unités cliniques sous une logique commune). Le contrat de pôle conclu avec le conseil exécutif comprend une délégation de gestion au responsable de pôle. Cela permet de déconcentrer la gestion quotidienne et la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'établissement.

La mise en place du système de **tarification à l'activité (T2A)** et de mécanismes de contrôle externe de la qualité des services hospitaliers a pu inciter les hôpitaux à une spécialisation de leur activité (Cueille, 2008). La tarification à l'activité (T2A), consiste en une méthode de financement des établissements de soins qui permet d'évaluer leur rémunération en fonction de leur activité effective pour une prise en charge analogue et un prix identique. C'est le Programme Médicalisé des Systèmes d'Informations (PMSI) qui permet de recueillir les informations.

La nouvelle répartition des pouvoirs a principalement profité aux managers impliqués dans la négociation de l'allocation budgétaire et dans la répartition interne de cette enveloppe (Cueille, 2008). Elle a aussi profité aux personnels soignants grâce à l'élargissement du

partage du pouvoir formel dans l'institution (création de la Commission du Service de Soins Infirmiers et de conseils de services, refonte du statut des infirmiers...). Enfin, les pôles d'activité doivent désormais être codirigés par un médecin, un cadre soignant et un cadre administratif.

Pour une plus grande transparence de l'information, des exigences en matière de production de l'information se sont développées (constitution du « *dossier médical unique (DMU)* », codage de l'activité médicale...). Cette transformation passe aussi par une transmission et un partage de l'information (informatisation du DMU, technicisation de l'activité médicale, développement du travail en équipe...).

2.3.2 *L'hôpital et le nouveau management public (NMP) à travers les réformes*

Une des premières réformes ayant pour objectif de réviser le fonctionnement de l'hôpital public français fut celle de la **Nouvelle Gouvernance Hospitalière** résultant de l'ordonnance du 2 mai 2005, dans le cadre du plan Hôpital 2007. Le **plan Hôpital 2007** avait pour objectif d'une part de rendre plus autonome, sur un plan financier, le fonctionnement des établissements hospitaliers vis-à-vis de l'Etat, et d'autre part, de réformer leur organisation interne. Jusque là, les établissements étaient libres d'agir concernant leur organisation, dans les cadres fixés par les ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation). La réforme de la Nouvelle Gouvernance Hospitalière a permis de créer une nouvelle organisation hospitalière avec de nouvelles instances et des pôles d'activité visant à favoriser la transversalité disciplinaire et la mutualisation des ressources (Burellier, 2011).

La figure 2 illustre la nouvelle gouvernance qui émerge dans les établissements publics de santé. Cette nouvelle gouvernance est composée de différents organes de décisions :

- *Le Conseil d'administration (CA) :*

Selon l'article L. 6143-1 du CSP, le CA arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle et délibère, entre autres, sur : le projet d'établissement¹⁹ et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens²⁰ ; la politique

¹⁹ Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement (Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005).

²⁰ L'article L. 6114-1 du CSP précise que les ARH concluent avec les établissements de santé publics ou privés des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Cette contractualisation externe résulte de la confrontation entre une approche planificatrice et les objectifs de chaque établissement de santé exprimés dans leur projet d'établissement.

d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) ; l'organisation de l'établissement en pôles d'activité... La composition du CA des établissements publics de santé varie en fonction du type de l'établissement.

- *Le Directeur de l'établissement :*

Depuis 1958, le pouvoir du directeur et sa dépendance à l'égard du pouvoir central se sont renforcés. La légitimité de sa place et la reconnaissance de son rôle sont notamment liées à l'évolution des conditions de formation. L'École Nationale de la Santé Publique créée en 1945, devenue l'École des Hautes Etudes en Santé Publique en 2006, a favorisé l'affirmation de ce corps de « décideurs ». Depuis la loi du 31 décembre 1970, le directeur d'un établissement public de santé dispose d'une compétence générale sur l'établissement. Entre autres, il le dirige, il en est le représentant légal, il est l'ordonnateur des dépenses et des recettes ; il est responsable des marchés.

- *Le Conseil exécutif :*

Selon l'article L. 6143-6-1 du CSP, le Conseil exécutif a pour missions, entre autres, de : préparer toutes les mesures nécessaires à l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel ; préparer le projet médical et les plans de formation et d'évaluation ; donner son avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et des chefs de services.

Cette nouvelle gouvernance est aussi composée de deux **organes consultatifs représentatifs des intérêts du personnel** :

- *La Commission Médicale d'Etablissement (CME) :*

Le décret du 11 décembre 1958 a donné un rôle plus important à cet organe qui existe depuis 1941. Selon l'article R. 6144-1 du CSP, la CME est consultée pour donner son avis sur les projets de délibérations mentionnés à l'article L. 6143-1 ; elle prépare le projet médical de l'établissement qui définit pour cinq ans les objectifs médicaux ; elle organise la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles ; elle donne son avis sur le projet des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; elle donne son avis sur le fonctionnement des pôles autres que médicaux, odontologiques et pharmaceutiques ; elle

donne son avis sur les nominations des responsables de pôle ; elle donne son avis sur le recrutement et la carrière des praticiens.

- *Le Comité Technique d'Etablissement (CTE) :*

Sa création remonte au décret du 11 décembre 1958 (alors Comité technique paritaire). C'est la loi du 31 décembre 1970 qui lui a accordé l'essentiel des prérogatives étendues dont il dispose aujourd'hui. L'article R. 6144-40 du CSP précise que le CTE est consulté sur les projets de délibérations mentionnés à l'article L. 6143-1 ; les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement ; la politique générale de formation ; les critères de répartition des primes de service, forfaitaire technique et de technicité.

D'autres organes consultatifs ont été créés pour assurer une protection juridique renforcée des malades ou pour défendre certains intérêts catégoriels des agents publics hospitaliers :

- *Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN),*
- *Le Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS),*
- *Le Comité de lutte contre la douleur (CLUD),*
- *Le Comité de liaison alimentation-nutrition (CLAN).*

La réforme hospitalière prévoit la disparition de ces instances au profit d'une ou plusieurs sous-commissions spécialisées de la CME.

- *La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ),*
- *Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT),*
- *La Commission d'établissement de l'activité libérale,*
- *La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,*
- *Les commissions administratives paritaires locales et départementales.*

Puis, en 2009, a été promulguée la **loi HPST** (Hôpital-Patient-Santé-Territoire) pour poursuivre la modernisation des établissements de santé. Cette loi est organisée autour de quatre axes :

- *La modernisation des établissements de santé*

Cette modernisation se traduit par :

- *L'amélioration du fonctionnement des établissements,*
- *L'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des soins,*
- *L'amélioration des outils de coopération entre établissements,*
- *L'amélioration de la performance des établissements.*

- *L'amélioration de l'accès à des soins de qualité :*

Cette amélioration passe par l'organisation de l'offre de soins en fonction des niveaux de recours et des besoins de santé.

- *La prévention et la santé publique :*

Cette amélioration passe par l'éducation thérapeutique du patient ainsi que par l'interdiction et l'encadrement de la vente d'alcool et de tabac, pour protéger les plus jeunes.

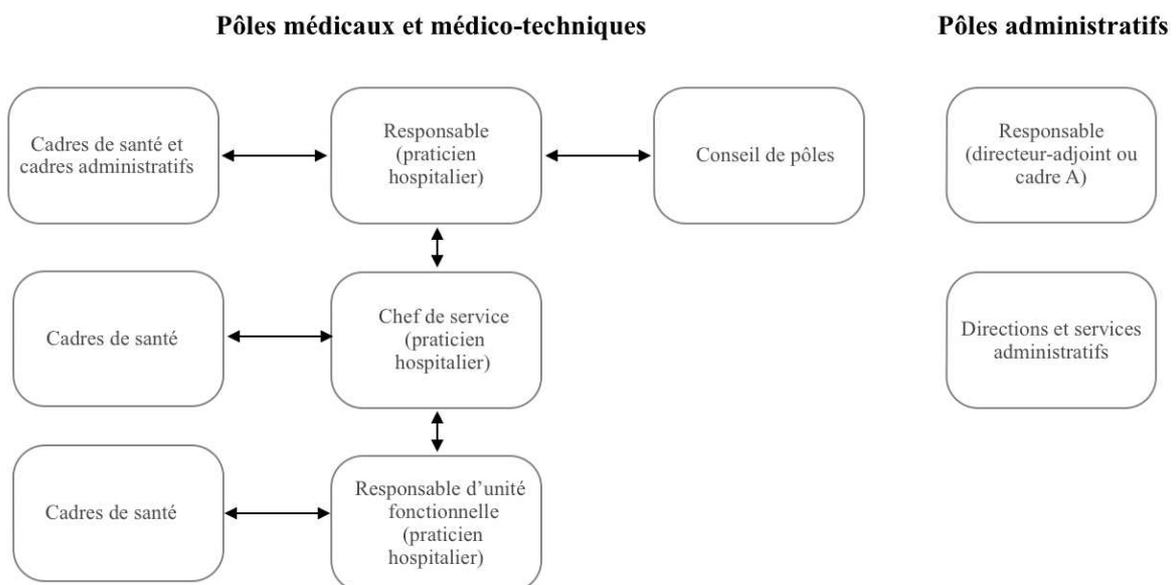
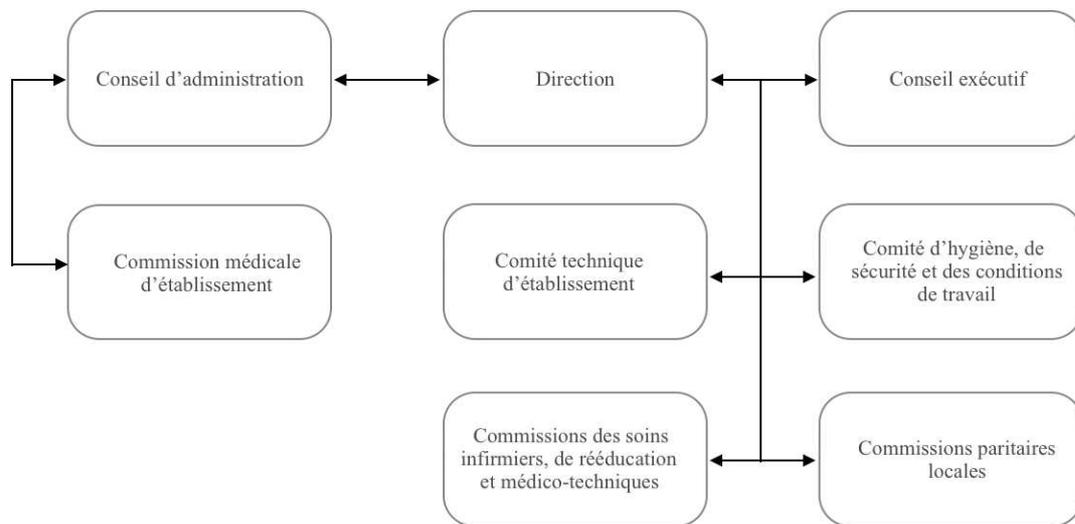
- *L'organisation territoriale du système de santé :*

Cette organisation territoriale passe par la création des **Agences Régionales de Santé (ARS)**, par une représentation des professionnels de santé libéraux, par une politique régionale de santé, par une déclinaison régionale de la politique de santé ainsi que par les systèmes d'information de santé. Les ARS regroupent les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), les Unions Régionales des Caisses d'Assurance-Maladie (URCAM) et une partie de l'activité des Caisses Régionales d'Assurance-Maladie (CRAM).

Avec la loi HPST, les compétences du directeur sont renforcées. L'essentiel des pouvoirs détenus jusqu'alors par le CA lui sont transférés. Il conduit la politique générale de l'établissement, il est l'ordonnateur de l'EPRD, il nomme les personnels non médicaux, il définit l'organisation en pôles d'activité conformément au projet médical et nomme les chefs de pôle. Cette loi remplace les conseils exécutifs par des **directoires** dont la composition (qui passe de 12 à 7 membres) et les attributions sont plus réduites. Les directoires se chargent uniquement d'approuver le projet médical, de préparer le projet d'établissement et conseillent

le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Par ailleurs, « *la loi HPST a réaffirmé le principe d'une gouvernance médico-administrative des établissements de santé en définissant le rôle des médecins chefs de pôle qui ont pour mission de piloter les performances et les résultats de leur pôle* » (Gavault, Laude et Baret, 2014). La loi HPST remplace aussi les CA par des **conseils de surveillance**, chargés de se prononcer sur les orientations stratégiques de l'établissement et de contrôler sa gestion.

Figure 2 : La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé (Bonnici, 2007)



2.4 Les critiques du nouveau management public (NMP)

A l'hôpital, il est complexe de mettre en place des réformes visant à introduire une « *culture de la performance* » éloignée des valeurs d'égalité qui constituent le service public. L'article de Baret, Oiry, Codello-Guijarro et Koffi (2011) soulignent les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des réformes du système de santé. Par ailleurs, de nombreux ouvrages et articles critiquent la transposition du modèle de l'entreprise privée à l'hôpital. L'ouvrage intitulé « *L'hôpital en réanimation* », publié en 2011²¹ en est un exemple. Les auteurs y dénoncent une logique néo-libérale qui « *transforme toutes les institutions et tous les champs sociaux pour les plier à la norme du marché* » et pour en faire « *des entreprises obéissant à des contraintes de concurrence, de productivité et de rentabilité* » (Laval, 2011). Ils y révèlent le caractère ambigu du statut du *New Public Management*, « *puzzle doctrinal à vocation générique* », et les effets pervers de ses instruments. Par exemple l'interprétation des mesures, la question du contrôle des nouvelles instances de contrôle ou encore l'opposition entre management et professions (Bezès, 2011). En effet, l'autonomie des professionnels des établissements de santé peut être remise en cause par de nouvelles formes de contrôle. Ce qui peut générer des situations conflictuelles entre managers et professionnels.

Des auteurs tels que Pierru (2011) expliquent que la transformation néo-libérale de l'hôpital n'est pas le résultat d'une nécessité économique mais la conséquence d'intérêts économiques, sociaux et politiques : les masses financières liées aux dépenses de l'Assurance-maladie ne génèrent aucun profit puisqu'elles transitent par les caisses de Sécurité sociale. Les réformes font débat. Avec la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) votée en 2009, certains dénoncent l'« étatisation » des hôpitaux car cette loi renforce les attributions des exécutifs (directeurs d'hôpital et directeurs généraux des ARS) (Pierru, 2011). D'autres expliquent que le néo-libéralisme à l'hôpital se traduit « *par la montée en puissance d'une nouvelle bureaucratie gestionnaire qui s'immisce dans les affaires et les pratiques de la médecine* » (Domin, 2011).

Par ailleurs, des instruments de gestion tels que la T2A (tarification à l'activité) sont remis en question. La T2A peut présenter un risque pour la qualité des soins car elle crée une pression directe sur les établissements visant à réduire le coût des séjours hospitaliers, sans tenir compte des résultats thérapeutiques (Or, 2011). Cet instrument peut, entre autres, créer des

²¹ Sous la direction de B. Mas, F. Pierru, N. Smolski et R. Torrielli.

incitations perverses engendrant, par exemple, « *la sélection des patients à travers les prises en charge à bas risque, l'augmentation de l'intensité des actes techniques (permettant une meilleure rémunération), la manipulation du codage des niveaux de sévérité, le renvoi prématuré des patients à domicile ou à d'autres structures de soins et le morcellement des séjours* » (Or, 2011), ou encore du surcodage des actes médicaux pour répondre à des pressions financières (Georgescu, 2010).

En outre, les restructurations hospitalières modifient les propriétés du travail à l'hôpital. Linhart (2011), dénonce une perte profonde du sens du travail et de ses repères engendrée par la nouvelle gestion hospitalière qui provoque une fuite inquiétante des soignants et des problèmes de recrutement. Par ailleurs, les changements induits par le Nouveau Management Public peuvent aussi entraîner une souffrance au travail. L'hôpital, comme tout autre organisation du secteur public, est soumis à une montée des souffrances au travail en lien avec les transformations organisationnelles mises en place avec le Nouveau Management Public (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). En 2014, Fournier et Loubès soulignent que « *les successions de réformes hospitalières et la course aux économies de santé poussent à une véritable réorganisation des soins qui peut nuire à la santé au travail* ».

Voici un ensemble de critiques et de constats sur le Nouveau Management Public instauré à l'hôpital qui doivent mener à une réflexion quant à sa gestion à venir. Quelle gestion des dépenses ? Quelle gestion des ressources humaines (GRH) et matérielles ? La dynamique de transposition du modèle de l'entreprise privée à l'hôpital a-t-elle transformé celui-ci en « hôpital-entreprise²² » ?

Conclusion de la Section 1

Cette première section nous permet de constater que l'institution hospitalière est une organisation publique qui a connu une longue et pérenne évolution en lien avec un contexte mouvant. Les réformes successives du secteur public et du secteur de la santé ont été mises en place pour faire face à différentes contraintes. De plus, les missions nombreuses et variées sont difficiles à mettre en œuvre, en période de crise notamment. Ainsi, l'organisation hospitalière est constituée d'une gouvernance très complexe et sans cesse renouvelée. Ce qui

²² « hôpital-entreprise » : expression de Danet F. (2011), « Une petite histoire de l'hôpital : de la logique compassionnelle à la logique économique », dans « L'hôpital en réanimation » sous la direction de Mas, B., Pierru, F., Smolski, N. et Torrielli, R.

ne favorise pas sa stabilité. Dans ce contexte, il nous semble pertinent d'examiner les différentes conséquences de ce nouveau management public sur le rôle et les fonctions des acteurs et des managers du soin. C'est ce que nous allons aborder dans la prochaine section, notamment à travers l'examen du poste de cadre de santé à l'hôpital public.

Section 2 : Le métier de Cadre de santé à l'hôpital public

Cette seconde section va nous permettre de découvrir et de présenter le métier de cadre de santé à l'hôpital public. Nous débuterons avec quelques généralités indispensables à connaître sur cette fonction. Nous poursuivrons avec une analyse de l'évolution de ce métier, liée notamment à la mise en place des réformes et des outils du Nouveau Management Public à l'hôpital.

1 LE METIER DE CADRE DE SANTE A L'HOPITAL : GENERALITES

Les cadres de santé (CDS) représentent une des filières professionnelles des cadres hospitaliers (environ 44 700 personnes selon les sources de la direction générale de l'offre de soins de 2004 redressées avec les statistiques annuelles des établissements de santé de 2007)²³ qui se décomposent ainsi :

- *Cadres de santé (filière soignante²⁴ et de rééducation et filière médico-technique) : environ 27 300 personnes,*
- *Cadres administratifs (AAH et ACH) : environ 9 350 personnes,*
- *Cadres techniques (Ingénieurs et TSH) : environ 7 650 personnes,*
- *Cadres socio-éducatifs : environ 420 personnes.*

Les cadres de santé (CDS) font partie des personnels paramédicaux. Les personnels paramédicaux administrent des soins qui sont sous le contrôle des médecins. En France, les professions paramédicales regroupent les professions de la santé qui ne sont pas exercées par un médecin, un pharmacien, un dentiste, une sage-femme ou un vétérinaire. Les cadres de santé peuvent donc être issus de professions paramédicales très variées que l'on distingue en trois groupes :

- *Les professions de soin :*

On y trouve les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) qui peuvent se spécialiser pour devenir infirmiers en puériculture, infirmiers de bloc opératoire ou infirmiers anesthésistes. On y trouve aussi les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et les pédicures-podologues.

²³ Chiffres issus du rapport de Singly, 2009.

²⁴ La filière soignante et de rééducation comprend les cadres de santé infirmiers, de rééducation et les cadres de santé sages-femmes.

- *Les professions de rééducation :*

On y trouve les ergothérapeutes, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthopédistes, les orthoptistes, les psychomotriciens, les diététiciens, les opticiens-lunetiers et les audioprothésistes.

- *Les assistants techniques :*

On y trouve les manipulateurs en électroradiologie médicale, les préparateurs en pharmacie et les techniciens de laboratoire.

Leur grade est celui de « Cadre de santé des services médicaux », « Cadre de santé médico-technique », ou « Cadre de santé de rééducation ». Les cadres de santé appartiennent à la catégorie A de la fonction publique hospitalière. Ils ont une fonction d'encadrement dans un service médical, médico-technique ou de rééducation. Notons qu'afin de pallier la pénurie actuelle de personnel d'encadrement, la position de « faisant fonction » est devenue pratique courante pour les infirmiers possédant l'ancienneté et l'expérience suffisantes pour remplacer (sans diplôme) un cadre de santé. Notons par ailleurs que les cadres de santé peuvent exercer ce métier en établissement de santé public mais aussi privé, sanitaire ou médico-social, ainsi qu'en réseau de soins et en secteur d'activité extra hospitalier.

Entre 1938 et 1995, huit certificats ou diplômes différents se sont succédé pour former les infirmières au métier de l'encadrement des soins et de la formation des futures infirmières. L'accessibilité à ce poste nécessite aujourd'hui un diplôme « Cadre de santé » obtenu à l'issue d'une formation à l'IFCS²⁵, ainsi qu'une expérience de soignant de quatre ans (en France, on a toujours considéré que l'expérience passée des cadres de santé en tant que soignant était un atout dans l'exercice de leur fonction).

La première école de cadres infirmiers fut créée en 1951. On y formait les cadres à la gestion et à la pédagogie dans des programmes de formation qui ont évolué jusqu'en 1995, avec la création du diplôme « Cadre de santé ». C'est depuis ce temps que la fonction de cadre de santé englobe l'ensemble des professions paramédicales. La formation s'est alors orientée

²⁵ IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé.

vers le management et la gestion. Au sein des unités, les missions de soins confiées aux CDS ont diminué au profit de missions dédiées à la gestion administrative, des stocks de matériel et des budgets.

2 LES MISSIONS DU CADRE DE SANTE

La fonction des cadres infirmiers à l'hôpital a longtemps consisté à organiser le travail infirmier, planifier les présences et les repos ainsi qu'à contrôler l'exécution correcte des actes. Dans une optique de valorisation du métier, la publication des règles professionnelles en 1993 a permis aux cadres infirmiers d'intervenir activement dans la professionnalisation du métier d'infirmier. Progressivement, les domaines d'intervention du cadre infirmier se sont développés.

Aujourd'hui, le cadre de santé peut exercer son métier de trois façons différentes. Tout d'abord, il peut exercer la fonction de cadre de santé de proximité. Dans ce cas, il encadre des équipes soignantes et doit joindre une fonction de soignant avec une fonction d'encadrement et d'enseignement. Cette fonction complexe nécessite des capacités d'adaptation, un sens des responsabilités et des attitudes professionnelles (savoirs techniques, connaissances en matière de santé publique, capacités de communication...) (Peyré, 2006). Le cadre de santé de proximité a pour missions la responsabilité de la gestion d'une unité et l'organisation de la prise en charge globale des patients (gestion logistique et gestion des ressources humaines en fonction de l'activité, encadrement et animation d'équipe...). « *Il doit assurer la production d'un service de qualité avec la meilleure allocation des ressources. Il doit gérer l'information descendante et ascendante, communiquer et informer les agents, veiller au maintien de leurs compétences et les évaluer* » (rapport de l'IGAS 2010). Il participe aussi à la définition des objectifs et du projet de l'unité, en collaboration avec l'équipe médicale. Pour ce faire, il coopère avec la direction des soins, les chefs de service et tous les professionnels de santé intervenant dans l'unité.

Par ailleurs, le cadre de santé peut exercer son métier en tant que formateur au sein des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Le cadre de santé formateur participe à l'enseignement théorique et pratique des étudiants. Enfin, les cadres de santé peuvent exercer leur profession à travers des missions communes à plusieurs services ou des projets

d'établissement. On parle alors de « cadre transversal » (ou « cadre expert »). Les transferts d'une fonction à l'autre sont possibles et fréquents au cours d'une carrière de cadre.

Après trois années d'expérience et de services effectifs en encadrement, le cadre de santé a la possibilité de devenir (par nomination) cadre supérieur de santé. Le cadre supérieur de santé a pour fonction d'encadrer plusieurs unités fonctionnelles, services ou départements regroupés en pôles d'activité. Il peut, tout comme le cadre de santé, exercer sa fonction à travers des missions transversales ou en tant que formateur au sein, pour sa part, d'IFCS (Institut de Formation des Cadres de Santé) ou comme directeur-adjoint d'IFSI.

Selon la fiche métier du répertoire de la fonction publique hospitalière (cf. annexe 1), le métier du cadre de santé (nommé cadre responsable d'unité de soins) consiste à « *organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations* ». Les activités qui lui sont attribuées sont les suivantes (cf. annexe 1) :

- *Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine,*
- *Coordination et suivi de la prise en charge de prestations,*
- *Elaboration et rédaction de rapports d'activité,*
- *Encadrement d'équipe(s), gestion et développement des personnels,*
- *Gestion des moyens et des ressources : techniques, financières, humaines, informationnelles,*
- *Montage, mise en œuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité,*
- *Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés),*
- *Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting,*
- *Promotion des réalisations/des projets spécifiques à son domaine d'activité,*
- *Veille spécifique à son domaine d'activité.*

Pour le travail de recherche que nous effectuons dans le cadre de cette thèse de doctorat, nous nous sommes intéressés à l'étude du métier de cadre de santé de proximité (encadrant toutes les professions paramédicales) et de cadre de santé transversal. Nous avons fait le choix de

focaliser notre étude sur les cadres de santé évoluant au sein des services hospitaliers aux côtés des professionnels médicaux et paramédicaux, des patients et de leur famille, et de la hiérarchie soignante. Cette population de cadres se tenant au cœur des évolutions et des réformes du secteur hospitalier est la plus représentative des tensions qui touchent la fonction de cadre de santé (Reinhardt, 2011). L'étude ne concerne donc pas les cadres de santé formateurs, exerçant et évoluant dans un contexte différent. Durant notre étude, nous avons pris soin de contacter et d'interviewer quelques cadres supérieurs de santé afin d'obtenir leur avis et leur perception sur l'évolution du métier d'encadrement à l'hôpital public.

3 L'EVOLUTION DU METIER DE CADRE DE SANTE A L'HOPITAL PUBLIC

Les changements du métier de cadre de santé sont liés à une modernisation progressive de l'hôpital. Cette évolution a débuté dans les années soixante lorsqu'il a fallu différencier les fonctions d'encadrement pour les adapter à un hôpital plus technique et spécialisé. De nouvelles fonctions de coordination se sont ainsi développées avec l'apparition de nouveaux services médico-techniques. De plus, l'expansion hospitalière a engendré des besoins en personnel soignant dans un contexte de pénurie en ressources humaines. Dans les années soixante-dix, de réels besoins pour ces nouvelles tâches d'encadrement se sont fait ressentir. Les surveillantes ont vu évoluer leur poste vers des tâches plus axées sur l'encadrement de l'activité. Parallèlement, la ligne hiérarchique s'est complétée comprenant ainsi des surveillantes d'unités de soins, des surveillantes-chefs et des infirmières générales au sommet.

Dans les années quatre-vingt, l'introduction de nouvelles politiques de maîtrise des dépenses de santé et l'intérêt grandissant pour des problématiques économiques ont des conséquences sur l'ensemble des personnels et de l'encadrement à l'hôpital. Dans les années quatre-vingt-dix, des réformes de régulation sectorielle caractéristiques d'une nouvelle gestion publique (*Nouveau Management Public*) introduisent une gestion par objectifs centrée sur l'efficacité, la performance et la qualité (Feroni et Kober-Smith, 2005) : loi de réforme hospitalière de 1991, création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) en 1996. « *Les pouvoirs publics d'efforcent d'inciter les organisations de santé à améliorer leur efficacité médico-économique* » (Baret, 2013). L'expertise technique s'efface progressivement au profit d'un encadrement de type gestionnaire et les fonctions managériales remplacent les tâches d'encadrement de type bureaucratique (Tilley et Tilley, 1999). La formation dans les écoles de cadres se généralise et son contenu s'oriente davantage vers la gestion et le management.

L'évolution terminologique du métier traduit son évolution. Les cadres de santé deviennent des managers du service public en se rapprochant des fonctions plus généralistes de gestion (Tableau 1). En 1943, les cadres de santé étaient dénommés « surveillantes » des hôpitaux. Seules des femmes occupaient cette fonction. Plus lointainement, avant la laïcisation, c'étaient les « supérieures » qui exerçaient la fonction d'encadrement à l'hôpital. Progressivement, les surveillantes ont disparu pour être remplacées par des cadres infirmiers (en 1978), puis par des cadres de santé (1995) (Feroni et Kober-Smith, 2005). En même temps, les missions et les compétences attendues pour ce métier ont évolué.

Tableau 1 : L'encadrement infirmier de proximité en France (Feroni et Kober-Smith, 2005)

De 1940 à 1960 : période traditionnelle	De 1960 à 1985 : période de modernisation	Depuis 1985 : période gestionnaire
<p><i>Surveillante (1943)</i></p> <p>Fonctions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle de l'activité et des personnels d'une unité - Participation aux soins 	<p><i>Cadre infirmier (1978)</i></p> <p>Fonctions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle de l'activité d'une unité - Animation des personnels 	<p><i>Cadre de santé (1995)</i></p> <p>Fonctions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle direct de l'activité d'une unité/du personnel soignant - Gestion quotidienne des consommables

En résumé, de 1950 à nos jours, deux grandes périodes se distinguent dans l'orientation de la fonction de surveillante. Durant la première période, de 1950 à 1990, la fonction de surveillante se développe en parallèle avec la médecine scientifique (grâce aux progrès de la chimie et des techniques de laboratoire). Les années de 1960 à 1990 se caractérisent par le développement des connaissances et des progrès de la médecine (Bourret, 2006). La professionnalisation de cette catégorie professionnelle s'effectue aussi en parallèle de celle des infirmières, basée sur des compétences techniques et relationnelles (Bourret, 2006). Nous nous intéresserons plus longuement à la deuxième période qui s'étale de 1990 à nos jours dans le prochain paragraphe dédié à la « managérialisation » de ce métier.

4 LA MANAGERIALISATION DU METIER DE CADRE DE SANTE

Jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, les cadres infirmiers ont pour mission d'accompagner la médecine scientifique. Puis, une deuxième période d'évolution de la fonction de surveillant débute pour perdurer jusqu'à nos jours. Avec la loi du 31 juillet 1991, on associe l'encadrement à la gestion des services. Le cadre de santé n'est alors plus uniquement dans une démarche de contrôle (Reinhardt, 2011). L'apparition des contraintes économiques depuis la fin du dernier siècle, telles que la maîtrise des dépenses de santé à l'hôpital, modifie la fonction du cadre de santé.

Dembinski (1999), souligne l'accentuation de la conception gestionnaire à l'hôpital à partir des années quatre-vingt-dix. Avec la réforme hospitalière de 1991, la régulation des coûts de santé devient prioritaire. Elle engendre une rationalisation de la prise en charge des patients qui modifie le travail des médecins et des personnels hospitaliers (Bourret, 2006). En 1995, le nouveau programme de formation des cadres de santé « *parachève une orientation totale de la fonction vers une dimension gestionnaire amorcée dans les programmes précédents... et viserait à dépasser les logiques de métier pour intégrer les exigences de la gestion. La formation ne s'inscrit plus dans la professionnalité de l'infirmière* » (Bourret, 2006).

La nouvelle gouvernance de l'hôpital, concrétisée par le plan hôpital 2007, instaure un nouveau mode de fonctionnement et de gestion qui modifie les missions du cadre de santé. Autrefois limitée à des fonctions de simple auxiliaire, sa fonction évolue à travers la complexification des politiques hospitalières, la transformation des structures et le développement de la formation (Peyré, 2006). Le cadre de santé doit désormais remplir des fonctions de gestion pour lesquelles il n'est pas initialement formé. Il doit s'adapter pour répondre aux nouvelles attentes de responsabilité administrativo-technique. En conséquence, les cadres de santé sont en proie à des contradictions, des conflits de loyauté et situations de malaise qui constituent leur position spécifique (Singly, 2009).

Les théories de Bouvier ou de Moreau Defarges nous donnent un éclairage sur la nouvelle gouvernance à l'hôpital (Peyré, 2006). Pour Bouvier, elle représente un management apprenant basé sur les processus : « *La gouvernance invite les acteurs à être moins passifs et plus responsables* ». Pour Moreau Defarges, « *elle repose sur un espace régulé de jeu, où chacun peut et doit jouer* ». Dans ces conditions, les cadres de santé doivent désormais

maîtriser technique des soins et gestion administrative. Ils deviennent aujourd'hui des acteurs de changement au sein de l'hôpital en mutation. La modélisation systémique de la fonction cadre de santé élaborée par Peyré (2006), selon un schéma de triangulation « *S'organiser-Organiser-Etre responsable* », formalise l'ordre des processus de base sur lesquels le cadre s'appuie pour agir. Ce modèle révèle la complexité de la fonction cadre de santé, laquelle représente un enjeu stratégique essentiel dans la mise en place de la nouvelle gouvernance.

Dans le secteur hospitalier, la nouvelle logique gestionnaire modifie progressivement la place des cadres de santé, situés désormais au centre des contradictions entre logique médicale et logique économique. « *La maîtrise médico-économique des activités hospitalières entraîne l'évolution gestionnaire de la fonction de cadre, confirmant le processus d'éloignement des activités cliniques* » (Feroni et Kober-Smith, 2005). La réforme « Plan hôpital 2007 », réorganisant l'hôpital en pôles d'activité, consolide la position intermédiaire des cadres de santé. Leur activité s'oriente alors vers la recherche d'un fonctionnement optimal et d'une production suffisamment rémunératrice, notamment depuis la mise en place de la tarification à l'activité (Bourret, 2007). Dans ce cadre, ils dépensent beaucoup de temps et d'énergie à mener de front l'absentéisme et le manque d'effectifs pour assurer la qualité de service de leur unité. Ce contexte de rationalisation favorise aussi la part de temps consacrée aux tâches administratives et logistiques (gestion des flux de malades, coordination avec les différents interlocuteurs externes au service : hôtellerie, restauration, concepteurs de logiciels, fabricants d'appareillages médicaux...) qui se multiplient, se complexifient et changent de manière régulière (Georgescu et Rivière, 2012).

Les tâches du cadre de santé se diversifient. Il a désormais un rôle de manager, renforcé par le « Plan hôpital 2007 ». Progressivement, il collabore, en tant que partenaire, avec le corps médical. A ce titre, il monte et met en œuvre des projets au sein de son unité. Les missions du cadre de santé évoluent, à travers notamment des textes officiels qui mettent l'accent sur les notions de management et de gestion. La participation aux soins disparaît au profit du management et de la gestion qui deviennent les priorités attendues du cadre de santé. (Reinhardt, 2011).

5 LA POSITION D'INTERFACE DU CADRE DE SANTE

A l'hôpital, les cadres de santé tiennent un rôle d'interface car ils constituent le premier niveau d'encadrement au sein des unités et des services. Comme tous les autres managers de premier niveau des autres secteurs, le cadre de santé tient une place de « *pivot* ». Il se trouve à l'interface de différentes parties prenantes aux intérêts divergents : les professionnels administratifs, médicaux, soignants, mais aussi les patients et leur famille (Dumas et Ruiller, 2013). Cette appartenance à différents sous systèmes fait d'eux des cadres vers qui convergent une pluralité d'attentes de rôles, souvent mouvantes, peu claires et parfois contradictoires (Commeiras, Loubès et Fournier, 2009). Parmi ces différents acteurs, le cadre de santé assure un travail de coordination essentiel au sein du service et de l'établissement. Cette position frontalière est potentiellement source de conflits au regard des attentes de chacune de ces parties qui ne sont pas toujours conciliables.

Les cadres de santé sont confrontés à trois logiques différentes (Reinhardt, 2011), potentiellement sources de tensions de rôle :

- *Une logique soignante de laquelle le cadre de santé est issu,*
- *Une logique administrative,*
- *Une logique médicale qui régit le fonctionnement du service.*

Ex-soignant et actuel manager soumis aux décisions médicales, le cadre de santé se trouve à occuper une place qu'il doit légitimer sans cesse. Dans un contexte de régulation par les coûts, de management par les objectifs et de rationalisation de la prise en charge des malades, les cadres de santé ont plus que jamais un rôle prépondérant d'articulation. Ils doivent mettre en œuvre les transformations gestionnaires et convertir les personnels hospitaliers à cette nouvelle donne. « *Cette situation accroît le fossé entre les cadres et les soignants, qui voient dans la révolution managériale hospitalière davantage de contraintes pour eux-mêmes et de risques pour le devenir de l'hôpital public qu'une opportunité collective* » (Langlois, 2008).

En outre, au même titre que les autres cadres hospitaliers, le cadre de santé joue un rôle central mais souvent invisible (Singly, 2009). « *Essentiel au fonctionnement du service, ses actions restent pourtant assez méconnues par l'ensemble du personnel de son service* » (Reinhardt, 2011). Contraint à se partager pour assurer sa fonction d'intermédiaire, le cadre de

santé donne l'impression de « passer en coup de vent » ou d'être absent. Son travail de coordination, d'encadrement et d'organisation du service n'est pas aussi visible que les actes de soins ou les gestes techniques effectués par les personnels soignants et les médecins. Pourtant, son travail de mise en relation et en cohérence des logiques et des personnes est essentiel au bon fonctionnement des services et des établissements hospitaliers constitués d'un nombre important de professionnels (Bourret, 2006). A ce titre, le cadre de santé réalise un important travail de coordination et d'articulation (Strauss, 1992).

Malgré cet important travail, le personnel, les médecins et l'administration se plaignent de l'absence de proximité des cadres de santé (Bourret, 2006). Pour le personnel médical et paramédical, les cadres de santé sont trop loin des malades et des soins. Pour d'autres, « *ils ont trop le nez dans le guidon* » (Bourret, 2006). Ces plaintes s'expliquent en partie par leurs absences fréquentes dans les services. En outre, l'identification de sa localisation immédiate au sein de l'établissement n'est pas aisée. Le cadre de santé peut sortir du service sans en informer les agents et son territoire d'action est « *un espace éclaté* » : bureaux, couloirs, salles de soins, chambres des patients, locaux techniques... (Bourret, 2006). Paradoxalement, il est perçu comme « *devant être accessible par n'importe quelle personne à tout instant* » (Bourret, 2006).

Par ailleurs, une des causes de cette invisibilité réside dans la spécificité du secteur hospitalier : la culture du dévouement à autrui (patients et personnel médical) qui va de pair avec une tendance à s'effacer et à ne pas se mettre en avant. Les cadres de santé hésitent à se prévaloir d'un statut et des pouvoirs qu'il implique (Singly, 2009). Cette invisibilité est aussi renforcée par les nouvelles procédures liées aux démarches qualité et à la nécessité de se couvrir sur le plan juridique. Ces procédures donnent aux cadres une charge de travail supplémentaire (*reporting*, rattrapage des effets qu'elles entraînent...) pas toujours visible.

La position d'interface favorise une forte sollicitation du cadre de santé, qui doit être polyvalent. Il est en première ligne pour gérer tous les problèmes autant humains que matériels du service. Au sein de son service, le cadre de santé sert de variable d'ajustement en cas de dysfonctionnement. Ses tâches quotidiennes sont très variées et parfois sans lien avec sa fonction et ses responsabilités. Il est sans cesse sollicité pour répondre à des demandes diverses (Reinhardt, 2011). A l'hôpital, il est « *l'élément interstitiel* » à qui tout le monde

s'adresse directement. Il assure une fonction de pont entre les différentes réalités de l'hôpital, en passant d'un monde à l'autre et d'un interlocuteur à l'autre, en s'adaptant sans cesse (Bourret, 2006). En se confrontant à des frontières invisibles, dans l'entre-deux, il est lui-même une personne frontière (Bourret, 2006).

Conclusion de la Section 2

Dans cette deuxième section, nous avons découvert un métier de cadre de santé qui a évolué à travers les époques. Nous avons aussi découvert une fonction pivot du système hospitalier. En effet, les cadres de santé sont des cadres de proximité assurant des missions de coordination et de gestion au contact des soignants, des médecins, des patients et de leur famille (Reinhardt, 2011).

Malgré un travail qui semble parfois invisible aux yeux de l'ensemble des acteurs qu'il côtoie, le cadre de santé tient une position d'interface indispensable au bon fonctionnement des services. Cette position si particulière à tenir peut mettre le cadre de santé dans des situations conflictuelles pas toujours faciles à vivre et à gérer. S'éloignant des fonctions de soins (qu'il a longtemps exercées avant de devenir cadre), il se rapproche de fonctions managériales en lien avec l'évolution de son organisation. La « managérialisation » de la fonction va de pair avec la « managérialisation » de l'hôpital.

CONCLUSION DU CHAPITRE 1

Ce chapitre a permis de présenter le secteur d'étude de notre recherche. Nous avons exposé les transformations majeures qu'a connues l'hôpital. Soumis à de nouvelles contraintes, l'hôpital doit s'intégrer dans un quasi-marché de soins en combinant une mission de service public (Georgescu, 2010). Cette « vieille » institution doit continuer à remplir ses nombreuses missions tout en évoluant avec son contexte.

Ce chapitre nous a aussi permis de constater que le Nouveau Management Public mis en place dans les organisations publiques et les hôpitaux en particulier, a des conséquences positives mais aussi négatives, notamment en termes de pratiques professionnelles. Le Nouveau Management Public entraîne une évolution des métiers, avec ses avantages mais aussi ses limites. Les acteurs de soin se voient attribuer de nouvelles fonctions qui les mettent dans des situations conflictuelles. Dans ce contexte mouvant et déstabilisant, ils peuvent, *a priori*, développer des conflits de rôle et des conflits d'identité susceptibles de nuire à la performance des établissements.

Parallèlement, nous avons mis en évidence que le cadre de santé est désormais « *écartelé entre des missions différentes : l'administratif et le soin face au médical* » (Reinhardt, 2011). Avec la mise en place du Nouveau Management Public à l'hôpital, il se trouve, *a priori*, dans des situations conflictuelles de tensions de rôle qu'il est amené à gérer au quotidien. Ces problématiques invitent à des questionnements. Quel est l'avenir de ce métier ? Quoiqu'il en soit, dans un contexte de pénurie en personnel soignant (y compris cadres de santé), il semble indispensable de mener une réflexion sur ce métier afin de fidéliser les cadres déjà en poste et de rendre ce métier attractif.

C'est pourquoi, il paraît pertinent, dans un second chapitre de ce travail doctoral, d'effectuer une revue de littérature sur les tensions de rôle et leurs conséquences sur l'individu et sur l'organisation qui l'emploie. Il semble aussi nécessaire d'étudier comment gérer ce problème. Quelles sont les stratégies individuelles et organisationnelles qu'il est possible de mettre en place pour gérer les tensions de rôle et le stress qu'elles peuvent engendrer ? Une revue de littérature dans le second chapitre de cette partie nous permettra de nouveaux approfondissements.

Chapitre 2 :

**Vers un cadre conceptuel et théorique pour comprendre
les Tensions de rôle et les Stratégies d'ajustement**

INTRODUCTION DU CHAPITRE 2

Dans le prolongement du premier chapitre, nous allons désormais nous intéresser de près au phénomène des tensions de rôle. Les tensions de rôle sont souvent abordées dans les travaux portant sur la santé au travail des individus. Pourtant, même si ce concept a été de nombreuses fois étudié, il reste encore à être précisé au vu de sa complexité. Dans ce second chapitre, il va donc s'agir d'approfondir cela.

La **première section** de ce chapitre présentera la notion de rôle dans le cadre de la théorie des rôles. A ce sujet, nous aborderons les différentes approches (fonctionnaliste et interactionniste) du rôle des individus dans un système de rôles. Nous aborderons également la transition et l'hybridation de rôle pour mieux comprendre l'évolution du rôle de l'individu, notamment au sein des organisations. Nous tenterons de clarifier le concept de tensions de rôle, en étudiant ses formes, ses déterminants et ses conséquences. Nous nous interrogerons plus particulièrement sur trois conséquences potentielles : le stress, l'intention de quitter et le comportement innovant.

La **deuxième section** de ce chapitre traitera des stratégies d'ajustement (ou « *coping* »). Une revue de littérature sur le sujet nous permettra d'en expliquer les différentes formes. Nous nous attarderons davantage sur les stratégies de *coping* utilisées face au stress et aux tensions de rôle.

Ce chapitre permettra par ailleurs de présenter les différents cadres théoriques que nous mobilisons pour justifier notre modèle de recherche. La théorie des rôles nous permettra de comprendre les processus dynamiques qui régissent les interactions entre l'individu et son environnement. Les théories du stress, et notamment celles qui mobilisent les ressources, nous permettront de cerner les différents mécanismes d'ajustement mis en place par les individus pour faire face à des situations de tensions difficiles à gérer.

Section 1 : Les tensions de rôle et leurs conséquences

Comme nous l'avons vu dans le précédent chapitre, l'hôpital public a vécu et vit encore d'importants changements qui modifient le rôle des cadres de santé. Devenus de réels managers au sein des services, ils doivent gérer de multiples demandes provenant des différents acteurs avec qui ils collaborent (médecins, administratifs, soignants, patients et leur famille...). Contraints de faire face à des attentes parfois contradictoires de la part de ces différents acteurs, les cadres de santé peuvent, *a priori*, se trouver en situation de tensions de rôle. Pour ce travail de recherche, nous avons fait le choix de nous intéresser au développement potentiel des tensions de rôle chez les cadres de santé. Ce choix a fait l'objet d'une étude empirique que nous avons menée et que nous décrirons dans la seconde partie de cette thèse.

Pour étudier le concept des tensions de rôle si fréquemment évoqué dans la littérature de la gestion des ressources humaines, il convient tout d'abord de le définir. Ensuite, pour mieux appréhender la gestion d'un tel phénomène, nous étudierons ses conséquences pour l'individu et pour l'organisation. Nous avons fait le choix d'approfondir l'analyse de quelques unes de ses possibles conséquences, dont la gestion pourrait être une piste de réflexion dans la résolution de cette manifestation si récurrente de nos jours.

1 DE LA NOTION DE ROLE AUX TENSIONS DE ROLE

Dans un contexte de changement organisationnel, l'individu est fortement sollicité pour s'adapter et répondre à de nouvelles demandes. Cette situation peut notamment créer des tensions de rôle qui entraînent, à terme, des conséquences négatives coûteuses (insatisfaction, fatigue, absences fréquentes, problèmes de santé, baisse du rendement, roulement du personnel...), tant pour l'employé que pour son organisation (Royal et Brassard, 2010). Des tensions de rôle peuvent ainsi se développer chez le personnel de l'hôpital, qui a connu de profondes mutations sous la volonté de l'Etat pour réduire les dépenses de santé. Plus particulièrement, des tensions de rôle peuvent exister chez les cadres de santé qui occupent une position frontalière stratégique dans la conduite du changement.

Avant d'étudier le développement des tensions de rôle chez les cadres de santé de manière empirique (cf. partie 2), nous allons définir ce concept à travers une revue de littérature sur le sujet.

1.1 La notion de rôle

Pour mieux comprendre le concept des « tensions de rôle », nous commencerons par définir le concept de « rôle ». Il existe de nombreuses approches du « rôle » issues de la sociologie, de la psychologie et de la psycho-sociologie, que l'on retrouve dans la théorie des rôles illustrée ci-après. Par ailleurs, le cadre de cette recherche relative à l'évolution du métier de cadre de santé à l'hôpital public nous mènera à explorer la transition et l'hybridation de rôle.

- *Le « rôle » : une définition du concept qui mène à discussion*

Le terme de « rôle social » fait son apparition dans la littérature sociologique américaine dans les années 1930 (Neiman et Hughes, 1951), et se répand en Europe dans les années 1950. Rapidement, deux orientations théoriques différentes (fonctionnaliste et interactionniste) se dessinent et font débat (nous les développerons un peu plus tard). Dès les années 1950, certains auteurs, comme Neiman et Hughes (1951) soulignent la confusion terminologique et conceptuelle qui réside autour de cette notion. Dans leur ouvrage intitulé « *Problem of the concept of role* », les auteurs classent les différentes définitions du rôle en rubriques, comme par exemple « *les définitions qui emploient le rôle pour décrire le processus dynamique du développement de la personnalité* ». Plus tard, Rocheblave-Spenlé (1969) distingue trois niveaux d'analyse des définitions proposées dans la littérature : « *celles qui considèrent le rôle au niveau du groupe et adoptent un point de vue sociologique... celles qui le situent essentiellement dans un contexte intersubjectif, et celles qui l'emprisonnent dans un cadre psychologique* ».

Malgré plusieurs tentatives de clarification, « *un certain flou terminologique continua à susciter des réactions... Tout au long des années 1950 et 1960, l'appareil conceptuel de la théorie des rôles ne cessa de se mettre en place et de s'affiner* » Coenen-Huther (2005).

Par exemple, en 1966, Kahn et Katz placent le concept de rôle au cœur de leur théorie des organisations. Ils décrivent l'organisation comme un **système de rôles** définis par un

« ensemble d'activités ou de comportements attendus » (« rôle attendu ») et associés à un poste ou à une position organisationnelle. Les auteurs définissent la **personne focale** comme la personne qui reçoit des attentes de la part **d'émetteurs de rôle**. Les émetteurs de rôle peuvent se trouver au sein de l'organisation (exemples : supérieur hiérarchique, collègues, subordonnés) ou en dehors de l'organisation (exemples : clients, fournisseurs). Les acteurs évoluent et interagissent avec d'autres individus en constituant ainsi un système organisationnel coordonné. Ce système permet de « *relier les niveaux organisationnels et individuels en rendant explicites les processus psychosociologiques par lesquels les rôles organisationnels sont définis* ». A l'intérieur ou à l'extérieur de la frontière organisationnelle, l'individu est en relation avec un ensemble de personnes qui représente un « *ensemble de rôles* » (Katz et Kahn, 1966).

Plus récemment, Coenen-Huther (2005) souligne que le « rôle » suscite, à la fois, des réticences chez les sociologues ayant abandonné ce concept au profit de celui de l'identité, et un vif intérêt chez les sociologues comme Cherkaoui (1999) qui le considère comme « *un concept majeur pour définir l'identité sociale des individus* ». Coenen-Huther (2005) stipule que « *la notion de rôle social s'est avérée très fructueuse pour rendre compte de la situation de l'individu moderne, aux prises avec des attentes normatives distinctes dans des contextes sociaux variés* ». Il révèle aussi les différentes prises de position critiques à l'égard de ce concept. L'auteur conclut que « *la désaffection relative à l'égard du concept de rôle est sans doute également due à l'air du temps. L'individualisme contemporain s'accorde mieux avec la notion d'identité qui véhicule aisément une quête d'authenticité personnelle qu'avec la notion de rôle social qui renvoie à des attentes normatives plus ou moins flexibles* ». En accord avec l'auteur, il apparaît que « *les incertitudes identitaires de l'« individu pluriel »²⁶ gagnent à être analysées à l'aide de l'appareil conceptuel de la théorie des rôles* ».

- *La théorie des rôles : les différentes approches*

La **théorie des rôles**, issue de la psychosociologie, regroupe plusieurs courants de pensée qui s'intéressent au comportement social et aux interactions sociales de l'individu au sein du groupe. Cette théorie n'est pas récente mais apparaît pertinente au regard de l'objet de la présente recherche qui est de comprendre les réactions de l'individu en situation de tension de

²⁶ « *individu pluriel* » : individu à identité multiple et évolutive. « *Tout corps (individuel) plongé dans une pluralité de mondes sociaux est soumis à des principes de socialisation hétérogènes et parfois contradictoires qu'il incorpore* » (Lahire, *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*. Paris, Nathan, 1998).

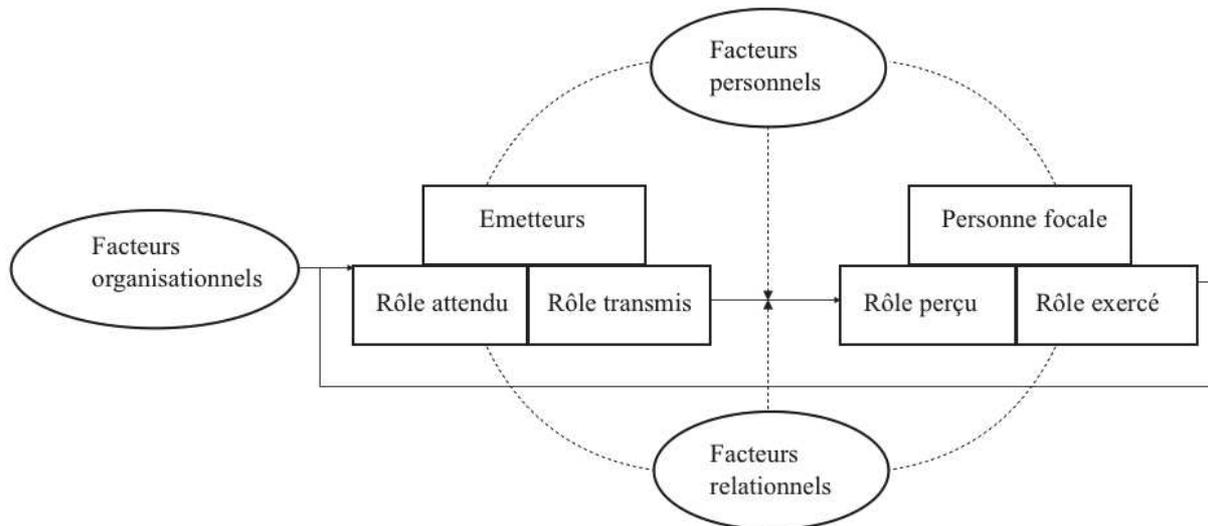
rôle. Dans ces courants de pensée, deux approches différentes du rôle se distinguent : **l'approche fonctionnaliste** et **l'approche interactionniste**.

Dans **l'approche fonctionnaliste**, les rôles sont étudiés à partir de différents concepts tels que le groupe, la norme sociale, le statut ou le modèle culturel. L'accent est mis sur les comportements caractéristiques des individus qui évoluent dans un système social stable. A travers cette approche, l'acteur social a conscience des normes liées à son rôle qu'il doit suivre. La notion de rôle est ici conçue comme un « *modèle culturel normatif* » (Newcomb, 1951). Dans cette perspective fonctionnaliste caractéristique des travaux de l'anthropologue Linton (1936) et du sociologue Parsons (1951), l'individu agit dans un but spécifique et prédéterminé sans interpréter de manière personnelle le rôle qu'il a à assumer. Le rôle de l'individu est contingent du système social dans lequel il évolue.

Le modèle de Katz et Kahn (1978) se rapproche de ce courant de pensée. Dans ce modèle, le rôle est associé à une position dans l'organisation. L'individu évolue dans un ensemble interactionnel où la contribution de chacun est nécessaire à la réalisation du but prédéterminé. Les attentes sont exprimées sous forme de prescriptions, de préférences ou d'interdictions (Katz et Kahn, 1978). La personne focale, quant à elle, peut influencer par ses réponses le rôle qu'elle doit assumer. Ce processus itératif illustré dans le modèle d'épisodes de rôle développé par Katz et Kahn (1978), distingue le « *rôle attendu* », le « *rôle transmis* », le « *rôle perçu* » et le « *rôle exercé* ». Selon ce modèle, l'individu s'ajuste à son rôle organisationnel de façon continue et permanente. Au sein de l'organisation, chaque individu est en relation avec d'autres personnes qui ont des attentes à son égard, sur son poste et sur sa façon dont il doit l'occuper (« *rôle attendu* »). La transmission de rôle par les émetteurs consiste à communiquer les attentes de rôles à la personne focale (« *rôle transmis* »). Il s'agit de pressions de rôle. Une fois les attentes de rôles transmises à la personne focale, celle-ci les interprète. La compréhension des messages perçus dépend d'une part, d'une information donnée qui est partielle et d'autre part, des cartes cognitives individuelles de la personne focale. La façon dont elle interprète les messages transmis constitue donc le « *rôle perçu* ». Lorsque la personne focale a perçu le rôle, elle ajuste son comportement pour apporter une réponse observable (« *rôle exercé* ») aux pressions de rôles qu'elle a ressenties. Katz et Kahn ont ajouté des variables individuelles, organisationnelles et interpersonnelles dans leur modèle de transmission de rôle. En effet, le modèle tient compte des facteurs personnels et

relationnels qui peuvent influencer la personne focale, les émetteurs et la communication entre eux (Figure 3). Il prend aussi en considération les facteurs organisationnels qui peuvent contribuer à modeler le rôle.

Figure 3 : Modèle d'épisode de Katz et Kahn (1978, p. 196)



Dans la mesure où nous nous intéressons à la population particulière des cadres de santé qui tiennent une position intermédiaire dans les hôpitaux, le modèle de l'épisode de rôle de Kahn semble adapté à notre objet de recherche pour plusieurs raisons. C'est un modèle qui propose une lecture dynamique des relations entre un émetteur (« assignataire ») qui émet un rôle et une personne focale (« destinataire ») à qui le rôle est attribué. Il analyse le processus relationnel dans lequel les facteurs individuels, interpersonnels et organisationnels jouent un rôle prépondérant (Loubès, 1997). Toutes les positions sont rattachées à un ou plusieurs rôles formant ainsi un système de rôles dont les interrelations peuvent créer des transmissions de rôles incohérentes, ce qui engendre des tensions de rôle chez les personnes focales (Codo, 2011). Les émetteurs ont des attentes de rôle qu'ils formulent sous forme de demandes aux personnes focales qui peuvent, en fonction de facteurs personnels, interpersonnels et organisationnels les percevoir comme des tensions de rôle.

Dans ce modèle, les rôles paraissent déterminés (surtout à l'extérieur de la personne focale), même si des facteurs individuels sont pris en compte. Les acteurs fonctionnels semblent avoir peu d'impact sur les normes et les rôles prédéterminés. L'approche fonctionnaliste a été critiquée par de nombreux **auteurs interactionnistes** car elle ne prend pas en considération la

construction sociale de l'individu considéré comme un acteur passif. Mead (1934) est le premier auteur à prendre en compte l'évolution du rôle à travers les interactions sociales. En 1967, Garfinkel met en avant les interprétations individuelles des rôles. Moreno (1970), quant à lui, désigne le rôle comme un « *jaillissement continuels d'actions spontanées* ». Dans sa **théorie de l'interaction**, Goffman (1969) décompose la notion de rôle en trois dimensions : une dimension normative (règles de conduite), une dimension typique (attributs et qualités associés au rôle) et l'interprétation du rôle par l'individu. Pour l'auteur, le rôle est un « *modèle d'action préétabli que l'on développe durant une représentation et que l'on peut présenter ou utiliser en d'autres occasions* ». Crozier et Friedberg (1977) soulignent l'importance des mécanismes régulateurs de l'individu qui instinctivement biaisent les fonctions qu'on lui a attribuées pour les transformer afin d'échapper aux pressions et maintenir, voir élargir, sa marge de liberté. De même, Alis (1997) stipule que les individus ne sont pas prisonniers des rôles prescrits et s'adaptent en mettant en place des processus de « *régulation autonome* ». Dans sa théorie de la structuration, Giddens (1984) explique que les comportements des acteurs ne sont pas déterminés et que les acteurs sont capables de réfléchir aux conditions de leurs activités pour les transformer (« *réflexivité de l'action* »). A travers cette approche, l'auteur considère que les acteurs peuvent agir librement et consciemment, et ce, malgré le cadre de la structure organisationnelle. Plus précisément, un des principes de cette théorie pose que la structure est à la fois « *le médium et le produit de la conduite des agents... l'action et la structure interagissent mutuellement l'une avec l'autre* » (« *récurtivité de l'action et de la structure* ») (Beldi et al., 2006).

Des auteurs comme Merton ont tenté une synthèse des approches fonctionnaliste et interactionniste. Merton (1949) introduit d'ailleurs la « *théorie fonctionnaliste de moyenne portée* », qui a inspiré des auteurs interactionnistes tels que Glaser dans l'élaboration de la « *grounded theory* »²⁷. Rocheblave-Spenlé (1969) tient compte de ces deux approches en définissant le rôle comme « *un modèle organisé de conduites, relatif à une certaine position de l'individu dans un ensemble interactionnel* ». Plus récemment, Alis (1997) souligne que « *l'étude des convergences entre ces deux écoles est à l'ordre du jour* ». Notre position est que ces différentes approches se complètent pour définir la notion de rôle. Les frontières entre ces différentes approches du concept de rôle sont floues et mènent à les prendre toutes en considération.

²⁷ D'après une interview de Saint-Martin A. à propos de son ouvrage *La sociologie de Robert K. Merton*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », 2013 : <http://printemps.hypotheses.org/1400>.

La théorie des rôles de Katz et Kahn (1978) est intéressante car elle souligne l'interaction entre la personne focale et les émetteurs de rôle évoluant dans un système de rôles. Elle met ainsi en exergue les tensions de rôle qui peuvent se développer lorsque les attentes de rôle entrent en conflit. Malgré une certaine « *inscription systémique* », cette approche fonctionnaliste peut aussi s'avérer réductrice (Loubès, 1997) quant au rôle à jouer des individus, « *prisonniers des rôles qui leur sont prescrits* » (Perrot, 2001). A ce sujet, la théorie de l'interaction de Goffman (1969) est complémentaire. L'individu est alors perçu comme un acteur qui interprète des rôles en s'ajustant à l'environnement qui l'entoure. L'individu, et plus particulièrement l'acteur frontalier (tel que le cadre de santé, manager de proximité) devient ainsi « *acteur stratège* » (Crozier et Friedberg, 1977). Crozier et Friedberg (1977) définissent ainsi l'acteur frontalier comme un marginal-sécant, « *partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'interprète et d'intermédiaire entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires* ». Cette approche stratégique enrichit la théorie des rôles dans la mesure où elle envisage que l'individu n'est pas restreint à son propre rôle et peut innover pour gérer certaines situations.

- *La transition de rôle et l'hybridation de rôle*

La mise en place du Nouveau Management Public au sein des établissements hospitaliers français a eu de nombreuses conséquences sur l'organisation hospitalière et sur le rôle des acteurs du soin qui la composent. Ces acteurs se sont vus attribuer de nouvelles fonctions visant à rendre l'organisation hospitalière plus efficiente. La responsabilisation de ceux-ci suite aux différentes réformes les met désormais dans l'obligation de rendre compte (« *accountability* ») des résultats liés à l'activité. Dans un contexte de développement d'une logique gestionnaire à l'hôpital, notre recherche s'intéresse tout particulièrement à l'évolution du métier de cadre de santé. Ces acteurs du soin ont dû s'adapter pour répondre à de nouvelles exigences notamment concernant la maîtrise des dépenses. D'autant plus avec le développement des systèmes d'information qui rend l'activité plus transparente et contrôlable. Leur rôle a donc dû évoluer pour répondre aux nouvelles attentes de l'organisation hospitalière réformée. Cette évolution de rôle attendu nous mène donc à comprendre comment passer à un nouveau rôle.

Ashforth (2001) a étudié la transition de rôle et la définit comme un mouvement psychologique, voire physique, qu'effectue un individu lorsqu'il passe d'une position à une autre. Burellier (2010) distingue deux approches : l'approche concernant l'ajustement lié à des rôles existants et l'approche concernant l'engagement dans des rôles inédits. Dans la littérature, la transition de rôle est tantôt perçue comme un processus d'ajustement par l'individu, et tantôt perçue comme un processus d'ajustement par le rôle (Burellier, 2010). La première approche implique que l'individu doit changer et se conformer à son nouveau rôle. La deuxième approche implique un phénomène d'ajustement du rôle aux exigences de l'individu, qui peut être envisagé comme une innovation de rôle (Van Maanen et Schein, 1979 ; West, 1987) ou comme un comportement spontané et novateur (Katz et Kahn, 1978).

Nicholson et West (1988, cités par Ashforth, 2001) définissent l'innovation de rôle comme le « *modelage du rôle pour satisfaire les exigences de l'individu, allant d'initiatives mineures telles que la modification des horaires de travail, à des innovations de rôle plus importantes comme le changement des principaux objectifs de travail organisationnels* ». Cette innovation de rôle paraît plus importante dans le cas des transitions de rôle de professionnels tels que les cadres de santé, qui ont une forte autonomie dans leur travail.

Dans la même optique, la **théorie des transitions de rôle** de Nicholson (1984) stipule que la transition est un ensemble de processus d'interactions visant à l'adéquation entre l'individu et le rôle qui lui est prescrit. Les ajustements peuvent être faits soit par l'individu de manière passive (changement des caractéristiques personnelles : personnalité, attitudes, valeurs...) soit par le rôle de manière plus proactive (changement des composants du rôle : objectifs, tâches, méthodes...) (Ashforth et Sakes, 1995 ; Munton et West, 1995 ; Nicholson, 1984). Cette théorie a permis de développer quatre modes d'ajustements aux transitions de rôle (Figure 4) : la **réplication** (faible ajustement par l'individu et faible ajustement par le rôle), **l'absorption** (faible ajustement par le rôle et fort ajustement de la part de l'individu : apprentissage personnel du rôle), la **détermination** (faible ajustement par l'individu et fort ajustement par le rôle) et **l'exploration** (ajustement mutuel de l'individu et du rôle).

Figure 4 : Les modes d'ajustements aux transitions de rôle (Nicholson, 1984)

		<i>Ajustement par l'individu</i>	
		<i>Faible</i>	<i>Fort</i>
<i>Ajustement par le rôle</i>	<i>Faible</i>	Réplication	Absorption
	<i>Fort</i>	Détermination	Exploration

L'individu s'adapte aux contraintes de son nouveau rôle, mais il peut aussi le faire évoluer pour satisfaire ses propres exigences. Cependant, qu'en est-il lorsque l'individu doit faire face un nouveau rôle hybride ? Dans les organisations, les rôles hybrides se multiplient, notamment avec la « managérialisation » de certains métiers. Traditionnellement, l'hybridation de rôle concerne les « professionnels » (Abbot, 1988) auxquels on assigne un nouveau statut de gestionnaire. Ferlie et al., (1996) parlent de « professionnels-gestionnaires » (exemples dans les hôpitaux : « infirmiers-gestionnaires » (Bolton, 2000 ; 2004), « médecins-gestionnaires » (Ashburner, Ferlie et Fitzgerald, 1996 ; Button et Roberts, 1997 ; Fitzgerald et Ferlie, 2000 ; Llewellyn, 2001). Burellier (2010), définit l'hybridation de rôle comme « *l'assemblage de plusieurs rôles initialement distincts, associant des domaines de compétence différents et généralement considérés comme opposés, pour en constituer un seul* ».

L'hybridation peut engendrer des conflits de rôle lorsque l'individu perçoit des incompatibilités avec son nouveau rôle (Loubet, 2007) voire des conflits d'identité lorsque l'individu perçoit des incompatibilités entre l'identité personnelle (significations auto-attribuées) et l'identité de rôle (significations associées à une position sociale) (Burellier,

2010). Les résultats d'une étude menée auprès de médecins gestionnaires pour comprendre les processus d'identification dans le cadre de transitions de rôle, révèlent différents processus d'identification : « l'identification forte », « la désidentification », « l'identification ambivalente » et « l'identification conflictuelle » (Burellier, 2010). L'auteur conclut tout d'abord que l'identification à un rôle n'est pas systématique pour qu'une transition de rôle soit effective. Il en déduit que les difficultés d'identification au rôle hybride n'ont pas obligatoirement de conséquences néfastes pour l'organisation mais davantage pour l'individu. Il en conclut aussi que les conflits d'identité présumés ne sont pas systématiquement avérés. Enfin, les résultats de l'étude permettent de postuler que l'identification relationnelle aux membres d'un même système de rôles permet à l'individu de s'identifier plus facilement à son propre rôle.

1.2 Les tensions de rôle : un concept à clarifier

Cette recherche s'intéresse à l'évolution du métier de cadre de santé dont l'activité initiale de soin s'est vue enrichie de fonctions de management (notamment la gestion budgétaire et le management d'équipes) (Dumas et Ruiller, 2011). Désormais, les cadres de santé sont 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). A l'interface entre les médecins, les cadres supérieurs de santé et les soignants (Dumas et Ruiller, 2011), leur position frontalière est potentiellement source de conflits au regard des attentes de chacune de ces parties qui ne sont pas toujours conciliables. Le contexte de l'activité des soins couplé aux changements qui ont eu lieu dans le secteur hospitalier favorise et renforce les tensions de rôle et justifie l'intérêt d'étudier ce concept.

1.2.1 Les tensions de rôle : définitions

Au sein des organisations, les individus sont exposés à une variété d'attentes de rôle, parfois incompatibles ou ambiguës. Les individus se trouvent alors en situation de tension de rôle. Plusieurs auteurs s'accordent à dire que les tensions de rôle se déclinent en trois

composantes : le « *conflit de rôle* », l'« *ambiguïté de rôle* » et la « *surcharge de rôle* » (Schaubroeck, Cotton et Jennings, 1989 ; Kelloway et Barling, 1990).

- *Le conflit de rôle :*

Quand l'individu doit faire face à des attentes de rôle incompatibles entre elles, il est en situation de conflit de rôle (Rizzo, House et Lirtzman, 1970 ; Ashforth et Lee, 1990). Plus précisément, Kahn, Wolfe, Quinn, Snoeck et Rosenthal (1964) définissent le conflit de rôle comme l'« *occurrence simultanée de deux ou plusieurs demandes incompatibles telles que l'adaptation à l'une rend plus difficile l'adaptation aux autres* ». King et King (1990) adoptent une définition très proche de celle-ci : « *occurrence simultanée de deux ou plusieurs séries de pressions* ». Kahn et al. (1964) identifient cinq formes majeures de conflits de rôle :

- *Conflit de rôle inter-émetteur (inter-sender conflict) :*

L'individu (personne focale) doit faire face à des attentes incompatibles entre elles, de la part de plusieurs émetteurs.

- *Conflit de rôle intra-émetteur (intra-sender conflict) :*

L'individu doit faire face à des attentes incompatibles entre elles, de la part d'un seul émetteur, telles que l'acceptation de l'une entrave celle des autres.

- *Conflit de rôle inter-rôles (inter-role conflict) :*

L'individu peut appartenir à plusieurs sous-systèmes différents, vis-à-vis desquels les rôles joués peuvent être conflictuels (exemple : le conflit famille/travail).

- *Conflit personne-rôle (person-role conflict) :*

L'individu doit faire face à des attentes incompatibles avec ses propres valeurs et sa perception du rôle.

- *Conflit de rôle lié à la surcharge de rôle (role overload) :*

La surcharge de rôle apparaît lorsque l'individu doit faire face à un nombre élevé d'attentes de rôles qui dépassent ses capacités de réalisation (Schaubroeck et al., 1989 ; Spector et Jex, 1998, Conley et Woosley, 2000). Bien que Katz et Kahn (1978) considèrent la surcharge comme un conflit de rôle, il convient de la distinguer du conflit de rôle. De nombreux travaux (Schaubroeck et al., 1989 ; Bouchard et Foucher, 1995 ; 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 ; Commeiras et al., 2009).

En 2001, Perrot redéfinit le conflit de rôle comme une « *incompatibilité entre, d'une part, les attentes d'un individu et, d'autre part, les activités ou les comportements qu'il exerce au sein de son ensemble interactionnel* ». L'auteur précise que l'incompatibilité ressentie peut porter sur les activités elles-mêmes, mais aussi sur les rapports entre l'individu et son ensemble interactionnel. Il note aussi que les attentes de l'individu sont déterminées par les caractéristiques individuelles, par la construction de l'« épisode de rôle » et par les autres acteurs en contact.

En réponse aux limites de l'échelle unidimensionnelle des conflits de rôle de Rizzo et al. (1970), généralement utilisée dans les recherches, Perrot élabore une nouvelle échelle multidimensionnelle. Il propose ainsi une nouvelle conceptualisation du conflit de rôle, davantage fondée sur la notion d'(in)adéquation entre un individu et son rôle organisationnel que sur la théorie des attentes (Perrot, 2001) :

– *Le conflit individu/ensemble de rôle :*

Ce conflit de rôle correspond au conflit entre l'individu et son mode relationnel avec son ensemble de rôles.

– *La surcharge de rôle (« role overload ») ou conflit inter-rôles :*

Cette forme de conflit de rôle semble correspondre à la surcharge de rôle et au conflit de rôle inter-rôles identifiés par Kahn et al. (1964).

– *Le conflit individu/rôle :*

Ce conflit de rôle correspond au conflit entre l'individu et le rôle. Il correspond, en partie, au conflit personne-rôle (« person role conflict ») identifié par Kahn et al. (1964).

– *Le conflit individu/climat :*

Ce conflit de rôle correspond au conflit entre l'individu et le mode relationnel global de l'entreprise.

– *Le conflit d'accès à l'information :*

Ce conflit de rôle correspond au conflit lié à une insuffisance de l'accès à l'information.

Cette nouvelle échelle pose clairement la question de la multi-dimensionnalité du concept de conflit de rôle. Les nouvelles formes de conflit de rôle ainsi identifiées par Perrot correspondent partiellement à celle de Kahn et al. (1964).

- *L'ambiguïté de rôle :*

L'ambiguïté de rôle peut intervenir lorsque l'individu ne connaît pas ou ne comprend pas les standards à atteindre, les procédures à suivre ou encore la planification de ses activités (ordre de priorité ou prédominance des rôles). Elle apparaît quand l'individu n'a pas une connaissance claire de ce qu'on attend de lui (Rizzo et al. 1970 ; Ashforth et Lee, 1990). Plus précisément, Kahn et al. (1964) définissent l'ambiguïté de rôle comme le « *degré d'information manquante pour occuper une position dans l'organisation* ». Perrot (2001), définit à son tour l'ambiguïté de rôle comme une « *incertitude de l'individu, relative aux activités et aux comportements attendus par son ensemble interactionnel* ».

Certaines études sur l'ambiguïté de rôle l'envisagent de manière unidimensionnelle (Rizzo et al., 1970 ; Grand et Carron, 1982), alors que d'autres (Rhoads, Singh et Goodell, 1994 ; Breugh et Colhian, 1994 ; Mabry et Barnes, 1980) démontrent sa multi-dimensionnalité. Rhoads et al. (1994) différencient l'ambiguïté de rôle *interne* (liée au fonctionnement de l'organisation ou aux collègues par exemple) et l'ambiguïté de rôle *externe* (liée au client par exemple). Breugh et al. (1994) identifient l'ambiguïté de rôle inhérente aux facteurs de performance, celle liée aux méthodes de travail et celle liée à la planification du travail. Par ailleurs, Mabry et al. (1980) opposent l'ambiguïté de rôle *formelle* et l'ambiguïté de rôle *informelle*.

Kahn et al. (1964), quant à eux, identifient deux formes d'ambiguïté de rôle :

- *Ambiguïté de rôle liée à la tâche, au rôle lui-même :*

Elle concerne le contenu, les objectifs et les moyens relatifs à un poste. En 1997, Loubès en rappelle les différentes formes : incertitude concernant les missions et l'étendue des responsabilités ; incertitude concernant les comportements nécessaires pour remplir ses tâches et ses responsabilités ; incertitude concernant les attentes des émetteurs et leur perception du rôle attendu.

- *Ambiguïté de rôle afférente aux aspects socio-émotionnels :*

Elle porte sur les conséquences des actions de l'individu pour lui-même, pour les autres et pour l'organisation (King et al., 1990). Kahn et al. (1964) distinguent deux types de conséquences : les conséquences du travail de l'individu et des résultats qu'il a atteints sur le regard d'autrui envers lui-même ; les conséquences de ses actions sur ses buts personnels et sur son bien-être.

Dans le domaine du management du sport, une étude de Beauchamp, Bray, Eys et Carron (2002) identifie quatre dimensions de l'ambiguïté de rôle :

- *L'ambiguïté relative à l'étendue des responsabilités dans son ensemble,*
- *L'ambiguïté relative aux comportements liés au rôle,*
- *L'ambiguïté relative à l'évaluation du rôle,*
- *L'ambiguïté relative aux conséquences liées au rôle.*

Cette revue de littérature sur les tensions de rôle révèle plutôt une approche multidimensionnelle du concept et des formes qui le composent. En outre, il apparaît une incertitude quant aux dimensions identifiées par les auteurs étudiant les différentes formes de ce concept (exemples : conflits de rôle inter-rôles, personne-rôle ou intra-émetteur ; ambiguïtés de rôle liées à la tâche, internes ou externes...). Le seul postulat majoritairement commun à ces auteurs concerne l'identification des trois composantes des tensions de rôle : le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et la surcharge de rôle.

1.2.2 Les tensions de rôle : déterminants et conséquences

Pour comprendre le concept des tensions de rôle, les chercheurs se sont intéressés à leurs causes mais aussi à leurs conséquences. 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.

- *Les déterminants des 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 (Loubès, 1997 ; Perrot,

2001 ; Grima, 2004 ; Royal, 2007 ; Commeiras et al., 2009...) étudiant les caractéristiques ayant un impact direct sur les tensions de rôle. Ces deux méta-analyses regroupent ces caractéristiques en **variables organisationnelles** et **variables personnelles**, et traitent uniquement des conflits et ambiguïtés de rôle. Différentes études citées dans ces méta-analyses concluent qu'il apparaît parfois difficile d'affirmer la présence de relation directe entre les variables personnelles et la perception de tensions de rôle. En effet, ces variables personnelles sont souvent positionnées comme des variables modératrices entre les tensions de rôle et leurs conséquences (Van Shell, Brief et Schuler, 1981).

Dans leur méta-analyse portant sur près d'une centaine d'articles traitant des conflits et des ambiguïtés de rôle, Jackson et Schuler (1985) identifient les 10 **variables organisationnelles** suivantes comme étant les plus fréquemment citées :

- *la variété de la tâche,*
- *l'autonomie,*
- *le feedback sur les résultats de son travail (provenant de tiers : « feedback de tiers » ou de son propre constat : « feedback de la tâche »),*
- *l'identité de la tâche²⁸,*
- *le comportement du leader (« leader consideration²⁹ » et « leader initiating structure »³⁰),*
- *la participation au processus de décision,*
- *la formalisation,*
- *le niveau hiérarchique.*

Concernant ces variables organisationnelles, les résultats de la méta-analyse révèlent que l'autonomie est négativement corrélée avec l'ambiguïté de rôle et n'est pas corrélée avec le conflit de rôle. Ils révèlent aussi que les feedbacks des tiers et de la tâche sont négativement corrélés à l'ambiguïté de rôle et moins au conflit de rôle. L'identité de la tâche tendrait à être négativement corrélée à l'ambiguïté et au conflit de rôle. Il en serait de même pour le comportement du leader dont les composantes semblent toutes deux clarifier le rôle et réduire le conflit de rôle. Par ailleurs, la formalisation serait uniquement corrélée (négativement) avec l'ambiguïté de rôle. Les résultats de la méta-analyse n'indiquent pas de relation entre le

²⁸ L'identité de la tâche fait référence à la possibilité de constater les résultats d'une tâche.

²⁹ Le « *leader consideration* » : ce terme fait référence au comportement du leader qui est axé sur l'humain.

³⁰ Le « *leader initiating structure* » : ce terme fait référence au comportement du leader qui est axé sur les tâches.

niveau hiérarchique et les tensions de rôle. Enfin, il en serait de même pour la variété de la tâche.

Jackson et Schuler (1985) identifient les 5 **variables personnelles** suivantes comme étant les plus fréquemment citées dans la littérature étudiée :

- *le locus de contrôle,*
- *l'ancienneté,*
- *l'âge,*
- *le niveau de formation initiale,*
- *l'estime de soi.*

Au sujet du locus de contrôle³¹, deux hypothèses différentes s'opposent dans la littérature étudiée. Une première hypothèse stipule que le locus de contrôle est un déterminant des tensions de rôle. Cette hypothèse est soutenue par les résultats de la méta-analyse de Jackson et Schuler (1985) qui révèlent qu'un locus de contrôle externe serait positivement corrélé aux tensions de rôle. Une autre hypothèse stipule que cette variable aurait un effet modérateur entre les tensions de rôle et les conséquences qu'elles sont susceptibles d'entraîner (exemple : satisfaction au travail). Concernant les autres variables personnelles, les résultats de la méta-analyse révèlent que l'estime de soi est faiblement et négativement corrélée aux tensions de rôle. L'âge serait toujours très faiblement corrélé et presque toujours de manière négative avec les tensions de rôle. Le niveau de formation serait très faiblement et positivement corrélé aux tensions de rôle, tandis que l'ancienneté serait uniquement et négativement corrélée à l'ambiguïté de rôle. Plus récemment, une étude menée auprès de commerciaux du secteur automobile (Fournier, 1995) souligne l'absence de relation entre le niveau de formation et l'ambiguïté de rôle.

De même, la méta-analyse de Fisher et Gitelson (1983), distingue les variables **organisationnelles**, telles que la participation au processus décisionnel et la formalisation, ainsi que les variables **personnelles**, telles que l'ancienneté, l'âge et la formation initiale. Par rapport à Jackson et Schuler (1985), une variable supplémentaire y est étudiée : la **position frontalière**. Cette place particulière a été initialement définie dans la théorie des rôles comme

³¹ Le locus de contrôle concerne la perception qu'a un individu du degré de contrôle qu'il exerce sur ce qu'il lui arrive. Un locus de contrôle interne se réfère aux individus qui pensent contrôler leur destin alors qu'un locus de contrôle externe se réfère aux individus qui considèrent les conséquences de leur vie comme résultat de facteurs externes tel que le destin.

« la position pour laquelle certaines personnes du sous-système font également partie d'un autre sous-système soit au sein de l'entreprise soit à l'extérieur de l'entreprise » (Kahn et al., 1964). Selon ces auteurs, le personnel frontalier (ou personne focale) développerait des tensions de rôle liées à la difficulté de satisfaire les attentes de chaque partie de son système de rôle. Depuis Kahn et al. (1964), plusieurs recherches anglo-saxonnes (Van Shell et al., 1981 ; Fisher et Gitelson, 1983 ; Jackson et Schuler, 1985 ; Tubre et Collins, 2000 ; Orqvist et Wincent, 2006 ; Gilboa, Shirom, Fried et Cooper, 2008) mais aussi francophones analysent les tensions de rôle (Alis, 1997 ; Loubès, 1997 ; Grima 2000, 2004 ; Royal 2007). Par exemple, les travaux de Commeiras, et al., (2009) menés auprès de chefs de rayon de la grande distribution alimentaire montrent que du fait de leur appartenance à différents sous-systèmes (clients, organisations, employés libre-service), une pluralité d'attentes de rôle confuses et souvent contradictoires convergent vers eux, ce qui nuit à leur adhésion aux buts et valeurs de l'entreprise (implication affective). De même, la surcharge de travail est vécue comme un sacrifice pour les managers de rayon qui souhaiteraient obtenir des contreparties, ce qui nuit à leur implication calculée. Par ailleurs, les travaux de Hollet (2002) soulignent la difficulté de l'acteur frontalier (en l'occurrence le commercial) à gérer des attentes conflictuelles sur la façon dont il doit remplir son rôle, suscitant du stress au travail.

Antérieurement aux méta-analyses de Fisher et Gitelson (1983) et de Jackson et Schuler (1985), Kahn et al. (1964) identifiaient, de manière plus complexe, trois types de facteurs dans leur modèle d'épisode de rôle déjà vu précédemment (Figure 3) :

– *les facteurs organisationnels :*

Ils concernent la structure, le niveau hiérarchique, les rôles prescrits, les tâches et l'environnement physique. Contrairement aux résultats de Jackson et Schuler (1985), les auteurs soulignent que le niveau hiérarchique est corrélé positivement à l'ambiguïté de rôle.

– *les facteurs personnels :*

Ils concernent les statuts, les besoins, les valeurs, la formation, les compétences, l'âge, le sexe et l'ancienneté. Les résultats de Kahn et al. (1964) révèlent que la formalisation de la tâche est négativement corrélée aux tensions de rôle.

– *les facteurs relationnels :*

Ils concernent les modes de communication, la fréquence des interactions, l'importance de l'émetteur, la localisation physique, le feedback et la participation. Selon les auteurs, la communication serait corrélée négativement aux tensions de rôle.

En 1997, Loubès fait une synthèse des résultats précédemment cités et apporte une précision quant aux **facteurs personnels** auxquels elle ajoute une subdivision :

– *les facteurs objectifs : le sexe, l'âge et la formation initiale*

Bien que la variable du sexe soit mentionnée dans le modèle de Kahn et al. (1964), celle-ci n'apparaît pas dans les deux méta-analyses pré-citées. Cependant, Loubès (1997) précise que d'autres études ont étudié la relation de cette variable avec l'ambiguïté de rôle. Par exemple, une étude menée chez les commerciaux révèle que les femmes « *enregistrent un plus fort niveau de clarté que les hommes* » (Fournier, 1995). Les résultats de Loubès (1997) précisent quant à eux que ce type de facteurs ne produit pas d'effets sur la perception de rôle.

– *les facteurs subjectifs : le locus de contrôle, l'estime de soi et autres traits de personnalité*

Les précisions apportées par Loubès (1997) sur les autres traits de personnalité concernent le besoin d'accomplissement, le besoin de clarté et la tolérance au conflit de rôle. L'auteure précise que les résultats portant sur ces variables personnelles les placent, de manière générale, en position modératrice, entre les tensions de rôle et leurs conséquences.

– *les facteurs liés au contexte organisationnel : ancienneté et formation continue*

Loubès (1997) fait référence à Krayner (1986) et précise que la formation continue peut réduire l'ambiguïté et le conflit de rôle. Les résultats de son étude précisent que la diversité des formations réduit le conflit de rôle perçu et que l'ancienneté clarifie le rôle des agents de maîtrise.

En ce qui concerne les autres traits de personnalité, nous avons fait le choix de nous focaliser sur le *workaholisme*. Le *workaholisme*³² désigne l'addiction au travail. En 1998, Robinson définit le *workaholisme* comme « *un trouble obsessionnel compulsif qui se manifeste par des exigences auto-imposées, une incapacité à réguler ses habitudes de travail, et un hyper-*

³² *Workaholisme* : Terme créé en 1971 par Wayne E. Oates, par analogie à l'alcoolisme, pour décrire le rapport pathologique avec le travail.

investissement dans le travail qui mènent à l'exclusion de la plupart des autres activités de vie ». Plus récemment, Salanova et ses collègues (2008) définissent le *workaholisme* comme « *un état psychologique négatif caractérisé par un travail excessif essentiellement dû à un irrésistible besoin interne* ». Carrier Vernhet (2012) définit le *workaholisme* comme un investissement excessif au travail (Spence et Robbins, 1992) et un irrésistible besoin interne de travailler de manière compulsive (Schaufeli, Bakker, Van der Heijden et Prins, 2009). Selon le modèle de la personnalité, l'addiction au travail est conceptualisée comme l'expression d'un trait de personnalité auquel on associe un caractère consciencieux, une incapacité à déléguer, un perfectionnisme et une hypomanie (Karila, Liot et Reynaud, 2010). Le *workaholisme* est une caractéristique que l'on retrouve souvent chez les cadres. Le baromètre du stress des cadres au travail réalisé en 2010 par la CFE - CGC - Opinionway, montre qu'ils souffrent de *workaholisme*, d'autant plus depuis le développement des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC). Les ordinateurs portables, les *smartphones* et autres outils de communication électronique les contraignent à « *des temps de réponse toujours plus court* » pour 87 % d'entre eux. 84 % estiment qu'ils augmentent « *le volume d'information à traiter* » et 80 % qu'ils engendrent « *un nombre croissant de tâches* ». Selon Harpaz et Snir (2003), le *workaholisme* est d'autant plus prégnant chez les cadres dont la charge de travail et les responsabilités sont importantes. De même, les résultats d'une enquête menée auprès d'une population de salariés parisiens révèlent que les cadres et les femmes (notamment avec des enfants à charge) présentent un risque de *workaholisme* plus important (Taghavi, 2012). Carrier Vernhet (2012) précise que cette addiction au travail peut avoir des conséquences néfastes sur l'individu. Même si le *workaholisme* est initialement considéré comme un phénomène positif (Machlowitz, 1980 ; Naughton, 1987), il est aussi considéré comme étant négatif par la plupart des auteurs. Le *workaholisme* peut favoriser le stress (Taris, Schaufeli et Verhoeven, 2005 ; Aziz et Zickar, 2006), l'épuisement professionnel (Schaufeli, Taris et Rhenen, 2008) et le déséquilibre entre vie privée et vie professionnelle (Taris, Schaufeli et Verhoeven, 2005 ; Aziz et Zickar, 2006 ; Bonebright, Clay et Ankenmann, 2000).

Au sujet des **facteurs relationnels**, la synthèse de Loubès (1997) précise que la communication tient une place prépondérante comme facteur explicatif dans le modèle de Kahn et al. (1964). Par exemple, selon les auteurs, l'augmentation de la fréquence des communications clarifierait les attentes de rôle et diminuerait le conflit et l'ambiguïté de rôle. Par ailleurs, Loubès met en relief le rôle du fonctionnement du groupe dans l'apparition des

tensions de rôle. Notamment, l'auteure cite une étude démontrant la contribution du soutien social dans la diminution du conflit de rôle (Jackson, 1983).

Enfin, concernant les **facteurs organisationnels**, la synthèse de Loubès (1997) souligne, d'une part, les effets directs de l'étendue de contrôle sur le conflit de rôle, et d'autre part la corrélation positive entre l'étendue de subordination et les tensions de rôle (Morris et al., 1979). Les résultats de son étude menée auprès des agents de maîtrise révèlent que l'étendue de contrôle opère positivement sur le conflit de rôle. Ils révèlent aussi que la participation à la prise de décisions RH (liées à la gestion de l'unité de travail et relatives à la gestion du personnel) concernant les collaborateurs favorise la diminution des conflits et des ambiguïtés de rôle. Loubès démontre aussi que la codification des tâches engendre un manque d'autonomie et de flexibilité qui contribue à accentuer l'ambiguïté de rôle.

Plus récemment, l'étude qualitative de Royal (2007) menée auprès de directeurs-adjoints d'établissements scolaires révèle qu'ils développent des tensions de rôle (surcharge, conflit de rôle, ambiguïté de rôle, et incapacité de jouer le rôle) liées à des caractéristiques personnelles et environnementales.

- *Les **caractéristiques personnelles** : les visées et croyances relatives au rôle ; l'expérience dans la fonction.*
- *Les **caractéristiques environnementales** : le comportement du supérieur immédiat ; la variété de la tâche ; la position frontalière ; la participation au processus décisionnel ; l'autonomie ; l'étendue de contrôle.*

Plus précisément, concernant les caractéristiques personnelles, l'étude de Royal (2007) révèle que « *les visées et croyances des individus qui se juxtaposent aux rôles préférés représentent un aspect déterminant dans la dynamique du conflit de rôle et de la surcharge. L'expérience dans le poste est apparue aussi en tant que caractéristique ayant un impact amplifiant l'incapacité due à des limites personnelles et la surcharge* ». Concernant les caractéristiques environnementales, les résultats de l'étude révèlent que l'absence de certains comportements du supérieur hiérarchique (émission d'attentes, rétroaction et soutien accordé) augmenterait toutes les formes de tension de rôle. La variété de la tâche augmenterait la perception de la surcharge quantitative et qualitative. La position frontalière influencerait la perception de conflits de rôle. La participation au processus décisionnel serait reliée à l'incapacité de jouer

le rôle. Enfin, l'autonomie des directeurs-adjoints diminuerait la perception d'ambiguïté de rôle et l'étendue de contrôle aurait un impact sur la surcharge quantitative.

Pour terminer, une étude réalisée auprès de « professionnels-managers » à l'hôpital (Burellier, 2008) révèle l'apparition de tensions liées à **l'hybridation de rôle** imposée aux professionnels, lorsqu'on associe une fonction de management à leur activité initiale de soin.

- *Les conséquences des tensions de rôle :*

De nombreuses recherches ont étudié le caractère négatif des conséquences des tensions de rôle tant sur le plan organisationnel (performance et implication altérées, absentéisme, démission...) qu'individuel (renforcement du stress, *burnout*...) (Jackson et Schuler, 1985 ; Brown et Peterson, 1993). Parmi les conséquences des conflits et ambiguïtés de rôle étudiées dans leur méta-analyse, Jackson et Schuler (1985) distinguent deux types de réactions :

- *Les réactions affectives : baisse de la satisfaction, de l'implication organisationnelle et de l'engagement professionnel ; intention de départ ; tension et anxiété.*
- *Les réactions comportementales : absentéisme ; performance altérée.*

Concernant les réactions affectives, la méta-analyse de Jackson et Schuler (1985) montre que la satisfaction au travail est en général négativement corrélée au conflit et à l'ambiguïté de rôle. Il en est de même pour l'implication organisationnelle et l'engagement professionnel. En revanche, la tension et l'intention de départ sont positivement corrélées au conflit et à l'ambiguïté de rôle. Concernant les réactions comportementales, la méta-analyse de Jackson et Schuler (1985) révèle qu'il est plus difficile de prouver leur relation avec les tensions de rôle.

Les résultats de recherches plus récentes (Perrot, 1999, 2005 ; Grima, 2000, 2004 ; Tubre et Collins, 2000 ; Borgi, 2002 ; Commeiras et Fournier, 2002 ; Commeiras et al. 2009) abondent en général dans ce sens, mais diffèrent parfois sur certains aspects. 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. Plus récemment, Perrot (2005) démontre d'une part, une corrélation négative des conflits de rôle

avec l'implication affective, la motivation, et la performance, et d'autre part, une corrélation positive des conflits de rôle avec l'intention de départ et le stress. Les travaux de Grima ont étudié les conséquences des tensions de rôle auprès de responsables de formation continue. En 2004, les résultats de l'étude révèlent que les tensions de rôle (conflit et ambiguïté de rôle) n'ont aucune influence sur la performance et que la liaison indirecte entre les tensions de rôle et l'intention de partir est intermédiée par la satisfaction au travail et l'implication organisationnelle. Les travaux de Commeiras et Fournier (2002) menés auprès de vendeurs révèlent que l'ambiguïté de rôle influence négativement l'implication organisationnelle affective et calculée. Plus tard, Commeiras et al. (2009) démontrent, chez les chefs de rayons, que le conflit et l'ambiguïté de rôle sont des facteurs réducteurs de l'implication affective dans l'organisation et dans le métier, mais qu'ils n'ont aucune conséquence sur l'implication organisationnelle calculée et sur l'implication dans le poste de travail, au contraire de la surcharge de travail qui aurait, quant à elle, un effet négatif sur ces deux types d'implication. Dans le secteur de la santé, 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 menée auprès d'un échantillon d'infirmières révèle que les tensions de rôle (ambiguïté, conflit et surcharge) sont liées significativement à la satisfaction et l'implication au travail, ainsi qu'au turnover (Jamal, 1990). Ces résultats corroborent ceux d'une étude déjà menée auprès d'infirmières par Lyons (1971), sur le sujet de l'ambiguïté de rôle. Dans le domaine du sport, l'étude de Beauchamp, Bray, Eys et Carron (2003), menée auprès de lycéens britanniques pratiquant le hockey sur gazon, révèle que la perception élevée d'ambiguïté de rôle s'associe à « *un fort état d'anxiété cognitive* ». L'étude de Eys, Carron, Bray et Beauchamp (2005), menée auprès de joueurs de football, montre que la perception d'ambiguïté de rôle serait liée à une « *intention de ne pas poursuivre la saison sportive future dans la même équipe* ». Dans le domaine de l'hôtellerie, une étude (Kim, Murrmann et Lee, 2009) démontre l'effet modérateur du genre sur la relation entre les tensions de rôle et la satisfaction au travail. Les résultats de l'étude révèlent que c'est chez les employées femmes que l'effet des conflits de rôle sur la satisfaction est le plus important.

La méta-analyse de Fisher et Gitelson (1983) indique, quant à elle, une corrélation négative entre l'implication organisationnelle et les tensions de rôle. Il en est de même avec l'engagement professionnel. En revanche, elle ne démontre aucune relation significative entre la performance et les tensions de rôle. Il en est de même pour l'intention de départ. La méta-

analyse de Tubre et Collins (2000) étudie de manière plus spécifique les relations entre les tensions de rôle (ambiguïté et conflit de rôle) et la performance au travail. Les résultats de Tubre et Collins (2000) démontrent une corrélation négative entre la performance et l'ambiguïté de rôle, mais une faible corrélation entre la performance et le conflit de rôle. La méta-analyse plus récente de Ortqvist et Wincent (2006), basée sur une revue de littérature de près de 300 articles, précise que l'ambiguïté de rôle agit plus fortement sur l'implication organisationnelle que les deux autres formes de tension de rôle (Commeiras et al., 2009). Par ailleurs, Ortqvist et Wincent (2006) trouvent une relation plus forte que Tubre et Collins (2000) entre le conflit de rôle et la performance, et une relation insignifiante entre la surcharge de travail et la performance. Enfin, en ce qui concerne la surcharge de travail, la méta-analyse de Ortqvist et Wincent (2006) révèle que ce type de tension de rôle influence plus fortement l'épuisement émotionnel que les deux autres formes.

Kahn et Byosièrè (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 entraînerait un stress chez l'individu. Dans la même lignée, 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 travaux mettent en avant cette relation positive entre le stress professionnel et les tensions de rôle (Jackson et Schuler, 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 et Ardouin (2003), la charge de travail quantitative (volume de travail) et qualitative (difficulté de la tâche) peut 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, Morin et Demers, 2010). En outre, la difficulté à concilier la vie de famille et la vie professionnelle, notamment chez les femmes, constitue un facteur supplémentaire de stress (Priscilla, 2000). En 2002, 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. Ces résultats sont corroborés par les travaux de Mansour et Commeiras (2013) menés dans le secteur hôtelier auprès de personnels en contact.

Dans le secteur de la santé, les travaux de Colle et Moisson (2007) menés auprès d'infirmières révèlent que l'intention de quitter l'organisation est liée au niveau de stress élevé et à un déséquilibre effort/récompense perçu. Contraint par le temps et le manque d'effectif, le personnel hospitalier doit faire face à une surcharge de travail qui dégrade son bien-être au travail. L'étude de Shirom, Nirel et Vinokur (2010) démontre les conséquences négatives de la charge quantitative de travail sur le bien-être des médecins. Les études de Fox, Dwyer et Ganster (1993), de Janssen, Schaufeli et Houkes (1999) ou de Ganster, Fox et Dwyer (2001) dénoncent les mêmes conséquences chez les infirmières. L'étude de Ruiller (2008) révèle l'effet négatif du conflit de rôle (dont le conflit travail/famille) et de l'ambiguïté de rôle sur la qualité de vie au travail du personnel soignant, notamment en termes de *burnout*.

Par ailleurs, le stress engendré par les tensions de rôle entraîne à son tour 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, départs en préretraite...) (Trentzsch-Joye, 2011). Les conséquences sur l'individu peuvent se manifester sous forme de symptômes physiologiques, psychologiques ou comportementaux (Safy, 2011).

Les répercussions négatives du stress nous mènent à étudier de plus près cette conséquence particulière des tensions de rôle. La prochaine sous-section s'attèlera donc à étudier le stress et ses liens avec les tensions de rôle. Nous nous intéresserons aussi à deux autres conséquences particulières des tensions de rôle : l'intention de quitter et le comportement innovant au travail. Nous préciserons, à ces moments-là, l'intérêt porté à ces deux concepts.

2 MISE EN LUMIERE DE TROIS EFFETS PARTICULIERS DES TENSIONS DE RÔLE

Nous venons de voir que les tensions de rôle engendrent de nombreuses conséquences néfastes pour l'individu et son organisation. Au vu de l'étendue de ces conséquences, nous faisons le choix de nous focaliser et de nous interroger sur trois d'entre elles.

La première conséquence que nous allons détailler est le stress professionnel. Depuis plusieurs décennies, le stress est un concept largement étudié dans la littérature. Il fait l'objet de nombreux questionnements visant à sa compréhension afin d'améliorer les conditions de travail des individus dans les organisations. A ce titre, nous l'étudierons plus en détail dans les prochains paragraphes.

Dans un contexte de pénurie de main d'œuvre dans le secteur sanitaire, nous faisons aussi le choix d'étudier l'intention de quitter comme conséquence négative des tensions de rôle.

Enfin, nous terminerons en abordant un concept peu étudié comme conséquence positive des tensions de rôle : le comportement innovant au travail. De même qu'il existe un stress positif qui permet d'être efficace au travail, nous nous interrogerons quant aux conséquences positives des tensions de rôle en termes d'innovation.

2.1 Les tensions de rôle : un déterminant majeur du stress professionnel

Dans la littérature, la surcharge de travail, l'ambiguïté de rôle, le conflit de rôle ou encore le conflit famille-travail sont souvent nommés comme antécédents ou déterminants du stress professionnel (Glowinkowski et Cooper, 1986 ; Pépin, 1991 ; Cooper and Cartwright, 1994 ; Danna et Griffin, 1999 ; Bruchon-Schweitzer, 2001). Par ailleurs, des études sur les conflits de rôle et l'ambiguïté de rôle ont démontré leurs conséquences en termes de maladies coronariennes (Katz et Kahn, 1978) et de comportements négatifs au travail (Jackson et Schuler, 1985 ; Michaels et Dixon, 1994). « *Le stress lié au rôle est un des aspects des attentes de rôle dont les conséquences sont adverses pour les individus* » (Hollet, 2002).

Plus précisément, de nombreuses recherches empiriques menées auprès des commerciaux ont étudié l'impact des conflits et des ambiguïtés de rôle sur le stress au travail (Ford, Walker et Churchill, 1975 ; Dubinsky et Mattson, 1979 ; Johnston, Parasuraman, Futrell et Black, 1990 ; Michaels et al., 1988, 1987 ; Moncrief, Babakus, Cravens et Johnston, 1997). Sager (1994) les qualifie comme étant des antécédents du stress professionnel des commerciaux. Le conflit de rôle du commercial apparaît lorsqu'il doit faire face à des attentes incompatibles avec le rôle déterminé par sa fonction alors que l'ambiguïté de rôle apparaît lorsqu'il y a une absence d'objectifs clairs sur les attentes de son rôle dans l'organisation (Rizzo et al., 1970). Dans le

secteur de la santé, une étude menée auprès d'infirmières en psychiatrie révèle que l'ambiguïté de rôle, le conflit de rôle et la surcharge de travail sont des déterminants du stress professionnel (Edwards, Burnard, Coyle, Fothergill et Hannigan, 2000). Par ailleurs, une étude récente menée auprès d'universitaires en Malaisie (Idris, 2011) démontre que l'ambiguïté de rôle et la surcharge de travail favorisent le stress. De même, une étude menée auprès de managers territoriaux révèle que le stress perçu est positivement relié aux tensions de rôle (surcharge, ambiguïté et conflit de rôle) (Codo, 2011).

2.1.1 Le stress : un concept largement étudié et progressivement pris en compte

Le stress est une des nombreuses conséquences des tensions de rôle et nous avons fait le choix de nous focaliser sur celle-ci. La question du stress est une question dont la recherche s'est largement emparée, en sociologie, en économie, en psycho-dynamique du travail mais aussi en gestion des ressources humaines. Au sein des entreprises, ce phénomène croissant n'épargne aucun secteur d'activité et touche chaque individu, de l'opérateur au dirigeant. Mal du siècle, le stress est un phénomène dont la connaissance est aujourd'hui encore en pleine évolution. En octobre 2004, l'accord cadre européen donne la définition du stress suivante : *« Le stress est un état accompagné de plaintes ou dysfonctionnements physiques, psychologiques ou sociaux, et qui résulte du fait que les individus se sentent incapables à combler un écart avec les exigences ou les attentes les concernant. L'individu est capable de gérer la pression à court terme qui peut être considérée comme positive mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée à des pressions intenses. En outre, différents individus peuvent réagir de manière différente à des situations similaires et un même individu peut, à différents moments de sa vie, réagir différemment à des situations similaires. Le stress n'est pas une maladie mais une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et peut causer des problèmes de santé ».*

Le stress fait partie des **risques psychosociaux**³³ (RPS). Selon le rapport de Nasse et Legeron (2008)³⁴, il serait même le premier « risque psychosocial ». *« De nombreuses études internationales font aussi apparaître le stress comme le plus fréquent des risques psychosociaux. Ainsi, on estime qu'au sein de l'Union européenne 22 % des salariés souffrent*

³³ Risques psychosociaux (ou RPS) : *« aspects de la structuration, de l'organisation, et de la gestion du travail ainsi que leurs contextes sociaux et environnementaux qui ont le potentiel de causer un dommage psychologique, social ou physique »* (Cox et Griffiths, 1995).

³⁴ *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, de Nasse, P. et Legeron, P., remis au Ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, le mercredi 12 mars 2008.

*de stress au travail*³⁵ » (Nasse et Legeron, 2008). Aujourd'hui, nous ne pouvons plus ignorer le problème du stress professionnel, qui est bien réel. La médiatisation des suicides présumés liés au travail, comme ceux de l'industrie automobile, a servi de détonateur de prise de conscience du grand public. Depuis quelques années, les institutionnels (ANACT³⁶, CRAM³⁷, médecine du travail, inspection médicale du travail, universités, INRS³⁸...) se penchent sur cette question et des actions de prévention ont été engagées dans les entreprises.

La loi (*article L. 4121-1 du Code du travail*) fait désormais obligation à l'employeur d'évaluer tous les risques y compris psychosociaux comme le stress, et de prendre les mesures nécessaires pour assurer et protéger la santé physique et mentale des salariés. Les résultats de cette évaluation des risques doivent être transcrits dans un « *document unique* », quels que soient la taille de l'entreprise et son secteur d'activité. Au-delà de la réglementation générale, il existe des dispositions particulières concernant la prévention des risques susceptibles de constituer des sources de stress (travail de nuit, risques dus au bruit...). A ces dispositions générales et particulières s'ajoute *l'accord national interprofessionnel (ANI)* signé en juillet 2008 et rendu obligatoire par un arrêté ministériel du 23 avril 2009. Cet accord propose des indicateurs pour dépister le stress au travail et un cadre pour le prévenir. « *Un protocole d'accord cadre pour la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique* », signé en octobre 2013, prévoit la mise en place d'un plan national d'action de prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique.

En 2009, suite à l'actualité des suicides au sein de France Télécom et d'autres grandes entreprises, le ministre du travail a lancé un plan d'urgence pour la prévention du stress au travail. Ce plan était structuré autour des éléments suivants : « *l'incitation à l'ouverture de négociations sur la prévention du stress dans toutes les entreprises de plus de mille salariés ; le développement d'actions d'information et d'accompagnement des PME sur les RPS ; la prise en compte des RPS lors de tout processus de restructuration engagé dans les entreprises ; la création d'une cellule spécialisée sur les questions de prévention des RPS*³⁹ ».

³⁵ Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Dublin). 4^{ème} enquête européenne, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2007.

³⁶ ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de travail.

³⁷ CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

³⁸ INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité.

³⁹ Source : *Analyse des accords signés dans les entreprises de plus de 1000 salariés, Prévention des RPS*, Direction Générale du Travail, Avril 2011.

Tous ces éléments ont été repris dans le cadre du Plan Santé au Travail 2010-2014 qui a fait des RPS un risque prioritaire.

Par ailleurs, depuis 1978, la DARES⁴⁰ du ministère de l'emploi réalise périodiquement (tous les sept ans) une enquête sur les conditions de travail. L'enquête « *Conditions de travail 2013* » a inclus un auto-questionnaire sur l'exposition aux risques psychosociaux. Depuis 1994, la DARES réalise aussi, avec la DGT,⁴¹ des enquêtes « *Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER)* ». Les enquêtes SUMER ont pour objectif, d'une part, de décrire et de caractériser l'ensemble des risques, y compris psychosociaux, liés aux postes de travail auxquels sont soumis les salariés, et d'autre part, de décrire les protections individuelles ou collectives mises en place par les entreprises. Dans le secteur de la santé, l'enquête SUMER 2003 révèle que, **sur l'ensemble du personnel soignant (secteur privé et secteur public), 48,9% jugent leur travail très stressant**. Plus récemment, l'enquête SUMER 2010 souligne que les agents de la Fonction Publique Hospitalière sont plus exposés à une forte demande psychologique.

Dans le cadre de l'étude PRESSST⁴² (2004) menée auprès de 5376 personnels soignants (y compris cadres) de 55 établissements français, les résultats révèlent, entre autres, que :

- *66,1% des soignants sont très insatisfaits ou insatisfaits du soutien psychologique au travail,*
- *52% des soignants sont très insatisfaits ou insatisfaits des conditions physiques au travail,*
- *Plus de 60% des soignants se disent perturbés par les interruptions fréquentes, la pression par le temps, le travail devenu plus exigeant, les efforts physiques mais aussi par l'augmentation des tâches administratives,*
- *25% des problèmes de santé déclarés par les soignants sont des troubles de la santé mentale,*
- *Le score de « santé perçue »⁴³ de l'ensemble des soignants est de 64,15/100,*

⁴⁰ DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques.

⁴¹ DGT : Direction Générale du Travail.

⁴² PRESSST : Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail.

⁴³ Score de « santé perçue » : Indice « *health* » utilisé par l'Organisation Mondiale de la Santé.

- *Plus de la moitié des soignants considèrent que leur travail rend difficile la gestion de leurs responsabilités familiales.*

En 2012, l'Ordre National des Infirmiers publie les résultats d'une enquête nationale réalisée auprès de 21 000 infirmières et infirmiers (salariés du secteur public, privé, libéraux et étudiants)⁴⁴. Les répondants soulignent que la surcharge de travail, le stress, l'épuisement, le manque de matériel ou les moyens inadaptés ne permettent pas de garantir une qualité et une sécurité des soins optimales.

D'après le baromètre « CFE-CGC/Opinion Way⁴⁵ » de mars 2008, seuls 16% des cadres considèrent que le stress est pris en charge par leur entreprise. L'enquête IFOP⁴⁶ pour AGSE⁴⁷ d'octobre 2007 sur le bien-être psychologique au travail, réalisée auprès de 300 DRH, révèle des prises de conscience de niveaux différents selon les entreprises, une méconnaissance des causes de l'absence de bien-être et des pistes de solutions. La France a un retard notable comparé aux autres pays européens. Les études soulignent que les salariés français sont les moins bien informés sur la santé et les risques de sécurité. Notons que pour rattraper ce retard, des mesures ont été mises en place (négociations de branche obligatoires dans les secteurs les plus touchés par le stress...) et de nouvelles préconisations ont été faites, notamment suite à différents rapports (« *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail* » de Nasse et Légeron, 2008 ; « *Bien-être et efficacité au travail* » de Lachmann, Larose et Penicaux, 2010). Certaines de ces préconisations commencent à être suivies d'actions concrètes.

2.1.2 Les origines du stress

C'est en 1936 que Selye, médecin canadien, découvrit et décrit le phénomène du stress sous le nom de « **syndrome général d'adaptation** » (SGA). Sa définition médicale définit le stress comme « *une réaction de l'organisme face aux modifications, exigences, contraintes ou menaces de son environnement, en vue de s'y adapter* ». C'est une réaction à un agent stressant qui se traduit par un ensemble de manifestations physiques et psychologiques. Selon

⁴⁴ <http://www.ordre-infirmiers.fr/actualites/articles/les-infirmiers-alertent-les-pouvoirs-publics-et-les-candidats-a-lelection-presidentielle-sur-la-qualite-et-la-securite-des-soins-a-lhopital.html>

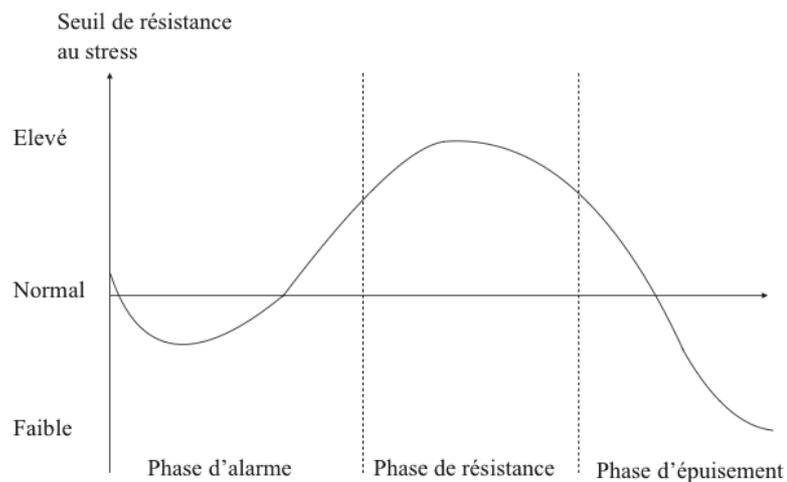
⁴⁵ Opinionway : institut de sondages politiques et d'études marketing français.

⁴⁶ IFOP : Institut Français d'Opinion Publique.

⁴⁷ AGSE : Association pour la Gestion du Stress en Entreprise.

Selye, la réponse de l'organisme se déroule en trois phases : **la phase d'alarme** lorsque le cerveau évalue qu'il y a un danger, **la phase de résistance** lorsque le danger persiste dans le temps, et **la phase d'épuisement** lorsque la phase précédente se prolonge et que les défenses naturelles s'affaiblissent (Figure 5). Cette approche du stress révèle que c'est la gravité, la durée ou la fréquence des événements stressants qui sont pathogènes.

Figure 5 : Le syndrome général d'adaptation adapté de Selye (1956)



Le stress est une fonction vitale de l'organisme qui lui permet de réagir et de s'adapter aux situations urgentes ou dangereuses. Tout comme dans le monde de l'Entreprise, il s'agit d'apprendre à gérer ce stress afin que chacun puisse adapter ses réactions au contexte. A ce titre, Selye distingue le **stress positif**, source de productivité et d'efficacité (*eustress*) du **stress négatif** (*distress*) qui est la cause de coûts importants à différents niveaux (individuel, organisationnel, économique et social). Une distinction est aussi faite entre **l'état de stress aigu** qui correspond aux réactions de notre organisme face à une menace ponctuelle, et **l'état de stress chronique** qui est une réponse à une situation de stress qui s'inscrit dans la durée.

La notion de **stress professionnel** est apparue dans les années soixante, quand des chercheurs nord-américains ont utilisé la terminologie de Selye pour l'appliquer aux situations de travail. Progressivement, l'ensemble des pouvoirs publics et des secteurs d'activité se sont préoccupés des effets néfastes du stress professionnel sur la santé des travailleurs et des organisations. D'après un rapport de recherche de l'Agence Européenne de Sécurité et de

Santé au Travail⁴⁸ « *un consensus se développe actuellement sur une définition du stress qui l'envisage comme un état psychologique négatif comportant des éléments cognitifs et émotionnels, qui exerce un effet sur la santé des salariés et sur celle des organisations dans lesquelles ils travaillent* ».

Dans la littérature, on trouve différentes approches du stress (Lazarus, 1966 ; Fletcher, 1988 ; Cox, 1993). Une première approche dite « *technique* » envisage le stress comme une cause des troubles de la santé (Symonds, 1947 ; Spielberger, 1976). Une deuxième approche dite « *physiologique* » envisage le stress comme une réaction physiologique particulière à un environnement menaçant (Selye, 1956 ; Scheuch, 1996). Ces deux approches ont été critiquées, en partie car elles ne tiennent pas compte des différences psychologiques individuelles et des interactions entre le sujet et ses divers environnements. Enfin, une approche dite « *psychologique* » envisage le stress en termes d'interactions entre l'individu et son environnement. Cette dernière approche plus récente du stress a permis de développer deux autres approches sur lesquelles nous nous attarderons : **l'approche interactionniste et l'approche transactionnelle**. L'approche interactionniste est basée sur les caractéristiques structurelles des interactions de l'individu avec son environnement. L'approche transactionnelle est, quant à elle, basée sur les mécanismes psychologiques sur lesquels reposent ces interactions.

2.1.3 Les théories du stress

Suite au modèle classique de Selye, différentes théories mettant l'accent sur les aspects subjectifs, multidimensionnels et interactionnels du stress se sont développées. Nous en aborderons quelques unes.

- *Les théories interactionnistes :*
 - *Le modèle bi-dimensionnel (« Job Demands-Control Model ») de Karasek (1979)*

Dans ce modèle interactionniste, Karasek (1979) introduit les notions d'exigences (« *Demands* ») et de latitude décisionnelle (« *Control* »). Les exigences du travail correspondent « *aux facteurs de stress psychologiques intervenant dans l'exécution de la charge de travail* ». Ces exigences peuvent être physiques, psychologiques, émotionnelles et mentales. La latitude décisionnelle correspond à la « *maîtrise potentielle dont dispose un*

⁴⁸ Cox, Griffiths et Rial-Gonzales, *Rapport de Recherche sur le stress au travail*, Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2006.

travailleur par rapport à ses tâches et sa conduite durant la journée de travail ». L'auteur explique que le stress s'opère en présence de faibles latitudes de décision et de hauts niveaux d'exigences. Selon ce modèle, un niveau élevé de contrôle permet de réduire les effets négatifs des demandes de l'environnement sur le bien-être. Tandis qu'un niveau élevé de demandes associé à un niveau faible de contrôle engendrent un niveau élevé de stress. Ce modèle a été enrichi par l'introduction du soutien social ayant un effet modérateur sur le stress perçu (Karasek et Theorell, 1990).

- *La théorie de l'adéquation entre l'individu et l'environnement (« Person-Environment Fit Theory of Stress ») de French, Caplan et Harrison (1982)*

Cette théorie soutient que le stress professionnel provient de l'inadaptation entre les caractéristiques de la personne et les variables de son environnement. Elle met l'accent sur deux distinctions. Une première distinction concerne les variables individuelles (capacités et besoins) et les variables environnementales (exigences et offres). La deuxième distinction concerne la réalité objective et les perceptions subjectives. De ce fait, il peut y avoir un manque d'adéquation individu-environnement subjectif et objectif, un manque d'adéquation entre l'environnement objectif et l'environnement subjectif, et un manque d'adéquation entre l'individu objectif et l'individu subjectif. Ainsi, Edwards, Caplan et Harrison (1998) définissent le stress comme « *une appréciation subjective indiquant que les offres de l'environnement sont insuffisantes pour combler les besoins individuels* ». Selon ce modèle, deux types de conséquences de l'inadéquation sont à distinguer : les tensions développées (psychologiques, physiques et comportementales) et les efforts mis en place par les individus (ajustement et défense).

- *Les théories transactionnelles :*
 - *Le modèle de Lazarus et Folkman (1984)*

Une expérience réalisée dans les années soixante, rapportée par Lazarus (1993) a démontré qu'une même situation peut être vécue de façon plus ou moins stressante selon la signification qui lui est accordée. Le stress perçu par l'individu dépend de l'interprétation personnelle qu'il fait de son environnement. La situation en elle-même ne suffit pas à déclencher un état de stress : « *L'individu, loin d'être le jouet passif des événements, joue un rôle actif et peut, en les appréhendant de diverses façons, aggraver ou minimiser leur impact.* » (Bruchon-Schweitzer, 1994). Le stress n'apparaît plus comme une réponse unique et linéaire suivant le

schéma type « stimulus-réponse » décrit par Selye. Dans cette approche psychologique du stress, McGrath (1970) définit le stress comme « *un déséquilibre (perçu) substantiel entre l'exigence (de l'environnement) et la capacité (de l'individu) à y répondre, dans des conditions telles que l'impossibilité de satisfaire à cette exigence aura des conséquences (perçues) importantes* ». De la même manière, Lazarus et Folkman définissent le stress comme « *une relation entre la personne et son environnement, qui est évaluée par la personne comme tarissant ou excédant ses ressources, et menaçant son bien-être* » (Lazarus et Folkman, 1984). Cette approche se traduit par le **modèle transactionnel** où c'est la transaction entre la personne et la situation qui détermine les processus cognitivo-émotionnels du stress perçu.

Après avoir évalué la menace de l'environnement, l'individu qui perçoit ce stress va évaluer les moyens et les ressources qu'il possède pour y faire face (double évaluation). Il met alors en place des stratégies de « *coping* » (ou stratégies d'ajustement), afin de réduire l'apparition de l'angoisse. Ces stratégies permettent d'éliminer la source du danger mais aussi de réduire sa perception (Lazarus et Folkman, 1984). Elles peuvent être centrées sur la résolution du problème (« **problem focused coping** ») ou centrées sur les émotions (« **emotion focused coping** »). L'individu peut aussi tenter de s'adapter en cherchant un support social (« **seeking social support** ») ou en réévaluant la situation (« **appraisal focused coping** »). L'évitement est une autre stratégie d'ajustement au même titre que l'attaque (« **fight or flee** », Cannon, 1932). Nous aborderons plus en détail le concept des stratégies d'ajustement dans la seconde section de ce chapitre.

- *Le modèle de déséquilibre effort/récompense (« Effort-Reward Imbalance ») de Siegrist (1996)*

Le modèle de Siegrist dit transactionnel, avance que le stress professionnel apparaît quand il y a un déséquilibre entre un coût élevé en efforts et un gain faible en récompenses. Siegrist distingue deux sources d'efforts : une source **extrinsèque** (exigences professionnelles de temps, responsabilités, heures supplémentaires, efforts physiques) et une source **intrinsèque** (motivation individuelle, besoin d'approbation...). Par ailleurs, il distingue plusieurs sources de récompenses : la gratification monétaire, récompense socio-émotionnelle (estime) et le degré de contrôle sur le statut professionnel (perspective de promotion et sécurité de l'emploi).

- *La théorie cybernétique du stress organisationnel de Cummings et Cooper (1979) et le modèle cybernétique du stress de Edwards (1992) :*

En soulignant le caractère dynamique du stress, Cummings et Cooper (1979) ont développé une théorie cybernétique pour expliquer comment les individus ajustent leurs actions pour faire face aux perturbations rencontrées afin d'atteindre des objectifs. C'est la dimension temporelle qui permet cette perspective dynamique du stress. Dans cette perspective, le stress apparaît comme un **cycle d'information-réaction**. L'individu va d'abord identifier la pression, puis il choisit un processus d'ajustement qu'il applique et qui a des conséquences sur le stress ou les menaces.

En 1992, Edwards développe un modèle cybernétique du stress en formalisant les relations entre le stress, l'ajustement et le bien-être au travail. Il suppose que le stress influence deux types de résultats : le bien-être et les stratégies d'ajustement. Il définit le stress comme « *une discordance entre l'état perçu par le salarié et l'état souhaité, à condition que cette discordance soit considérée importante par le salarié* ». Edwards s'appuie sur différentes théories du stress qui incorporent des principes cybernétiques (Kahn et al., 1964 ; McGrath, 1970 ; Beehr et Newman, 1978 ; French, Caplan et Harrison, 1982 ; Cummings et Cooper, 1979 ; Lazarus et Folkman, 1984). De ce fait, le modèle de Edwards révèle la complémentarité des différentes théories du stress.

De même, Beehr et Newman (1978) développent un modèle basé sur une logique transactionnelle et interactionniste. Ce modèle fait intervenir les caractéristiques personnelles dans l'évaluation d'une situation perçue comme stressante par l'individu. Les déterminants (événements physiques, physiologiques, chimiques ou neurologiques ; facteurs psychologiques) agissent pour avoir des conséquences humaines (biologiques, psychologiques et comportementales) ou organisationnelles (diminution de la performance, perte de l'implication...). Ce modèle fait aussi intervenir la facette du temps. Les auteurs distinguent les effets du stress diffus dans le temps et le stress engendré par la répétition d'évènements isolés de faible impact.

- *L'approche du stress en termes de ressources :*
 - *La théorie de la conservation des ressources de Hobfoll (1989)*

Les approches traditionnelles du stress précédemment citées se sont tour à tour opposées et complétées et ont permis d'avoir une vision globale des différents facteurs intervenant dans ce processus (Sassi, 2011). En 2011, Hobfoll fait une critique de ces modèles utilisés dans de nombreuses recherches empiriques. Tout d'abord, il souligne le manque d'études sur le groupe et le système social et économique dans lequel évolue l'individu stressé. Ensuite, il dénonce le caractère non explicite des causes de la perception de l'individu de son environnement (non prise en compte de la culture). Enfin, il indique que les modèles classiques du stress sont fortement imprégnés de la culture américaine qui ne favorise pas la structure collective de la société.

Pour pallier ces limites, Hobfoll développe à son tour une théorie alternative du stress basée sur la conservation des ressources (COR theory, 1989). Dans cette approche par les ressources, l'individu est représenté comme une entité faisant partie d'un ensemble et pouvant agir de manière individuelle ou collective face à une situation de stress (Sassi, 2011). Cette théorie repose sur le principe de base qu'un individu s'efforce d'obtenir, de protéger et d'entretenir les ressources qui ont une valeur réelle ou symbolique pour lui (Hobfoll, 1989 ; Hobfoll et Freedy, 1993). L'état de stress survient quand ces ressources sont menacées, perdues ou déstabilisées et quand les efforts fournis par l'individu ne suffisent pas à faire face à cette menace. Cette approche très intéressante du stress sera plus amplement développée dans la prochaine section de ce chapitre traitant des stratégies de *coping*.

- *Le modèle « Job Demands-Resources » (JD-R) de Demerouti et al. (2001)*

Plus récemment, Demerouti et ses collègues proposent un nouveau modèle : le modèle « *Job Demands-Resources* » (Bakker et Demerouti, 2007 ; Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli, 2001). Ce modèle s'inspire de plusieurs modèles, dont certains ont déjà été évoqués précédemment comme le modèle bi-dimensionnel « *Job Demands-Control* » de Karasek (1979) ou le modèle de déséquilibre effort/récompense « *Effort-Reward Imbalance* » de Siegrist (1996), et de la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll (1989). Selon ce modèle, l'environnement de travail peut être caractérisé par des ressources (« *resources* ») et des exigences (« *demands* ») au travail. De plus, « *job resources may buffer the impact of job demands on stress-reactions* ». La mobilisation de ce modèle nous paraît être tout à fait

pertinente dans le cadre de notre recherche. Le processus de réaction des cadres de santé face aux tensions de rôle semble correspondre aux relations présentées dans ce modèle. En effet, nous supposons que, face à des exigences telles que les tensions de rôle (surcharge de travail, ambiguïté et conflit de rôle), les cadres de santé utiliseraient des stratégies d'ajustement comme ressources. Par ailleurs, l'utilisation de ces ressources permettrait de diminuer les conséquences des tensions de rôle en termes de stress par exemple. Nous développerons davantage cette approche du stress dans la prochaine section de ce chapitre.

2.1.4 Les effets du stress

Il existe différents effets potentiels du stress (exemples : les effets psychologiques et sociaux, les effets physiologiques et physiques) qui ont des répercussions à la fois sur la santé de l'individu et sur celle de l'organisation qui l'emploie.

- *Les conséquences sur l'individu :*

Le stress peut se traduire par des **troubles physiques**, et peut entraîner des **réactions psychologiques**. L'individu stressé peut développer plusieurs troubles physiques courants tels que la fatigue physique, les douleurs dorsales, les maux de tête ou les crampes musculaires et articulaires (TMS : troubles Musculo-Squelettiques) qui peuvent constituer la première étape vers des troubles plus sérieux. Si le stress devient chronique, ces maux physiques peuvent s'amplifier pour donner lieu à des maladies coronariennes, des ulcères, de l'hypertension artérielle, de l'asthme... (Cooper, 1986). Le stress peut causer une hypo et hyperactivité endocrinienne (Lipton, 1976) et changer l'équilibre du contrôle autonome, modifiant ainsi la fonction des systèmes cardio-vasculaire, respiratoire, sécrétoire et digestif (Lisander, 1979). Il semble aussi perturber la réponse immunitaire (Stein, Keller et Schleifer, 1981 ; Kawakami et Haratani, 1999), dénaturer la perception viscérale (Brenner, 1978) et modifier les habitudes de sommeil (Weitzman, Boyar, Kapen et Hellman, 1975).

Les réactions psychologiques se manifestent soit par des symptômes émotionnels tels que la nervosité, les angoisses ou l'anxiété, soit par des symptômes cognitifs tels que la difficulté à se concentrer, les erreurs ou les oublis. Face à une exposition de longue durée au stress, ces symptômes peuvent se transformer en affections plus graves telles que la dépression, la fatigue chronique psychique, la dépendance et l'addiction à des substances (nourriture, stimulants, alcool, tabac, drogues) ou le *burnout*. Ainsi, le stress chronique met la santé de

l'individu en danger en provoquant l'épuisement des ressources du corps. Les conséquences du stress chronique peuvent aller jusqu'à la souffrance (morale ou physique) au travail, voire même jusqu'au suicide.

Précisons que le « *burnout* » désigne le syndrome d'épuisement professionnel et émotionnel. C'est une conséquence grave de tensions professionnelles importantes pour l'individu et qui se maintiennent dans le temps. Cela se traduit par de multiples troubles de la santé, néfastes pour le salarié, l'entreprise et l'équipe de travail. L'individu est dans un état de fatigue intense, qui est autant physique que psychologique. On identifie trois dimensions caractéristiques de ce syndrome qui peuvent être mesurées par le « Maslach Burn-Out Inventory (MBI) » : « *l'assèchement émotionnel, le cynisme et la réduction de l'efficacité professionnelle* » (Maslach et Leiter, 1997).

- *Les conséquences sur l'organisation :*

Les troubles qui touchent l'individu entraînent des comportements néfastes pour l'organisation (consommation d'alcool sur le lieu de travail, comportements d'évitement face au travail, comportements agressifs envers les collègues, les supérieurs hiérarchiques ou le public). Une étude menée auprès de cadres (Roques et Roger, 1996) révèle que le stress de ces derniers vient généralement « nuire » à leur comportement. Par exemple, le stress peut les conduire à « *une mauvaise décision* » ou à des comportements inadaptés comme « *s'affoler* » et « *perdre les pédales* ». L'« *irritation* », la « *brutalité* », l'« *agressivité* », voire la « *haine* » que le stress engendre débouchent sur des comportements de colère des cadres envers leurs collaborateurs ainsi que les membres de leur famille (Roques et Roger, 1996).

Par ailleurs, le stress peut aussi entraîner un sentiment de démotivation qui se traduit par de l'absentéisme ou de la passivité. Le stress et les tensions de rôle engendrent certaines conséquences similaires sur l'organisation. Selon une étude (INRS, 2010), le stress aurait un coût économique d'au moins 2 à 3 milliards pour les entreprises. Tout comme les situations de tensions de rôle, le stress de l'individu peut provoquer une perte de l'implication et à terme, nuire à la performance de son organisation. Les individus faisant l'expérience de fortes tensions de rôles ou de stress au travail ont tendance à avoir une implication au travail plus faible (Safy, 2011).

Jackson et Schuler (1985) précisent que les salariés pour lesquels la perception du rôle est clarifiée sont moins susceptibles de questionner les valeurs et les objectifs de leur organisation et sont plus concernés par la réussite de cette dernière. Les tensions de rôle affectent l'attachement affectif des individus à leur organisation. Tout comme pour l'implication organisationnelle affective, il y a une relation négative entre le stress ou les tensions de rôle et l'implication organisationnelle normative. En revanche, il semble que l'implication calculée y soit reliée positivement (Safy, 2011). Soit parce qu'elle apparaît comme une réponse à des expériences de travail négatives (Allen et Meyer, 1996), soit parce que les individus ayant un fort niveau d'implication calculée sont plus sensibles aux stressés et aux tensions organisationnelles (Mathieu et Zajac, 1990), soit parce que l'individu a le sentiment d'être « piégé » dans l'organisation du fait des investissements antérieurs, soit parce que l'absence d'alternative d'emploi est peut-être plus stressante pour l'individu (Meyer, Stanley, Herscovitch et Topolnytsky, 2002).

Une autre conséquence du stress est parfois à déplorer pour les organisations : l'intention de départ volontaire. Du fait de pénuries de main-d'œuvre dans certains secteurs, cette question revient aujourd'hui à l'ordre du jour (Colle et Moisson, 2007). Nombreux sont les travaux qui traitent de l'intention de départ ou de quitter. Une revue de littérature sur le turnover des infirmières (Hayes et al., 2006) souligne que le stress, le conflit vie privé-vie professionnelle ou encore la surcharge de travail font partie des facteurs favorisant l'intention de quitter l'hôpital. Cette préoccupation permanente des organisations de tous les secteurs, y compris hospitalier, nous amène à approfondir l'analyse de cette variable dans le prochain paragraphe.

2.2 Deux autres conséquences des tensions de rôle : l'intention de quitter et le comportement innovant

Pour conclure sur les conséquences des tensions de rôle, nous allons approfondir le concept d'intention de quitter, largement évoqué dans la littérature française et anglo-saxonne. Dans une perspective plus positive, nous poursuivrons avec une revue de littérature (plus restreinte) sur le comportement innovant au travail, questionnant les bienfaits des tensions de rôle.

- *L'intention de quitter : une conséquence négative des tensions de rôle souvent démontrée*

La littérature sur l'intention de démission fournit une base de recherche importante. En exemple, Colle (2006) définit l'intention de départ volontaire comme « *une attitude qui conduit à une rupture de l'appartenance à un système social à l'initiative exclusive du salarié* ». Tett et Meyer (1993) définissent l'intention de quitter son travail comme « *la volonté consciente et délibérée de quitter son entreprise* ». Cette littérature aborde l'intention de démission selon différents termes : **l'intention de départ volontaire** ou **l'intention de quitter**. De manière générale, cette intention désigne le désir du salarié de rompre la relation avec l'entreprise qui l'emploie (Baile et Diwany, 2011). Il s'agit d'une volonté de rupture du contrat d'emploi de la part de l'individu (Neveu, 1996 ; Diwany, 2008).

Dans la littérature, notamment anglo-saxonne, l'intention de quitter est aussi liée au « *turnover*⁴⁹ » et plus précisément à « l'intention de *turnover* ». L'intention de *turnover* est définie comme la perception qui concerne la probabilité d'abandonner volontairement son organisation (Carmeli et Weisberg, 2006). Dans le secteur de la santé, Jones (1990a ; 1990b) définit le *turnover* des infirmières comme le processus par lequel les infirmières quittent ou changent d'hôpital. Cette définition inclut les *turnovers* volontaire et involontaire qui ne sont pas différenciés car ils causent les mêmes coûts (Hayes et al., 2006). Certaines études assimilent le *turnover* des infirmières au changement d'hôpital ou encore au changement de profession (Hayes et al., 2006). Le « *Causal Model of Voluntary Turnover* » de Price et Mueller (1981), souvent cité dans la littérature étudiant le *turnover*, a été élaboré à partir de différentes études menées à l'hôpital. Dans ce modèle, les auteurs mettent en relation le *turnover* avec la satisfaction au travail influencée par sept variables : « *routinization, centralization, instrumental communication, integration, pay, distributive justice and professionalism* » (Price, 2004)⁵⁰. Ce modèle intègre l'intention de rester comme variable médiatrice entre la satisfaction au travail et le *turnover*. Par la suite, les auteurs ont modifié ce modèle à travers d'autres études menées à l'hôpital, en y intégrant, notamment, d'autres variables (exemples : tensions de rôle, support social...). Ainsi, le modèle intègre des facteurs environnementaux, individuels et structurels, comme des déterminants du *turnover*.

⁴⁹ Naumann (1992) définit le *turnover* comme ce qui « *typically refers to the separation of an employee from the firm* ».

⁵⁰ Dans « *Innovative Theory and Empirical Research on Employee turnover* », Griffeth et Hom, 2004.

Comme vu précédemment, l'intention de quitter l'organisation est une conséquence des tensions de rôle (Jackson et Schuler, 1985 ; Bedeian et Armenakis, 1981). Borgi (2002) souligne même que les tensions de rôle constituent un socle essentiel des modèles globaux de l'intention de quitter. Dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre, notamment dans le secteur hospitalier, c'est une question qui intéresse les gestionnaires. Par exemple, la pénurie d'infirmières ou de cadres de santé est un problème majeur auquel il faut et faudra faire face dans les années à venir. Depuis 1999 et jusqu'en 2015, les hôpitaux doivent et devront faire face au départ à la retraite de 85% des cadres de santé⁵¹. Il est donc important de s'intéresser à l'intention de quitter l'organisation des membres de cette profession qui font l'objet de notre étude. Fidéliser ces acteurs du soin est primordial. En effet, il est aujourd'hui démontré que l'intention de quitter est liée au départ effectif. Globalement, les études empiriques sur le sujet révèlent la relation positive entre l'intention de quitter et le comportement de départ (Commeiras et Fournier, 1998). La méta-analyse réalisée par Steel, Hendrix et Balogh (1990) et celle réalisée par Steel et Ovalle (1984) le confirment. Il en est de même pour l'étude de Commeiras et Fournier (2012) ainsi que celle de Fournier et Vauquois-Mathevet (1998) portant sur la force de vente.

Les départs à la retraite massifs des « *papy-boomers* » ne sont pas la seule raison pour laquelle il faut s'intéresser à la fidélisation des salariés de manière générale et des cadres de santé en particulier. La perte d'un salarié a un coût pour son organisation (coût de recrutement, coût de formation, coût des mouvements entraînés par le remplacement, coût de la courbe d'apprentissage... (Martory et Crozet, 2001)). Par ailleurs, la fidélité des salariés permet de maintenir et d'accroître le niveau de compétences au sein d'une organisation. Le développement des compétences est d'autant plus efficace s'il est réalisé auprès de salariés ayant une expérience de l'organisation (Chaminade, 2003). Plus précisément, chez les infirmières, le *turnover* peut avoir des conséquences négatives sur la prise en charge des patients et la qualité des soins (Gray et Phillips, 1996 ; Tai, Bame et Robinson, 1998 ; Shields et Ward, 2001). Une étude menée à l'hôpital révèle que des patients séjournant dans une unité où le personnel soignant est épuisé ou exprime l'intention de quitter, sont moins satisfaits des soins (Leiter, Harvie et Frizzell, 1998). De plus, le *turnover* entraînerait, à la fois, une baisse de productivité liée au nouveau personnel soignant, et une baisse de moral et de productivité de l'équipe (Jones, 1990 ; Gray et al., 1996, Johnson et Buelow, 2003). En revanche, le

⁵¹ Soit 19 194 personnes, selon l'étude des métiers sensibles de la FHP (2007), Editions ENSP.

turnover permet des réductions de coûts de salaires (Jones, 1990a). Price et Mueller (1981) argumentent qu'il est utile d'avoir du *turnover* pour une organisation qui met en œuvre des changements. En outre, la fidélisation des cadres au sein d'une organisation, quelle qu'elle soit, est essentielle car « *les cadres sont très souvent considérés comme les meilleurs potentiels d'une entreprise, de par leur adaptabilité, leurs connaissances et savoir-faire évolutifs, leur niveau de responsabilité élevé et la valeur ajoutée croissante qu'ils apportent à l'entreprise* » (Guilbert et Henda, 2008).

Par ailleurs, les cadres font souvent face à la difficulté de concilier leur vie professionnelle avec leur vie privée (conflit de rôle inter-rôles). D'autant plus chez les cadres de santé à l'hôpital qui sont majoritairement des femmes avec des enfants à charge. En effet, leur statut et leur travail impliquent un rythme soutenu avec des sollicitations multiples qui peuvent interférer avec leur vie familiale. Cette difficulté peut avoir un rôle à jouer dans l'intention de *turnover* des cadres de santé. Cette hypothèse rejoint les résultats de recherches étudiant ce lien auprès d'autres populations (O'Neill et al., 2009 ; Noor et Maad, 2008 ; Casper et Buffardi, 2004 ; Valcour et Batt, 2003). La difficulté à concilier vie professionnelle et vie privée n'est pas la seule tension de rôle qui pourrait engendrer un accroissement de l'intention de quitter. Lorsque les normes et les règles évoluent (lors d'un changement organisationnel par exemple) et qu'elles obligent le salarié à jouer des rôles incompatibles (conflit de rôle), celui-ci peut être motivé à quitter son organisation (Baile et Diwany, 2011). En outre, de nombreuses recherches ont démontré la relation positive entre la surcharge de travail et l'intention de quitter (Brannon et al., 2007). Par exemple, chez les infirmières, la surcharge de travail favorise les tensions qui augmentent l'intention de quitter (Davidson et al., 1997 ; Tai et al., 1998 ; Hemingway et Smith, 1999 ; Strachota et al., 2003). Les conséquences directes des tensions de rôle sur l'intention de quitter feront l'objet d'une vérification lors de notre étude empirique (développée dans la deuxième partie de cette thèse) menée auprès de cadres de santé.

- *Le comportement innovant au travail : un concept peu étudié comme conséquence positive des tensions de rôle*

Au vu de la littérature, les tensions de rôle et le stress professionnel engendrent des conséquences négatives pour l'individu et son organisation. Mais au même titre qu'il existe un stress positif, les tensions de rôle ne pourraient-elles pas être des opportunités pour que

l'individu développe de nouveaux comportements ? Ces situations difficiles à gérer ne permettraient-elles pas à l'individu de trouver de nouvelles solutions enrichissant ses compétences et son savoir faire ? De manière générale, la littérature démontre que les tensions de rôle affectent la créativité de l'individu. Par exemple, le modèle de la créativité de Amabile (1988) présente la surcharge de travail comme un facteur influençant négativement la créativité. De plus, la clarté de rôle serait positivement liée à l'innovation (Jansen et Gaylen, 1994). La récente étude de Tang et Chang (2010) menée à Taiwan, démontre que l'ambiguïté de rôle est négativement corrélée à la créativité alors que le conflit de rôle y est positivement corrélé. Par ailleurs, des études (De Jong et Janssen, 2005 ; Janssen, 2000 ; Hardy et West, 2000 ; Ripoll, Martin et Gracia, 1994 ; Bunce, 1991) démontrent que le conflit de rôle, la surcharge de rôle ou l'ambiguïté de rôle favoriseraient l'innovation individuelle. Ces points de vue divergents nous interpellent et nous mènent à étudier de plus près les liens qu'il pourrait exister entre les tensions de rôle et l'innovation.

Pour y voir plus clair, faisons un parallèle avec le stress, variable dépendante des tensions de rôle. Dans certains cas, le stress permet d'être plus efficace. Le stress positif est un état qui pousse à se dépasser, à apprendre, à gagner en expérience et à être performant (Pezé, 2010). Le stress est un phénomène naturel et vital qui peut, jusqu'à un certain niveau, être source de productivité. Par ailleurs, il peut être très satisfaisant d'avoir pu gérer des situations difficiles et stressantes. L'impact du stress sur l'individu est lié à plusieurs facteurs (organisationnels, contextuels et individuels). Les approches interactionnistes et transactionnelles du stress, vues précédemment, soulignent le rôle de la dimension dynamique du stress. Les individus ne réagissent pas tous de la même manière face à une situation stressante. La perception du stress varie en fonction des individus et de leur contexte. Il convient donc de concevoir le stress dans l'organisation dans une perspective dynamique où interagissent l'individu et le milieu (Edey Gamassou, 2003). Les agents potentiels de stress n'ont de conséquences négatives pour l'individu « *que s'ils se cumulent et interfèrent avec la personnalité et le système psychique des individus sensibles à leurs effets* » (Edey Gamassou, 2003).

En est-il de même pour les tensions de rôle ? Singh (1998) fait une lecture particulière des tensions de rôle et souligne qu'elles « *ne sont pas systématiquement démotivantes* ». Pour l'auteur, c'est un facteur qui peut être motivant et démotivant selon la situation. Il est alors intéressant d'étudier comment les tensions de rôle peuvent devenir un élément à exploiter

plutôt qu'une menace pour l'individu et son organisation. Dans le cadre de notre recherche, nous souhaitons savoir si les individus, et plus particulièrement les cadres de santé, développent des stratégies d'ajustement face aux tensions de rôle. Par ailleurs, nous souhaitons savoir si l'utilisation de stratégies face aux tensions de rôle permet aux cadres de santé de développer de nouveaux comportements innovants. Les difficultés liées aux conséquences du Nouveau Management Public mis en place à l'hôpital pourraient être l'occasion pour les cadres de santé de développer de nouveaux comportements qui diminueraient ou élimineraient leur stress. 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* ». De la même manière, dans une situation stressante telle que les tensions de rôle, les cadres de santé pourraient tenter de s'adapter en innovant et en adoptant de nouveaux comportements pour faire face à de nouveaux rôles. Ils lutteraient pour conserver, maintenir et protéger leurs ressources (théorie de la conservation des ressources de Hobfoll, 1989).

Quel est donc le rôle à jouer par les tensions de rôle sur le comportement d'innovation au travail ? Dès 1981, Van Shell et al. ont préconisé d'étudier les effets positifs des tensions de rôle qu'ils pensent génératrices de réactivité et d'innovation dans le travail (Commeiras et al., 2003). A ce jour, peu d'études se sont intéressées aux relations entre ces deux concepts. Une étude menée en 2003 auprès des managers de rayon (Commeiras et al., 2003) s'est intéressée à cette relation. Dans un premier temps, les auteurs supposent que « *la transmission d'un message ambiguë peut entraîner une augmentation du degré de liberté quant à l'interprétation du message et permet d'élargir les choix suggérés par ce message* ». Ainsi, l'ambiguïté de rôle (définie par Kahn et al. (1964) comme le degré d'information manquante pour occuper une position dans l'organisation) favoriserait l'innovation dans le travail. Les auteurs supposent aussi que les conflits de rôle chez les personnels frontaliers peuvent susciter la recherche d'innovation. De même pour la surcharge de travail. Pourtant, les résultats de l'étude ne confirment pas ces hypothèses. Ils révèlent que l'ambiguïté de rôle, le conflit de rôle et la surcharge de travail ne peuvent pas être considérés comme des facteurs d'innovation dans le travail. Mais qu'en est-il au sujet des cadres de santé à l'hôpital ? Nous tenterons de l'étudier à travers notre étude empirique, développée dans la seconde partie de cette thèse.

En complément, rappelons que l'innovation ou le comportement innovateur est défini dans la littérature comme « *l'introduction intentionnelle à l'intérieur d'un rôle d'idées nouvelles et utiles, de processus, de produits et de procédures* » (Farr et Ford, 1990). Plus précisément, West et Farr (1990) définissent l'innovation comme « *l'introduction et l'application volontaire, dans un rôle, une équipe de travail ou une organisation, d'idées, de processus, de procédures et de produits nouveaux pour ce rôle, cette équipe de travail ou cette organisation et qui sont bénéfiques au rôle, à l'équipe de travail ou à l'organisation* ». Pour West et Sacramento (2006), l'innovation est « *un changement particulier qui est volontaire, bénéfique et nouveau pour l'unité d'adoption* » (l'individu, l'équipe de travail ou l'organisation). Elle se distingue de la créativité « *par son caractère intentionnel et de par l'application au sein d'un groupe ou d'une organisation de nouvelles idées* » (La Torre, Pohl et Battistelli 2012).

Le modèle de Scott et Bruce (1994) fait actuellement modèle de référence pour de nombreux chercheurs tels que Janssen (2003). Selon ce récent modèle, le comportement d'innovation d'un individu est caractérisé par trois comportements distincts :

– *La génération de l'idée :*

La génération de l'idée fait référence à la production de nouvelles idées, à l'intérieur d'une zone quelconque (Battistelli et Picci, 2008), où « *la perception de problèmes liés au travail, les incohérences, les discontinuités et les tendances émergentes sont souvent une source d'inspiration pour la génération de nouvelles idées* » (Janssen, Van de Vliert et West, 2004). L'apparition de problèmes, d'incohérences ou de zones de discontinuité dans le travail contribuent ainsi à la génération d'idées (Amabile et al., 1996). La génération de l'idée est la phase de l'innovation qui s'apparente le plus à la créativité (La Torre et al., 2012). C'est un processus individuel qui serait lié à l'autonomie. L'individu serait plus créatif en étant autonome (Burkus, 2012 ; Amabile, 1988). Ce postulat mène à penser que la position de cadre favorise la créativité et l'innovation.

– *La promotion de l'idée :*

Une fois les idées produites, l'individu va les promouvoir à des alliés potentiels car leur succès dépend davantage d'un soutien politique que de la production de résultats (Kanter, 1988). Kanter parle de la construction d'une coalition.

– *La réalisation de l'idée :*

Les alliés de la coalition permettent ainsi à l'individu innovateur de réaliser son idée, d'expérimenter et d'appliquer l'innovation dans son rôle, dans son groupe et dans son organisation (Battistelli et Picci, 2008).

La revue de littérature que nous avons menée sur le comportement innovant et l'innovation au travail nous éclaire et confirme l'intérêt que suscite ce sujet dans le contexte organisationnel. En ce qui nous concerne, nous nous intéressons davantage à l'innovation spontanée que les individus peuvent développer en situation de tensions de rôle liées au Nouveau Management Public. En cela, nous nous intéressons aux innovations individuelles développées en réponse à un nouvel environnement de travail stressant. Pour rejoindre Bunce et West (1994), l'innovation individuelle serait-elle une stratégie d'ajustement pour réduire les situations de stress ? Est-elle une cause ou une conséquence de ces situations ? La question reste posée.

Conclusion de la Section 1

La première section de ce chapitre nous a permis de réaliser une revue de littérature sur les tensions de rôle qui sont au cœur de notre recherche. Avant d'étudier ce phénomène de manière empirique, nous avons tenté de clarifier ce concept si récurrent dans la littérature (gestionnaire et autre). Cette revue de littérature révèle que les tensions de rôle sont très complexes. Tout d'abord car il existe une grande diversité de tensions de rôle (conflits de rôle, ambiguïtés de rôle, surcharge de travail) qu'il est important de distinguer pour mieux les comprendre. Ensuite, parce que les tensions de rôles sont les antécédents de nombreuses conséquences (stress, intention de quitter, performance et implication altérées, absentéisme...) pour la plupart négatives pour l'individu et son organisation. Cette revue de littérature soulève aussi les positions divergentes autour de ce concept. Certains aspects restent à éclaircir. Les uns concernent les différentes dimensions du concept. Les autres concernent les facteurs personnels, relationnels et organisationnels positionnés tantôt comme des déterminants, tantôt comme des modérateurs des tensions de rôle. Notre étude a pour objectif d'apporter quelques précisions à ces sujets.

Cette section a aussi permis d'approfondir certaines conséquences des tensions de rôle qui semblent importantes dans le cadre d'une recherche menée en sciences de gestion. En effet, le stress professionnel ou l'intention de quitter sont des priorités que le gestionnaire doit considérer pour améliorer le fonctionnement des organisations en général et de l'hôpital en particulier. Nous avons évoqué le concept du comportement innovant au travail, qui pourrait avoir un lien avec les tensions de rôle et qui pourrait être une conséquence positive de celles-ci. Une revue de littérature à ce sujet nous a amenés à nous intéresser au rôle à jouer des tensions de rôle sur le comportement innovant des cadres de santé à l'hôpital. Pour rejoindre Nicholson et West (1988), qui définissent l'innovation de rôle comme le « *modelage du rôle pour satisfaire les exigences de l'individu* », les cadres de santé pourraient adapter leurs rôles. Plus précisément, conformément à la théorie des transitions de rôle de Nicholson (1984) selon laquelle l'individu interagit avec son environnement pour ajuster son rôle, le cadre de santé pourrait modifier son comportement. Face à de potentielles tensions de rôle, les cadres de santé pourraient développer des stratégies pour gérer le stress qu'elles entraînent. L'utilisation de telles stratégies serait-elle alors une opportunité pour développer de nouveaux comportements bénéfiques à l'individu et à son organisation ? L'expérience des tensions de rôle par les cadres de santé à l'hôpital public serait-elle à l'origine d'un apprentissage et d'une pratique de nouvelles compétences bénéfiques à l'hôpital en pleine mutation ? Telles ont les questions qui émergent suite à cette revue de littérature et auxquelles nous tenterons de répondre à travers une étude empirique développée dans la deuxième partie de cette thèse.

Section 2 : Les stratégies d'ajustement utilisées pour faire face aux tensions de rôle et à leurs conséquences

Dans cette section, nous nous appuyerons sur les théories des ressources pour étudier la gestion du stress et des tensions de rôle. Par ailleurs, nous étudierons les ressources et les stratégies d'ajustement déployées par les individus, et particulièrement les personnels frontaliers, pour gérer les tensions de rôle et les situations stressantes au vu de la littérature. Avant cela, pour plus de clarté, nous tenterons de définir le concept des stratégies d'ajustement.

1 DEFINITION ET EVOLUTION DE LA NOTION DE *COPING* (OU STRATEGIES D'AJUSTEMENT)

Les stratégies d'ajustement sont des stratégies cognitives et comportementales définies sous le terme de « *coping*⁵² » par Lazarus et Folkman⁵³ en 1984. Le *coping* est un concept relativement récent qui est devenu extrêmement populaire depuis les années soixante-quinze dans les pays anglo-saxons (Bruchon-Schweitzer, 2001). Il n'a commencé à être popularisé en France qu'à partir des années quatre-vingt-dix. Depuis, une littérature abondante s'est développée sur le sujet.

Le *coping* a tout d'abord été assimilé à une réponse comportementale acquise face à une menace vitale, en référence au modèle animal. Dans cette optique, le critère essentiel du *coping* réussi chez l'animal était la survie (Dantzer, 1989). Puis, le *coping* a été apparenté aux défenses du *Moi* développées à la fin du XIXème siècle par la psychanalyse (opérations cognitives inconscientes pour diminuer ou supprimer tout ce qui peut susciter le développement de l'angoisse), en référence au modèle de la psychologie du *Moi* (Paulhan, 1992). Les **mécanismes de défense** sont décrits dans les premiers textes de Sigmund Freud comme des mécanismes utilisés par les individus pour détourner, déformer ou déguiser des affects et pensées inacceptables. Dans « *Le Moi et les mécanismes de défense* » (1936), Anna Freud reprend les écrits de son père et définit la défense « *comme une activité du Moi destinée*

⁵² *Coping* : terme anglais traduit dans la littérature française par le terme de « stratégie d'ajustement », et admis dans le vocabulaire français depuis 1999, (Bruchon-Schweitzer, 2001).

⁵³ Rappelons que les travaux de Folkman (1984) appréhendent le stress (y compris les facteurs de stress en l'occurrence les tensions de rôle) comme une relation continue et réciproque entre la personne et son environnement (cf. la théorie cognitive du stress).

à protéger le sujet contre une trop grande exigence pulsionnelle ». Leurs idées font écho en sciences sociales et à partir des années soixante et soixante dix, les recherches dédiées aux mécanismes de défense commencent à utiliser le terme de *coping*. Le critère essentiel du *coping* réussi est ici la qualité du processus et du devenir psychologique. En 1992, Paulhan précise que ces approches tiennent compte de la réduction de la tension mais n'incluent pas les fonctions de régulation émotionnelle et de résolution du problème.

Entre 1960 et 1980, il y eut des confusions entre *coping* et défense (Bruchon-Schweitzer, 2001). Pour exemple, en 1977, Vaillant identifie le déni, l'isolation ou encore l'intellectualisation comme processus cognitifs visant à diminuer le stress d'un événement identifié. En 1979, Greer et Morris et Pettingale décrivent quatre types d'attitudes (déni, esprit combatif, stoïcisme et impuissance-désespoir) chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. Puis, certains auteurs ont progressivement tenté de différencier les processus de défense et de *coping*. Dans son modèle, Haan (1977) distingue les mécanismes de défense (involontaires et rigides), les mécanismes de *coping* (flexibles, délibérés et ouverts aux choix) et un type de défaillance du Moi. Plus tard, Cramer (1998, 2000) différencie les défenses et le *coping* selon cinq dimensions :

- *Les défenses sont des processus inconscients tandis que le coping est un processus conscient,*
- *Les stratégies de coping « se réfèrent à des tentatives intentionnelles cognitives ou comportementales de l'individu » alors que les défenses fonctionnent sans conscience de l'individu,*
- *Les défenses peuvent être hiérarchisées tandis que le coping ne relève pas d'une approche hiérarchique,*
- *Les défenses sont dispositionnelles et le coping est situationnel,*
- *Les défenses sont plus associées à la pathologie que le coping.*

Dans la même lignée, d'autres auteurs ont étudié les relations entre ces deux concepts (Grebott et al., 2006 ; Callahan et Chabrol, 2004 ; Hersoung et al., 2002 ; Plutchik, 1995 ; Erickson et al., 1997 ;) mais elles restent encore rares.

Dans la littérature, le concept de *coping* est aussi lié aux théories relatives à l'**adaptation** et à l'évolution des espèces. En effet, pour certains auteurs, le *coping* et le stress font partie des processus d'adaptation aux difficultés de la vie (Bruchon-Schweitzer, 2001). L'adaptation est un concept très large qui inclut tous les modes de réaction des organismes vivants interagissant avec les conditions changeantes de l'environnement, au contraire du *coping* qui est plus spécifique et qui ne concerne que les réactions à des variations de l'environnement évaluées comme menaçantes (ou stressantes) (Bruchon-Schweitzer, 2001). De plus, l'automatisme des réactions d'adaptation ne se retrouve pas dans le processus de *coping*, qui met en jeu des efforts cognitifs et comportementaux conscients, changeants et parfois nouveaux pour l'individu et pour l'espèce (Bruchon-Schweitzer, 2001). La notion d'adaptation étant jugée comme trop normative et finaliste, nous préférons parler d'ajustement et par conséquent de stratégies d'ajustement.

Une autre approche du *coping* se distingue des mécanismes de défense et des processus d'adaptation précédemment cités, celle de Lazarus et Folkman (1984) déjà évoquée dans la première section de ce chapitre : l'**approche transactionnelle**. En 1978, Lazarus et Launier définissent le *coping* comme « *l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique* ». Plus tard, Lazarus et Folkman (1984) le définissent comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* ». Selon cette approche transactionnelle, le stress et le *coping* apparaissent comme des processus qui impliquent des actions réciproques entre l'individu et son environnement, « *l'individu pouvant modifier - et être modifié par - la situation* » (Bruchon-Schweitzer, 2001). De même, selon Steptoe (1991), « *les réponses déployées par l'individu pour faire face à des situations stressantes peuvent être de nature totalement cognitive ou affective (par exemple, transformer dans l'imaginaire une situation dangereuse en une occasion de profit personnel) ou revêtir des formes de comportements plus directs (par exemple, affronter ouvertement le problème, adopter une conduite d'évitement)* ». Ce sont donc des stratégies mises en place par l'individu afin de réduire, supporter ou maîtriser des situations évaluées comme stressantes.

En référence à la théorie cognitive du stress (Lazarus et Folkman, 1984) qui le lie à la transaction entre l'individu et l'environnement, « *les stresseurs passeraient à travers une série de « filtres » qui auraient pour fonction de modifier l'événement stressant et donc d'amplifier ou de diminuer la réaction de stress* » (Paulhan, 1992). Paulhan identifie ainsi trois types de filtres régulant la relation entre l'événement stressant et la détresse émotionnelle qu'il engendre :

- *La perception du stresser est influencée par les expériences antérieures avec les stressers similaires, le soutien social et la religion,*
- *Les mécanismes de défense du moi (déli, répression...) qui agissent inconsciemment,*
- *Les efforts conscients : mise en place de plans d'action, recours à diverses techniques (relaxation, exercice physique, médication...).*

De même, Folkman et Lazarus (1988) identifient **l'évaluation** et le *coping* comme deux processus qui médiatisent la relation entre l'environnement et l'individu. L'évaluation est le processus cognitif qui permet à l'individu d'évaluer comment une situation particulière peut mettre en danger son bien-être et quelles sont les ressources de *coping* dont il dispose pour y faire face. Lazarus et Folkman (1984) distinguent deux formes d'évaluations pour définir le potentiel stressant d'une situation et les ressources de *coping* que l'individu peut mobiliser :

- *L'évaluation primaire :*

En premier lieu, l'individu évalue la menace potentielle d'une situation qu'il juge pertinente ou non pour lui. Si la situation est non pertinente, il n'y a pas de stress. Si elle représente un enjeu pour lui, elle est pertinente. Trois types d'évaluations stressantes sont alors possibles : la situation peut représenter une **perte** corporelle, relationnelle ou matérielle (l'émotion associée est alors négative), une **menace** (éventualité de perte) ou un **déli** (l'émotion associée est alors positive).

- *L'évaluation secondaire :*

Ensuite, l'individu évalue les ressources dont il dispose pour faire face à la situation (contrôle perçu), c'est-à-dire, pour remédier à la perte, prévenir la menace ou obtenir le bénéfice du défi. Dès lors, l'individu envisage, compare et sélectionne différentes options de *coping* (fuite,

acceptation, évitement, plan d'action...). Cette évaluation va orienter les stratégies d'ajustement qui seront utilisées pour faire face à la situation.

Selon Folkman et Lazarus (1988), les processus d'évaluation peuvent être influencés par des **caractéristiques personnelles** et des **variables environnementales**. Ce qui explique pourquoi les individus ne réagissent pas de la même façon face à un événement. Les auteurs assimilent les caractéristiques personnelles aux croyances, à l'endurance (« *hardiness* ») et à l'anxiété-trait (propension à l'anxiété). Ils assimilent les variables environnementales aux caractéristiques de la situation et au soutien social. Les facteurs contextuels influencent le choix des stratégies de *coping* pour faire face à la situation.

Par ailleurs, Edwards (1992) définit les stratégies d'ajustement comme des « *efforts pour prévenir ou réduire les effets négatifs du stress sur le bien-être* ». Premièrement, le stress peut activer directement le *coping* en anticipation de son effet négatif potentiel sur le bien-être. Deuxièmement, le stress peut activer le *coping* indirectement, après que le bien-être soit endommagé. Le *coping* est une tentative de réduction du stress et d'amélioration du bien-être. Selon Edwards (1992), le *coping* influence le stress en altérant les perceptions, les désirs et l'importance constituant la discordance, et en améliorant le bien-être directement.

Pour certains auteurs, les déterminants du *coping* sont dispositionnels (caractéristiques cognitives et conatives de l'individu); pour d'autres, ils sont situationnels (nature du problème, contrôlabilité...) (Bruchon-Schweitzer, 2001).

- *Les déterminants dispositionnels du coping :*

Selon Costa, Somerfield et Mc Crae (1996), il existerait des styles de *coping* propres à chaque individu. L'évaluation de la situation, primaire et secondaire, serait alors influencée par les antécédents psychosociaux de l'individu. Ces antécédents sont pour l'essentiel de deux types : **les déterminants cognitifs** et **les déterminants conatifs**.

- *Les déterminants cognitifs :*

On retrouve ici les **croyances**, identifiées par Lazarus et Folkman comme caractéristiques personnelles influençant le processus d'évaluation, mais aussi les **motivations générales** (valeurs, intérêts...), le **lieu de contrôle** (cause interne ou externe à l'individu), ou encore **l'optimisme**.

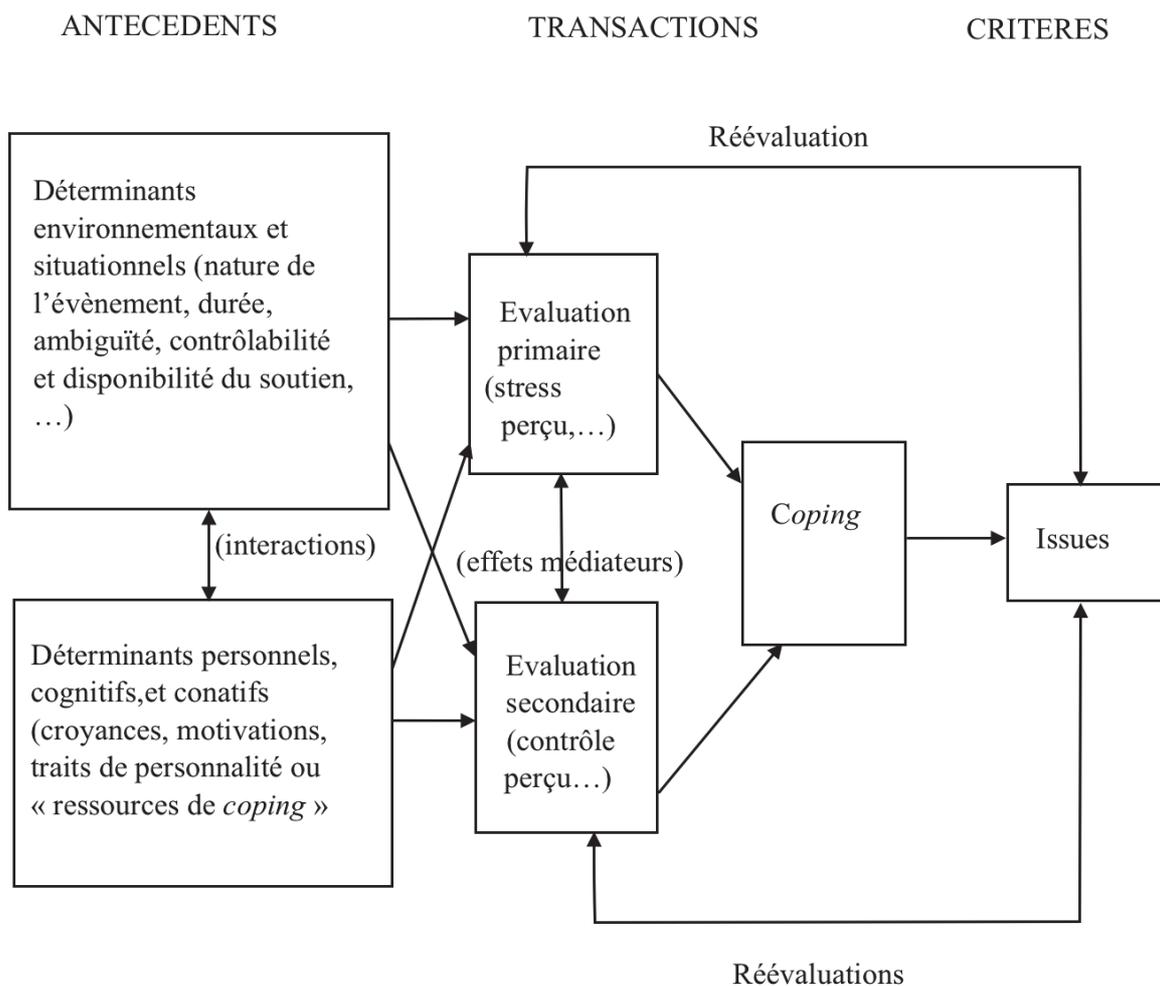
– *Les déterminants conatifs :*

On trouve ici des dispositions personnelles telles que **l'endurance** (Kobasa, Maddi et Kahn , 1982), identifiée par Lazarus et Folkman comme caractéristique personnelle influençant le processus d'évaluation, ou encore **l'anxiété**, le **névrosisme**, la **dépression**, **l'hostilité**, la **résilience**, le **sens de la cohérence**, le fait d'être **agréable** ou **conscientieux**.

• *Les déterminants situationnels du coping :*

L'évaluation de la situation peut être influencée par la **nature de la menace**, **l'imminence**, la **durée**, **l'ambiguïté**, la **contrôlabilité** du stressueur, la **disponibilité** ou encore par la **qualité du soutien social**. Les déterminants du *coping* sont regroupés dans la figure 6 qui illustre les étapes et les déterminants du processus de *coping*.

Figure 6 : Le processus de *Coping* (Bruchon-Schweitzer, 2001)



Enfin, pour terminer sur la notion de *coping*, une nouvelle tendance dans la littérature consiste à percevoir le *coping* non seulement comme une réaction face au stress mais aussi comme une manière de le prévenir (Greenglass, 2002). Les formes traditionnelles du *coping* l'envisagent comme une réaction *a posteriori* (*coping* réactif). En revanche, le *coping* proactif (« *proactive coping* ») envisage le *coping* comme une manière positive de percevoir les situations difficiles. Dans ce cas, l'individu anticipe et perçoit ces situations comme des défis (Greenglass, 2002). Selon Aspinwall et Taylor (1997), le *coping* proactif est un processus d'anticipation des stressors potentiels qui permet de prévenir ou de réduire leurs effets négatifs. Schwarzer et Taubert (2002) définissent le *coping* proactif comme « *an effort to build up general resources that facilitate promotion toward challenging goals and personal growth* ». D'après l'étude de Ouwehand, Ridder et Bensing (2008), le *coping* proactif dépendrait de différents facteurs tels que le niveau d'éducation, l'orientation vers le futur ou les objectifs. Cette nouvelle approche du stress rejoint celle en termes de ressources de Hobfoll (1989) ou de Bakker et Demerouti (2007) que nous allons développer dans la prochaine sous-section.

2 LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT ET LES THEORIES DES RESSOURCES MOBILISEES

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 mobilise des ressources. Cette approche par les ressources rejoint la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll (1989) (« *Conservation Of Resources (COR) theory* », ou plus récemment le modèle « *Job Demands-Resources* » (Bakker et Demerouti, 2007 ; Demerouti et al., 2001).

2.1 La théorie de la conservation des ressources (« *COR theory* ») de Hobfoll (1989)

La théorie de la conservation des ressources (ou « *COR theory* ») d'Hobfoll (1989) 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. La COR theory met l'accent sur les ressources dont dispose l'individu pour faire face aux exigences des situations de travail. Selon cette perspective, ce dernier va rechercher des solutions pour faire face à ces situations en mobilisant ses ressources. Les ressources investies vont ainsi permettre de résister au stress et de mettre en place des stratégies d'ajustement au stress (Safy, 2011 ; Brunel et Grima, 2010). Hobfoll (1989) propose une définition du stress directement liée à cette théorie : « *Psychological stress is defined as a reaction to environment in which there is the threat of a net loss of resources, the net loss of resources, or a lack of resources gain following the investment of resources* ». Ainsi, le stress est expérimenté lorsque l'individu doit faire face à des situations où la perte des ressources est significative ou quand il perçoit la menace d'une perte de celles-ci. Il en est de même lorsque l'individu investit des ressources pour les augmenter et que les gains ne sont pas à la hauteur de ses espérances.

Les stratégies de *coping* mises en place par l'individu sont réactives mais surtout proactives « *individuals not only do not necessarily wait for stress and tragedy occur, but actively set about positioning themselves and their resources in an advantageous position* » (Hobfoll, 2001). Cette théorie décrit un processus actif durant lequel les individus luttent pour conserver, maintenir et protéger leurs ressources (Hobfoll, 1989). Hobfoll identifie ainsi 74 ressources différentes et relatives aux situations de stress pour un individu. Parmi ces ressources, on distingue les **ressources matérielles** (logement, voiture, vêtements, nourriture, stabilité financière...), les **ressources interpersonnelles** (en relation avec la famille et les amis), les **ressources professionnelles** (emploi stable, soutien des collègues...), les **ressources personnelles** (estime de soi, maîtrise de soi et bien-être) et les **ressources énergétiques** (santé, rémunération, temps...). Selon Hobfoll, toutes ces ressources se regroupent en quatre catégories : les objets (« *object resources* »), les conditions (« *condition resources* »), les caractéristiques personnelles (« *personal characteristic resources* ») et les énergies (« *energy resources* »). L'individu utilise ces ressources en tant que telles ou bien pour protéger et conserver d'autres ressources. Grâce à elles, il maintient un certain équilibre de son bien-être pour faire face aux exigences de son environnement.

Cette approche met en avant la dualité des gains et des pertes de ressources avec un **premier principe** reposant sur la primauté de la perte par rapport au gain effectif (« *primacy of resource loss* »). « *La perte de ressources est disproportionnellement plus importante que le*

gain de ressources » (Hobfoll, 2001). Par conséquent, l'individu va tout mettre en œuvre pour protéger et faire prospérer les ressources qu'il a en sa possession. Par ailleurs, le gain de ressources est perçu comme une contrepartie d'un investissement préalable. Cette théorie repose sur un **deuxième principe** qui est celui de l'investissement des ressources (« **resource investment** »). « *Les individus doivent investir des ressources dans le but de se protéger contre les pertes de ressources, de se relever des pertes et de gagner de nouvelles ressources* » (Hobfoll, 2001). De ce fait, l'investissement de ressources peut aider à gérer le stress. Ce deuxième principe révèle la nécessité du caractère proactif de l'individu qui doit saisir toute opportunité de gain. En complément, Hobfoll (2001, 2011) définit les « caravanes de ressources » (« *resource caravans* ») comme des groupes ou des réservoirs de ressources. A ce sujet, il développe le concept des « couloirs de caravanes » (« *Caravan passageways* ») qui « *sont les conditions environnementales qui favorisent, enrichissent et protègent les individus, les familles et les organisations, ou qui portent atteinte et appauvrissent les réservoirs de ressources des individus* »⁵⁴.

Quatre corollaires sont développés en conséquence à ces deux principes. Un **premier corollaire** stipule que « *les individus qui ont le plus de ressources sont les moins vulnérables à la perte de ressources et les plus aptes à en gagner. Inversement, ceux qui ont le moins de ressources sont les plus vulnérables à la perte de ressources et les moins aptes à en gagner* » (Hobfoll, 2001). Ce corollaire explique la différence entre les individus qui ont beaucoup de ressources et qui en investissent d'autant plus et ceux qui en ont moins et pour qui l'impact d'une perte est plus significatif. L'exemple de l'assurance illustre ce corollaire. Les individus qui sont assurés ont moins de risques de perdre leur voiture suite à un accident. Par ailleurs, les individus sans assurance peuvent laisser leur voiture au garage et ne pas profiter d'autres gains provenant de son utilisation pour le transport. De même, les personnes qui manquent de soutien social sont plus susceptibles d'être affectées par des circonstances stressantes. Par exemple, en l'absence de personnes à qui se confier, toute la charge émotionnelle leur incombe (Hobfoll et Shirom, 1993).

Un **deuxième corollaire** précise qu' « *une perte initiale engendre une perte future pour ceux qui manquent de ressources et qui sont vulnérables face à la perte de ressources* » (Hobfoll,

⁵⁴ Traduction personnelle de « *Caravan passageways are the environmental conditions that support, foster, enrich, and protect the resources of individuals, families, and organizations, or that detract, undermine, obstruct, or impoverish people's resources reservoirs* » dans The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping, publié par Folkman S. (2010).

2001). Ce corollaire souligne qu'un manque de ressources affecte et favorise des pertes de ressources successives. Hobfoll parle alors de spirales de perte (« *loss spirals* »). Inversement, un **troisième corollaire** stipule que ceux qui possèdent des ressources sont davantage capables d'en gagner et qu'un gain en engendre d'autres (« *gain spirals* »). Cependant, la perte étant considérée comme plus importante que le gain, les spirales de perte (« *loss spirals* ») seront accélérées et auront plus d'impact que les spirales de gain. En effet, les événements stressants ne se produisent pas seuls. Par exemple, les personnes qui divorcent doivent aussi souvent faire face à la perte de contact avec leurs enfants, à la perte de leur maison ou des amis du couple (Hobfoll et Shirom, 1993).

Enfin, un **quatrième et dernier corollaire** explique que les individus qui possèdent de nombreuses ressources sont plus susceptibles de saisir des opportunités en risquant des ressources pour en gagner d'autres. En revanche, ceux qui manquent de ressources vont probablement adopter une posture défensive pour conserver leurs ressources et éviter de les perdre. Par exemple, un employé qui a confiance en l'approbation de son patron est plus susceptible de suggérer de nouvelles idées dans le but d'améliorer la productivité ou de mieux faire quelque chose. En revanche, un employé qui manque de confiance en l'approbation de son patron limite la suggestion de nouvelles idées (Hobfoll et Shirom, 1993).

Différents travaux de recherche se sont intéressés à cette théorie, notamment pour étudier l'épuisement professionnel (« *burnout* »), déjà abordé dans la précédente section de ce chapitre (Carrier-Vernhet, 2012 ; Sassi, 2011 ; Shirom et Melamed, 2006). Au travail, l'individu doit répondre à des exigences qui ont souvent pour conséquence un épuisement lent des ressources (Hobfoll et Shirom, 1993). Cet épuisement lent des ressources conduit progressivement à l'épuisement professionnel (Hobfoll et Freedy, 1993). Le *burnout* correspond à la dernière étape de ce long processus d'épuisement des ressources renforcé par un système qui place l'individu dans l'illusion d'une situation saine (Carrier-Vernhet, 2012).

Par ailleurs, la « *COR theory* » a aussi été mobilisée pour étudier les conflits de rôle travail/famille (Halbesleben, Harvey et Bolino, 2009 ; Grandey et Cropanzano, 1999) et le rôle du soutien social (Halbesleben, 2006). Par exemple, selon certains auteurs (Hobfoll, 1989 ; Marks, 1977), les individus peuvent devenir plus impliqués dans leur vie professionnelle lorsqu'ils ont des ressources personnelles. Plus récemment, l'étude de Butler,

Grzywacz, Bass et Linney (2005) suppose que les exigences subies dans le travail sont liées au conflit travail/famille quand l'individu dispose de peu de contrôle et de compétences dans son emploi. Voyandoff (2004), quant à lui, a démontré que les exigences tendent à prédire du conflit travail-famille, mais que les ressources tendent, en revanche, à encourager le processus de conciliation travail-famille.

2.2 Le modèle « *Job Demands – Resources Model* » de Demerouti et al. (2001)

Dans le prolongement de la « *COR theory* », d'autres auteurs (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti et Schaufeli, 2009 ; Schaufeli, Bakker et Van Rhenen, 2009 ; Bakker et Demerouti, 2007 ; Bakker, Demerouti et Euwema, 2005 ; Demerouti et al., 2001) ont proposé le modèle « *Job Demands – Resources (JD-R)* ». A travers ce modèle, les auteurs stipulent que le stress professionnel ou le *burnout* serait lié à deux types de facteurs : les exigences (« *demands* ») et les ressources (« *resources* ») de l'emploi (Demerouti et al, 2001). Par ailleurs, selon ce modèle, le stress professionnel ou le *burnout* se développerait, quelque soient l'emploi et le poste, quand certaines exigences de l'emploi sont élevées et quand certaines ressources de l'emploi sont limitées (Demerouti et al, 2001).

Les exigences de l'emploi (« *Job Demands* ») correspondent « *aux aspects physiques, psychologiques, sociaux et organisationnels de l'emploi qui requièrent des compétences ou un effort physique et/ou psychologique (cognitif et émotionnel) soutenu associés à certains coûts physiologiques et/ou psychologiques* »⁵⁵ (Bakker et Demerouti, 2007). Les ressources de l'emploi (« *Job Resources* ») correspondent « *aux aspects physiques, psychologiques, sociaux et organisationnels de l'emploi qui soit/et, sont fonctionnels dans la réalisation des objectifs de travail, soit/et, réduisent les exigences de l'emploi et les coûts physiologiques et psychologiques qui y sont associés, soit/et, stimulent le développement et l'apprentissage personnel* »⁵⁶ (Bakker et Demerouti, 2007). En 2014, Schaufeli et Taris listent différentes exigences et ressources qui illustrent les deux variables du modèle JD-R. Par exemple, concernant les exigences de l'emploi, on retrouve les tensions de rôle que nous étudions : l'ambiguïté de rôle, le conflit de rôle, la surcharge de travail ou le conflit travail-famille.

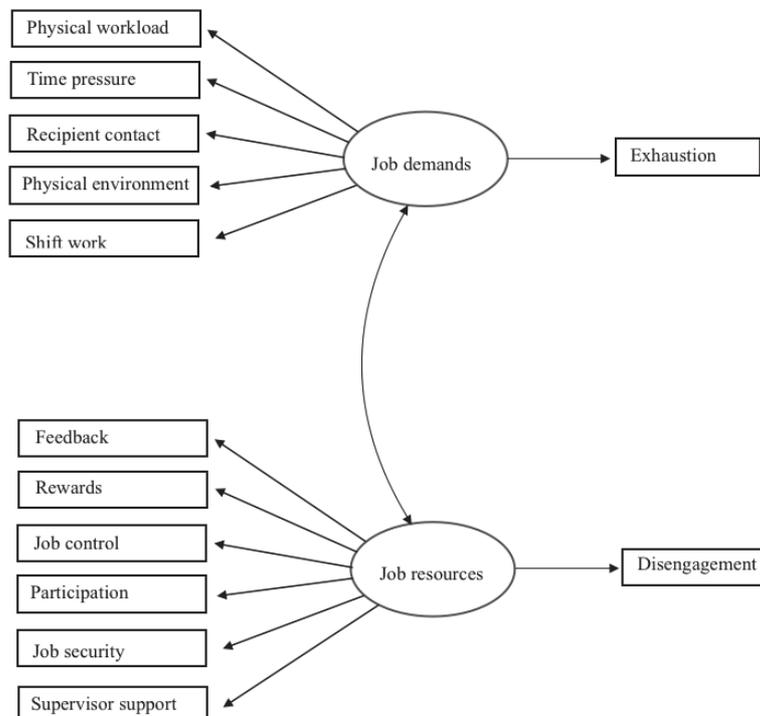
⁵⁵ Traduction personnelle de “...*those physical, psychological, social, or organizational aspects of the job that require sustained physical and/or psychological (cognitive and emotional) effort or skills and are therefore associated with certain physiological and/or psychological costs*”.

⁵⁶ Traduction personnelle de “...*those physical, psychological, social, or organizational aspects of the job that are either/or: functional in achieving work goals; reduce job demands and the associated physiological and psychological costs; and stimulate personal growth, learning, and development*”.

Concernant les ressources de l'emploi, on retrouve : le soutien des collègues, le soutien du supérieur hiérarchique, l'autonomie ou la planification stratégique.

Une première étude réalisée en Allemagne permet à Demerouti et ses collègues (2001) de présenter et de valider leur premier modèle JD-R (Figure 7). Selon ce modèle, le *burnout* survient suite au développement conjoint d'un épuisement et d'un désengagement chez un même individu. Ce modèle intègre deux types de processus de développement du *burnout*. Dans le premier processus, les exigences excessives de l'emploi mènent à un épuisement. Dans le second processus, le manque de ressources entraîne à un comportement de retrait et de désengagement professionnel. L'enquête menée auprès d'employés de différents secteurs (enseignants, infirmières, ouvriers de l'industrie ou du transport) étudie, d'une part, les exigences de l'emploi (exemples : surcharge de travail, pression du temps, conciliation vie privée/vie professionnelle) et d'autre part, les ressources de l'emploi (exemples : récompenses, participation au processus de décision, soutien de la hiérarchie).

Figure 7 : Le modèle "Job Demands-Resources" (Demerouti et al., 2001)



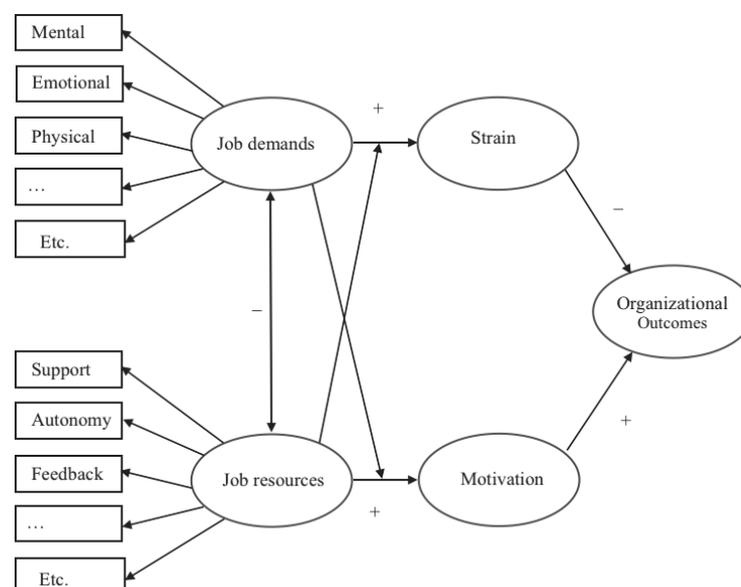
Par ailleurs, le modèle JD-R stipule que « *les ressources de l'emploi peuvent atténuer l'impact des exigences de l'emploi sur les réactions de stress incluant le burnout* » (Bakker et al. 2003). Les auteurs s'appuient sur le modèle « *demands-control* » de Karasek (1979) et l'enrichissent en précisant que, selon les caractéristiques de l'emploi, certaines ressources peuvent jouer un rôle de tampon (« *buffer* ») sur certaines exigences de l'emploi. De même que le modèle « *demands-control* » de Karasek qui stipule que le degré de contrôle atténue l'impact de la surcharge de travail sur le stress professionnel, le modèle JD-R stipule que, de manière plus générale, de « *nombreux types d'exigences et de ressources de l'emploi peuvent interagir pour prédire le stress professionnel* » (Bakker et al., 2005). Bakker et ses collègues s'appuient aussi sur Kahn et Byosièrè (1992) qui affirment que les conditions de travail et les caractéristiques individuelles peuvent atténuer les effets des déterminants du stress. A ce sujet, les auteurs soulignent le rôle important du soutien social dans la diminution du stress professionnel. Ils font aussi référence à d'autres variables/ressources telles que le feedback (face à l'ambiguïté de rôle), l'information de la hiérarchie ou encore l'autonomie (Bakker et al., 2005).

Une étude réalisée en 2005 permet à Bakker et ses collègues d'affiner leur premier modèle. L'étude démontre que plusieurs ressources de l'emploi (soutien social, qualité de relation avec le supérieur hiérarchique, autonomie et retour sur la performance) jouent un rôle sur l'impact des exigences de l'emploi sur le *burnout* (Bakker et al., 2005). Les résultats de l'étude révèlent que ces ressources peuvent compenser l'influence négative de certaines exigences (surcharge de travail, exigences physiques et émotionnelles, conflit travail-famille) sur le *burnout*. Plus précisément, toutes les ressources étudiées atténuent l'impact de la surcharge de travail sur l'épuisement, et trois ressources sur quatre atténuent le lien positif entre le conflit travail-famille et l'épuisement. Les résultats confirment l'hypothèse centrale de l'étude. Le niveau d'épuisement et de cynisme est particulièrement élevé quand les exigences de l'emploi (surcharge de travail, exigences émotionnelles, conditions de travail défavorables et conflit travail-famille) sont élevées et quand les ressources de l'emploi (autonomie, soutien social, bonnes relations avec le supérieur hiérarchique, et retour sur la performance) manquent (Bakker et al., 2005). En revanche, les exigences de l'emploi ont un impact plus faible voire aucun impact sur le *burnout* quand les ressources sont disponibles (Bakker et al., 2005).

Bakker et ses collègues postulent que les ressources ne sont pas uniquement nécessaires pour faire face aux exigences de l'emploi. Les ressources à disposition de l'individu sont aussi une source de motivation et d'engagement. A ce sujet, les auteurs rejoignent la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll qui stipule que l'individu est motivé par le maintien et l'accumulation de ses ressources (Bakker et Demerouti, 2007). Le stress peut être engendré par les exigences de l'emploi mais aussi par la perte potentielle ou effective de ressources. Ils soulignent ainsi, les effets corollaires de la COR theory (« cycle de perte » et « cycle de gain » des ressources) (Bakker et Demerouti, 2007).

En 2004, Schaufeli et Bakker présentent et valident une version revisitée du premier modèle JD-R. Ce nouveau modèle inclut l'engagement au travail et le positionne comme variable médiatrice entre les ressources de l'emploi et l'intention de turnover. De même, il positionne le *burnout* comme variable médiatrice entre les exigences de l'emploi et les problèmes de santé. Ce modèle revisité est repris en 2007 par Bakker et Demerouti lors d'un état de l'art sur le JD-R (Figure 8). Ce modèle tout comme le premier établit un lien d'interaction entre les exigences et les ressources de l'emploi. Ce lien explique le rôle de « tampon » (« *buffer* ») que peuvent jouer les ressources dans le développement du stress lié aux exigences de l'emploi. Ce modèle intègre les résultats organisationnels (« *organizational outcomes* ») engendrés par le stress et la motivation, qui peuvent être négatifs (intention de turnover, absentéisme, dépression...) ou positifs (comportement innovant, bonheur, satisfaction...) Schaufeli et Taris (2014).

Figure 8 : Le modèle JD-R (Bakker et Demerouti, 2007)



Cette approche par les ressources rejoint l'approche transactionnelle du stress (déjà évoquée précédemment) où la transaction entre la personne et la situation détermine les processus cognitivo-émotionnels du stress (stress perçu). Suite aux phases d'évaluation du stress, l'individu investit des ressources qu'il a à sa disposition et met en place des stratégies d'ajustement afin d'améliorer son bien-être. Le modèle JD-R nous semble être pertinent pour étudier les réactions des individus en situation de tension de rôle. Selon ce cadre théorique, l'individu peut mobiliser les ressources qu'il possède pour limiter l'impact des tensions de rôle en termes de stress. Plus précisément, les ressources de l'individu peuvent être utilisées telles quelles (exemples : utiliser le soutien des collègues pour faire face à la surcharge de travail, utiliser le support du conjoint pour concilier la vie privée et la vie professionnelle) ou servir au développement de stratégies d'ajustement (exemples : utiliser son sens de l'organisation pour planifier son activité et faire face à la surcharge de travail, utiliser son temps libre pour faire des activités de distraction) pour gérer la situation de tension de rôle et le stress qu'elle engendre.

Par conséquent, nous choisissons de mobiliser ce modèle pour expliquer comment les cadres de santé gèrent les situations de tensions de rôle. En effet, nous nous intéresserons aux différentes ressources que les cadres de santé utilisent pour faire face aux tensions de rôle et au stress qu'elles engendrent. Plus particulièrement, nous étudierons les stratégies d'ajustement que ces ressources représentent ou permettent. Cette approche « positive » du stress nous permettra d'étudier la pro activité du cadre de santé dans sa manière de gérer le stress professionnel. Elle permettra de pointer les stratégies de *coping* actif mises en place pour affronter la réalité stressante et favoriser le bien-être. De cette manière, nous ciblerons les actions menées et les ressources investies par les cadres de santé pour gérer une situation stressante (telle que la tension de rôle) et favoriser un bien-être au quotidien.

3 LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT UTILISEES FACE AU STRESS

Dans la littérature, on trouve une gamme très étendue de stratégies d'ajustement utilisées pour faire face à des situations stressantes (Bruchon-Schweitzer, 2001). La disparité des stratégies observées s'explique en partie par la grande variété des situations étudiées (maladie, stress

professionnel...). Nous allons tenter de faire un état de l'art sur ces différentes catégories de stratégies identifiées.

3.1 Classifications des stratégies d'ajustement

La littérature rassemble différentes stratégies de *coping* générales décrites par les uns et par les autres. Ces stratégies générales ont fait l'objet de différentes recherches. Lazarus et Folkman (1984) ont pour leur part identifié deux types de stratégies : celles centrées sur la résolution du problème (« **problem focused coping** ») et celles centrées sur les émotions (« **emotion focused coping** »).

- *Les stratégies centrées sur le problème :*

Les stratégies centrées sur le problème visent à réduire les exigences de la situation stressante et à augmenter les ressources de l'individu pour mieux y faire face (Bruchon-Schweitzer, 2001). Elles correspondent à des réponses cognitives (exemple : élaborer des plans d'action), ou à des réponses comportementales (exemple : affronter la situation) (Laugaa et Bruchon-Schweitzer, 2005). Lazarus et Folkman (1984) décomposent ce type de stratégies en deux stratégies différentes : la résolution du problème (recherche d'information, planification) et l'affrontement de la situation (actions). Ces stratégies de type proactif (« *proactive coping* ») permettent de réduire le stress aigu et chronique (Crant, 2000 ; Aspinwall et Taylor, 1997).

- *Les stratégies centrées sur les émotions :*

Les stratégies centrées sur les émotions visent à gérer la tension émotionnelle de l'individu engendrée par la situation (Bruchon-Schweitzer, 2001) (exemples : consommer des substances, se distraire, exprimer ses émotions...). Lazarus et Folkman (1984) décomposent ce type de stratégies en cinq stratégies différentes : la minimisation de la menace (prise de recul), la réévaluation positive, l'auto-accusation, l'évitement-fuite et l'expression des émotions.

Suite à une méta-analyse, Suls et Fletcher (1985) aboutissent à une classification différente distinguant le ***coping évitant*** (distraction, activités sportives, déni, fuite...) et le ***coping vigilant*** (recherche d'informations, de soutien social, plans de résolution de problème...). Le *coping évitant* consiste à moduler l'émotion en détournant l'attention de la source de stress, alors que le *coping vigilant* consiste à moduler l'émotion en dirigeant l'attention vers elle

(Paulhan, 1992). Janis et Mann (1977) distinguent, quant à eux, deux types de stratégies de vigilance :

- *La recherche d'informations pour en connaître davantage sur la situation stressante,*
- *La mise en place de plans de résolution de problème.*

En 1992, Paulhan met en relief les différentes façons dont le *coping* peut moduler l'émotion. La première façon, qui consiste à modifier l'attention, correspond aux stratégies d'évitement et de vigilance précédemment citées. La deuxième façon consiste à moduler l'émotion en altérant la signification subjective de l'événement. Cette altération peut se traduire par :

- *Une prise de distance grâce à la distraction,*
- *L'exagération des aspects positifs de la situation potentiellement stressante,*
- *L'humour,*
- *La sous-estimation des aspects négatifs de la situation,*
- *La réévaluation positive (transformation d'une menace en un défi).*

La « troisième possibilité d'action consiste à modifier directement les termes actuels de la relation personne-environnement par la mise en place d'efforts comportementaux actifs avec affrontement du problème, dans le but de le résoudre » (Paulhan, 1992). Cela se traduit par :

- *La confrontation (esprit combatif),*
- *L'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action.*

Ouimet (1994), pour sa part, distingue 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...). Les stratégies organisationnelles peuvent concerner « *la réorganisation du travail, la clarification des rôles, la consolidation des équipes, le soutien social, l'articulation vie travail-vie famille et l'aménagement physique du lieu de travail* », Montargot, Cherkaoui et Peretti (2013).

Par ailleurs, selon Schwarzer (2000), il existe quatre types de *coping* :

- *Le coping réactif* (« *Reactive coping* ») : l'individu réagit face à un événement stressant qui s'est déjà produit.
- *Le coping anticipatoire* (« *Anticipatory coping* ») : l'individu réagit face à un événement stressant imminent.
- *Le coping préventif* (« *Preventive coping* ») : l'individu réagit face à un événement stressant potentiel.
- *Le coping proactif* (« *Proactive coping* ») : l'individu réagit et met en œuvre des actions pour améliorer sa situation.

Dans la lignée de Müller et Spitz (2003), Montgomery et al. (2010) distinguent à leur tour les **stratégies fonctionnelles** (la planification, le *coping* actif, la réinterprétation positive et l'acceptation), les **stratégies dysfonctionnelles** (le blâme dirigé vers soi, le déni, l'usage de substances, le désengagement comportemental) et les **stratégies aux fonctions moins bien connues et généralisables** (la recherche de soutien social, l'expression émotionnelle, la religion, l'humour, la distraction). Selon Müller et Spitz (2003), la fonctionnalité de l'acceptation vient du fait qu'elle permet de poursuivre des efforts pour trouver des stratégies efficaces, alors que la fonctionnalité du *coping* actif dépend de la teneur du stress perçu et de la contrôlabilité des situations. Selon Müller et Spitz (2003), le blâme est « *un prédicteur d'un moindre ajustement au stress. Le déni est susceptible d'être fonctionnel au début de la situation stressante mais il entrave à long terme des stratégies plus fonctionnelles. L'utilisation de substances est fondée sur l'évitement de la situation. Le désengagement comportemental entrave souvent la recherche de stratégies plus efficaces* » (Montgomery et al., 2010). Selon Blais (2002), la fonctionnalité de la recherche de soutien social d'ordre émotionnel dans une situation stressante dépend des choix qui y sont associés ou du rôle que cette stratégie y joue. L'humour permet d'éviter d'être submergé par l'émotion engendrée par une situation stressante, alors que l'expression des sentiments peut, si elle perdure, devenir dysfonctionnelle (Montgomery et al., 2010).

Le modèle de Montgomery et Rupp (2005), issu d'une méta-analyse sur le stress des enseignants, distingue les **stratégies actives** et les **stratégies passives**. Selon ces auteurs, les stratégies actives peuvent être cognitives (prise de distance, self-control, changement de perspective), comportementales (exercices de relaxation, recherche de conseils, fixation des

limites), émotionnelles (rester calme, être positif) ou correspondre à des réponses physiques (« *health posture* »). Par ailleurs, les stratégies passives (résignation, boisson, espoir, évitement) sont caractérisées par un manque d'engagement direct pour résoudre la situation stressante (Montgomery et Rupp, 2005). Ces deux types de stratégies rejoignent les méthodes actives et les méthodes passives d'adaptation au stress des enseignants de Chan (1998). Les stratégies actives se distinguent des stratégies passives car elles permettent de réduire le stress psychologique perçu par les enseignants (Chan, 1998).

Outre ces différentes classifications, de nombreuses recherches ont tenté d'évaluer et de mesurer l'efficacité des stratégies d'ajustement en termes de réduction de la tension ou de l'anxiété engendrée par la situation (Paulhan, 1992). Une stratégie d'ajustement est jugée efficace si elle permet à l'individu de maîtriser ou diminuer l'impact de l'agression sur son bien-être physique et psychologique (Folkman et Lazarus, 1986 ; Di Matteo, 1991). Les travaux de Schmidt (1988) ou encore ceux de Mikulincer et Solomon (1989) mènent à penser qu'un style de *coping* actif centré sur le problème semble être plus efficace qu'un style de *coping* passif centré sur l'émotion, pour réduire la tension émotionnelle engendrée par la situation (Paulhan, 1992). Selon Suls et Fletcher (1985), le *coping* de fuite s'avère peu efficace si la situation persiste.

De même, les résultats d'une étude menée auprès des enseignants français du premier degré réalisée par Laugaa et Bruchon-Schweitzer (2005) confirment que le *coping* centré sur le problème « *permet de réduire ou d'éliminer la situation stressante* » alors que le *coping* évitant « *accentue la dépersonnalisation et le non-accomplissement professionnel* ». En outre, Laugaa et Bruchon-Schweitzer (2005) soulignent que les effets sur la santé du *coping* centré sur l'émotion et de l'évitement sont généralement dysfonctionnels, le problème subsistant. Par ailleurs, les travaux de Martin (1996) révèlent que l'humour est également considéré comme une stratégie d'ajustement et plus particulièrement un facteur de santé mentale, de bien-être psychologique et émotionnel qui protège contre le stress.

Pour Lazarus et Folkman (1984), le *coping* peut avoir des conséquences sur la santé physique de l'individu de trois façons différentes : il peut influencer la fréquence, l'intensité et la durée des réactions physiologiques et neurochimiques du stress ; il peut affecter directement et négativement la santé (exemple : usage abusif de substances nocives) ; il peut menacer la

santé lorsqu'il est centré sur l'émotion et qu'il gêne la mise en place de comportements adaptatifs (exemple : le déni face à certains symptômes).

De nombreux travaux illustrent les différentes stratégies de *coping*. Par exemple, ceux de Martin (1996), de Downe (1999), ou de Guibert, Paquerot et Roques (2002) ont démontré que **l'humour** peut agir comme une stratégie d'ajustement face à une situation difficile. 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. 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 ***coping* centré sur le problème**, le ***coping* évitant**, le **besoin de communiquer** et le **style d'enseignement traditionnel**. Pour les enseignants, le *coping* centré sur le problème consiste à « *prendre du recul et rationaliser, analyser objectivement la situation et penser aux aspects positifs de l'enseignement* » (réponses cognitives). Il consiste aussi à « *encourager les élèves, être cohérent dans ses relations avec les élèves* » (réponses comportementales). Les auteurs assimilent ce *coping* centré sur le problème au *coping* « actif » identifié par d'autres auteurs ayant mené des études dans le secteur de l'enseignement (Kyriacou, 1980 ; Brenner, Sorbom et Wallius, 1985 ; Dewe, 1985). Chez les enseignants, le *coping* centré sur l'émotion correspond à un comportement d'évitement qui consiste à « *oublier, à éviter, à ignorer tout ce qui rappelle le travail et à se consacrer à autre chose* ». Le besoin de communiquer consiste ici à « *parler des problèmes professionnels avec les collègues* », alors que le style d'enseignement traditionnel consiste à « *maintenir la discipline, à appliquer une pédagogie de type magistral où ce sont les apprentissages et non plus l'élève qui sont prioritaires* » (Bruchon-Scheitzer, 2005). L'étude de Montgomery et al. (2010) démontre que les stratégies d'ajustement les plus fréquemment utilisées face au stress par les professeurs universitaires sont, par ordre croissant, **l'acceptation, la distraction, l'expression des émotions, les soutiens émotionnel et instrumental, la planification, la réinterprétation positive et le *coping* actif**.

Dans le secteur de la santé, les résultats des travaux de Moisson et Roques (2005), réalisés dans un service des urgences de nuit, démontrent que 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**. Ceux de Schraub et Marx

(2004), menés auprès de soignants en cancérologie, révèlent que **l'amélioration de l'hygiène de vie, le traitement de l'insomnie, l'aménagement de moments de détente et une activité physique** sont des éléments favorables, tout comme **le partage et la communication**, pour réduire le *burnout*. L'ouvrage de Canaoui et Mauranges (2001) indique que les stratégies des soignants face au stress s'articulent autour du **déni de perception de la réalité**, de **la coopération** (consensus collectif), de **la collusion** (se battre contre un ennemi commun) ou du **changement de statut** (défi, provocation, dérision). Une étude menée réalisée auprès de personnels soignants (infirmiers, aides-soignantes et cadres infirmiers) français et suisses, démontre que, face au stress, les styles de *coping* utilisés sont diversifiés et non spécifiques (Mariage et Schmitt-Fourrier, 2006). En complément, les conclusions de l'étude mettent en avant une utilisation préférentielle des stratégies de *coping* centrées sur la tâche pour les aides soignantes et les cadres infirmiers. Ayant la possibilité de contrôler les situations, les cadres infirmiers élaborent moins de stratégies de *coping* centrées sur l'émotion, (Mariage et Schmitt-Fourrier, 2006). Par ailleurs, une étude menée auprès d'infirmières françaises exerçant en réanimation révèle l'utilisation préférentielle de stratégies de réévaluation positive/résolution de problème (Delmas et Duquette, 2000).

Enfin, plus récemment, l'étude qualitative de Montargot et al. (2013) révèle que, pour gérer les situations stressantes telles que les conflits relationnels, les conditions de travail difficiles (surcharge de travail, mauvaise organisation) et la confrontation à l'urgence et la mort, les infirmiers utilisent des stratégies d'ajustement individuelles ou collectives. Pour gérer les conflits relationnels avec les patients, leur famille et avec les médecins, les infirmiers utilisent **la recherche d'informations et de soutien social**, **le rejet de responsabilité sur autrui** ou encore la **stratégie d'évitement**. Pour gérer les conditions de travail difficiles, ils recherchent un soutien social, rejettent la responsabilité sur autrui ou utilisent les stratégies d'évitement et de remplacement (coopération, support émotionnel et informationnel). Face à l'urgence vitale d'un patient et à la mort, les infirmiers utilisent des stratégies d'évitement ou de substitution (activité sportive, religion). Les résultats de cette étude soulignent aussi l'importance de l'humour entre collègues pour faire face aux situations stressantes.

3.2 Le soutien social : une stratégie d'ajustement très étudiée

Dans la littérature, le **soutien social** est une stratégie récurrente dans les études menées sur le *coping*. Certains auteurs affirment que le soutien n'est pas une stratégie d'ajustement mais

une ressource sociale perçue dont l'individu peut bénéficier (Parker et Endler, 1992). En revanche, d'autres auteurs considèrent que la recherche de soutien social implique des efforts assimilables à une stratégie d'ajustement par l'individu (Greenglass, 1993).

Différentes études traitant du soutien social ont démontré que les personnes soutenues par leur entourage ont moins de risques de développer des problèmes physiques ou de santé mentale. Ces études témoignent de l'effet positif du soutien social sur le bien-être physique et psychologique des individus (Caplan, 1974 ; Cobb, 1976 ; D'Abbs, 1982). Par ailleurs, d'autres auteurs stipulent que le soutien social peut parfois diminuer l'estime de soi, augmenter le sentiment de vulnérabilité et provoquer un isolement dû à la honte ressentie d'avoir besoin d'aide (Devault, 1992). Dans certains cas, il peut aussi diminuer le sentiment de compétence (Solky Bytzel et Ryan, 1997).

Le concept du soutien social peut être analysé à travers l'étude de la structure de son réseau (dimension structurelle du soutien social). **Le réseau de soutien social** représente l'ensemble des personnes qui fournissent de l'aide ou avec qui un individu est en interaction. Il peut être plus ou moins étendu (selon le nombre de personnes dans le réseau), plus ou moins dense (selon le degré d'interaction entre les membres du réseau), plus ou moins fréquent (selon le nombre de contacts entre les membres du réseau) et plus ou moins réciproque (selon le degré d'échange de soutien entre les membres du réseau) (D'Abbs, 1982). Le soutien social dépend de la **source de l'aide**. A ce sujet, on peut distinguer le réseau de soutien informel, le soutien semi-informel (issu de groupes organisés mais non institutionnalisés), et le soutien formel (issu de professionnels institutionnels des services sociaux, de santé, juridiques...). Dans le cadre de notre recherche, nous allons plus particulièrement nous intéresser au soutien social informel, issu de l'ensemble des relations personnelles d'un individu que l'on retrouve chez les collègues de travail, la famille, le conjoint ou les amis.

Plusieurs types de soutiens sociaux ont été identifiés par les auteurs qui ont étudié ce concept. House (1981) en identifie quatre : le soutien émotionnel/affectif (amitié, amour, réconfort, sympathie) ; le soutien d'estime (réassurance, encouragement) ; le soutien informatif (conseils, suggestions, apport de connaissances) ; le soutien matériel ou instrumental (assistance effective : aide financière, matérielle, sous forme de temps ou de travail, services rendus). Dans la même lignée, Mitchell et Trickett (1980) et Barrera (1986)

ont développé différentes catégories d'aides : le soutien émotionnel, le soutien instrumental, et le soutien informatif et normatif. Rodriguez et al. (1998) dans Hollet (2002) caractérisent ces mêmes types de soutiens sociaux : le **soutien d'information**, qui aide l'individu à faire face aux difficultés usuelles à travers des conseils et des informations pertinentes ; le **soutien instrumental**, qui aide l'individu à travers une aide matérielle ; le **soutien émotionnel**, qui aide l'individu à travers l'empathie, la réassurance et la confiance.

La littérature distingue aussi le **soutien perçu**, défini comme l'« *impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits* » (Procidano et Heller 1983). L'appréciation subjective du soutien se subdivise en deux composantes : la **disponibilité** (fait de percevoir certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin) ; et la **satisfaction** : « *ressource psychologique, qui correspond à la perception qu'un individu a de la qualité de ses relations interpersonnelles* » (Gentry et Kobasa, 1984). Schwarzer, Knol et Reickman (2003) considèrent que le soutien perçu est souvent prospectif, en opposition au soutien reçu qui est rétrospectif puisqu'il se rapporte à l'aide fournie sur une période donnée. Le soutien perçu dépend de l'aide espérée en cas de nécessité.

4 LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT UTILISEES FACE AUX TENSIONS DE ROLE

Les tensions de rôle ont fait l'objet de nombreuses études, en revanche les recherches sur les stratégies d'ajustement utilisées pour y faire face sont plus réduites. La plupart des 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 tels que les fonctionnaires des impôts ou des HLM (Eymard-Duverney 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 hôtesse 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 facilitant la mise en place des stratégies d'ajustement : les traits de personnalité (le locus de contrôle, l'estime de soi, le type A⁵⁷, le besoin d'accomplissement, le besoin de clarté, le soutien social et l'ancienneté dans le métier), le niveau organisationnel/hierarchique, 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 quant à eux cinq stratégies : **comprendre le client, prévenir les difficultés, modifier les attentes de rôle, servir le client et se dédouaner.**

Le cas des agents généraux d'assurance étudié par Alis en 1997 révèle que ces derniers mettent en place des **régulations autonomes** (règles non écrites) pour gérer les conflits de rôle. Les régulations autonomes sont « *les stratégies utilisées par les agents non prévues dans les règles des compagnies pour prévenir ou résoudre ces conflits* » (Alis, 1997). L'auteur précise que ce personnel en contact avec la clientèle développe des conflits de rôle liés à sa position de marginal-sécant. Confrontés à des demandes contradictoires (respect des règles de l'entreprise d'une part et volonté de satisfaire le client d'autre part), les agents d'assurance innovent au service du client en développant différentes régulations autonomes : **prévention des difficultés ; négociation avec la compagnie, l'expert et le client ; arrangements ; élargissement du rôle marqué par un service exemplaire.**

En 2007, Royal distingue deux types de stratégies : les *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 les *stratégies cognitives* (auto évaluation, délai de mise en oeuvre, gestion des priorités, préparation, recherche de solutions, réévaluation). L'étude de Royal réalisée auprès des directeurs-adjoints d'école de l'ordre d'enseignement secondaire du Québec, révèle que les répondants ont une préférence pour les **stratégies de contrôle** par opposition aux **stratégies d'évitement**. Parmi les stratégies de contrôle, l'auteure distingue les stratégies (comportementales ou cognitives) **centrées sur la tâche et centrées sur l'émotion**. Dans son travail de recherche, l'auteure a décelé différentes stratégies

⁵⁷ Type A : Il constitue une des variables personnelles ou des relations modératrices qui ont pu être établies pour les conséquences des tensions de rôle (Grima, 2000). Il peut être décrit comme un ensemble de comportements caractérisés par un goût prononcé pour la réussite, la compétition, l'impatience, l'hostilité et la vigueur des gestes et de la voix (Friedmann et Rosenman, 1974 ; Matthews, 1982, 1988 ; Siegel, 1984) io : Friedmann M., Rosenman H. (1974) Type A behavior and your heart, New York, Knopf.

(« *microstratégies* ») d'ajustement utilisées par les directeurs-adjoints pour faire face à la surcharge et aux conflits de rôle. Face à la surcharge de travail, pour la plupart, **ils réalisent la tâche, diffèrent la réponse ou gèrent les priorités**. Face aux conflits de rôle, **ils recherchent la collaboration, font preuve d'affirmation de soi ou utilisent la médiation et la préparation**.

De plus, l'auteure démontre que les caractéristiques environnementales et personnelles peuvent influencer les décisions prises par les individus quant au choix des stratégies utilisées. Ainsi, Royal identifie chez les directeurs-adjoints des **ressources environnementales** telles que l'autonomie et l'importance de participation au processus décisionnel qui vont entraîner l'utilisation de stratégies axées sur la tâche (Ponnelle et Lancry, 2002). Le comportement du supérieur hiérarchique, la variété de la tâche, la position frontalière et l'étendue du contrôle sont d'autres caractéristiques environnementales identifiées par l'auteure comme ayant un impact sur les tensions de rôle. L'auteure identifie aussi des **ressources personnelles** telles que l'expérience dans le poste qui influence le choix des stratégies utilisées face aux conflits de rôle. L'expérience favorise l'utilisation de la médiation, des régulations autonomes et de l'affirmation de soi. En revanche, les moins expérimentés dans le métier recherchent davantage la collaboration. L'étude révèle aussi que la variété des stratégies apparaît moins grande chez les plus expérimentés. L'auteure explique cette observation par le fait qu'avec le temps, les comportements sont intégrés par les individus. Les visées et les croyances professionnelles sont d'autres caractéristiques personnelles associées aux tensions de rôle par cette étude.

Par ailleurs, 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 utilisée face au conflit de rôle. Les travaux de Brunel et Grima (2010) menés auprès d'étudiants-salariés en France montrent que ces derniers mettent en place des stratégies d'ajustement pour faire face au stress afférent au conflit travail-école. Face à ce conflit de rôle, les étudiants salariés utilisent des stratégies centrées d'une part, sur l'émotion (**fuite de la réalité, recherche d'un soutien social, fatalisme**) et d'autre part, sur le problème (**confrontation**). En revanche, les stratégies focalisées sur l'émotion telles que l'auto-accusation et la répression cognitive semblent être inefficaces sur cet échantillon.

Récemment, une étude menée auprès de managers dans des collectivités territoriales révèle que le **soutien social d'estime perçu** des supérieurs atténue l'impact des conflits de rôle sur le stress des managers de proximité (Codo, 2012). De même, la recherche de **soutien social** est souvent citée comme stratégie d'ajustement pour faire face aux tensions de rôle (Montargot et al., 2013 ; Brunel et Grima 2010 ; Royal, 2007 ; Richmond et Skitmore, 2006...).

Nombreuses sont les recherches qui ont étudié l'existence de tensions de rôle, notamment chez les acteurs frontaliers. Certaines de 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. A notre connaissance, peu d'études se sont intéressées aux relations entre les tensions de rôle et les stratégies d'ajustement déployées par les cadres de santé (notamment français). Les recherches sur le stress et le *coping* chez le personnel soignant concernent davantage les infirmières ; les études menées exclusivement auprès de cadres infirmiers sont plus rares.

En 2006, une revue de littérature de Shirey sur le stress et le *coping* des cadres infirmiers (« nurse managers ») fait référence à quelques auteurs ayant traité ce sujet dans la littérature anglo-saxonne, de 1983 à 2003. Par exemple, l'auteur cite des études qui dénoncent des conflits de rôle (Oroviogioicoechea, 1996 ; Rudan, 2002) ou une surcharge de travail (Persson et Thylefors, 1999 ; Greenglass et Burke, 2001) chez les cadres infirmiers. Concernant les stratégies de *coping*, les recherches étudiées dans cette revue de littérature semblent révéler que les cadres infirmiers ont tendance à accepter plutôt que de gérer de manière active les situations stressantes. Les stratégies utilisées seraient davantage centrées sur l'émotion que sur le problème. Par ailleurs, Judkins (2002) démontre que, face au stress, la satisfaction au travail des cadres infirmiers favorise l'utilisation de stratégies centrées sur le problème. Shirey conclut que la littérature sur le stress et le *coping* des cadres infirmiers reste à être enrichie, notamment au vu des changements de rôles et de contexte récents.

A l'issue de cette revue de littérature sur les stratégies d'ajustement, plusieurs questions restent posées. Les cadres de santé français utilisent-ils les mêmes stratégies de *coping* que celles identifiées dans la littérature sur le stress et les tensions de rôle ? Développent-ils

d'autres stratégies spécifiques à leur fonction ? C'est ce que notre étude empirique tentera d'examiner.

Conclusion de la Section 2

La revue de littérature réalisée dans cette section nous a permis de constater que le concept de *coping* a beaucoup évolué depuis une cinquantaine d'années. Par ailleurs, nombreuses sont les recherches qui ont tenté d'étudier et de préciser ce concept. Ainsi, plusieurs types de stratégies de *coping* apparaissent au vu de la littérature. Les auteurs ayant étudié ce concept distinguent le *coping* vigilant et le *coping* évitant, le *coping* actif et le *coping* passif, les stratégies centrées sur l'émotion et celles centrées sur le problème, les stratégies individuelles et organisationnelles, ou encore les stratégies fonctionnelles et dysfonctionnelles.

Nous avons aussi constaté que si nombreuses sont les recherches ayant étudié les stratégies d'ajustement utilisées face au stress, plus rares sont les recherches ayant étudié celles utilisées face aux tensions de rôle. Parmi ces dernières, beaucoup se sont intéressées aux stratégies d'ajustement utilisées par les acteurs frontaliers, notamment ceux en contact avec la clientèle. Ces études ont permis d'identifier une série de stratégies d'ajustement utilisées pour faire face aux tensions de rôle.

Parmi les stratégies d'ajustement identifiées dans cette revue de littérature, certaines stratégies utilisées face aux tensions de rôle apparaissent comme récurrentes : la négociation, la fuite, la prévention des difficultés et le soutien social. Par ailleurs, des auteurs ayant étudié les stratégies d'ajustement utilisées face aux tensions de rôle ont identifié des variables modératrices favorisant la mise en place de celles-ci (exemple : traits de personnalité), mais aussi des caractéristiques influençant le choix de celles-ci. Royal (2007) identifie ainsi des ressources environnementales (exemple : l'autonomie) et des ressources personnelles (exemple : l'expérience dans le poste) qui peuvent favoriser l'utilisation de certaines stratégies. Par exemple, l'autonomie va favoriser l'utilisation de stratégies d'ajustement centrées sur la tâche, alors que l'expérience va favoriser l'utilisation de l'affirmation de soi.

La complexité et la diversité des nombreuses stratégies de *coping* identifiées dans la littérature révèlent que, d'une part, la mise en place de ces stratégies dépend de plusieurs

facteurs (contextuels et personnels) et que, d'autre part, la vérification de leur efficacité reste difficile : « *Aucune stratégie de coping n'est efficace en elle même* » (Paulhan et Bourgeois, 1995). Par conséquent, une analyse (organisationnelle et individuelle) précise est nécessaire pour évaluer l'efficacité d'une stratégie de *coping* qui permettra au sujet de maîtriser, de diminuer l'impact de l'agression sur son bien-être physique et psychologique (Lazarus et Folkman, 1984).

Enfin, cette section nous a permis de situer cette recherche dans un cadre théorique relatif aux ressources que l'individu investit pour mettre en place des stratégies d'ajustement efficaces. Notre recherche s'intéresse à l'ensemble des stratégies utilisées par les cadres de santé pour faire face aux éventuelles tensions de rôle, mais elle s'intéresse surtout aux stratégies d'ajustement efficaces qui peuvent améliorer le quotidien de ces cadres et diminuer leur intention de quitter l'hôpital public. Face aux tensions de rôle qu'ils peuvent développer, nous supposons que les cadres de santé mettent en place des solutions de manière active, pour améliorer leur bien-être au travail. L'approche du stress par les ressources considère l'individu « *comme une entité appartenant à un ensemble et pouvant agir de façon collective ou individuelle face à la menace* » (Sassi, 2012). Selon la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989), l'individu est motivé par une tendance à rechercher activement à créer un monde procurant plaisir et réussite. Plus précisément, le modèle JD-R explique que certaines ressources de l'emploi peuvent atténuer l'impact des exigences de l'emploi (telles que les tensions de rôle) sur le stress professionnel.

Le modèle JD-R nous semble être intéressant et pertinent pour comprendre les réactions de l'individu face aux tensions de rôle. Ce cadre théorique permet une approche salutogénique du travail (Neveu, 2007), positionnant l'individu comme un acteur actif au sein de son organisation. Selon cette approche positive et active, l'individu agit, en mobilisant les ressources qu'il a à sa disposition, pour faire face aux exigences des situations de travail et améliorer son bien-être au travail.

CONCLUSION DU CHAPITRE 2

Ce chapitre a permis de présenter une revue de littérature sur les principaux concepts et cadres théoriques mobilisés pour cette recherche. **La première section** a permis d'explorer les différentes approches de la théorie des rôles, et de définir les tensions de rôle et les conséquences qu'elles pouvaient avoir sur l'individu et son organisation. L'accent a été mis sur le stress professionnel dont la connaissance est aujourd'hui encore en pleine évolution. A ce titre, nous avons réalisé une revue de littérature sur les nombreuses théories du stress existantes. Par ailleurs, nous avons approfondi les concepts de l'intention de quitter et du comportement innovant au travail. L'intention de quitter nous semble être une variable dépendante des tensions de rôle qu'il est important de prendre en compte dans un contexte de pénurie de main d'œuvre dans le secteur sanitaire. Rappelons qu'entre 1999 et 2015, les hôpitaux ont fait et devront faire face au départ à la retraite de 85% des cadres de santé. En nous intéressant au comportement innovant au travail, nous avons souhaité nous focaliser sur une conséquence potentiellement positive des tensions de rôle. En effet, notre recherche a pour objectif d'étudier la relation entre ces deux concepts (peu étudiée dans la littérature). Nous supposons que les tensions de rôle ont un rôle à jouer sur le comportement d'innovation au travail. Cette revue de littérature nous a aussi permis de comprendre que les tensions de rôle pouvaient être influencées par différentes caractéristiques individuelles et organisationnelles. Ces variables seront donc prises en compte dans notre modèle de recherche.

La seconde section de ce chapitre a permis de présenter et d'approfondir le concept des stratégies d'ajustement (« *coping* »). Nous avons tenté de définir ce concept qui a beaucoup évolué depuis qu'il est devenu populaire, dans les années soixante-quinze. Cette seconde section a permis de mettre en relation ce concept avec le stress mais aussi avec les tensions de rôle. Par ailleurs, nous avons précisé et justifié l'utilisation du modèle « job demands-ressources » dans le cadre de cette recherche. Notre recherche s'intéressant aux stratégies d'ajustement utilisées par les cadres de santé pour améliorer leur bien-être au quotidien, nous jugeons pertinent de mobiliser ce modèle axé, en partie, sur l'utilisation de ressources. Ces ressources permettant, par exemple, d'atténuer l'effet des tensions de rôle sur le stress professionnel et l'intention de quitter, ou alors d'amplifier le comportement innovant au travail.

A l'issue de ce chapitre, plusieurs éclaircissements émergent quant aux différentes théories mobilisées pour cette recherche et leurs liens avec les concepts que nous étudions. Comme vu précédemment, la théorie de rôle n'envisage pas explicitement des possibilités d'adaptation de la personne focale qui reste passive face aux tensions subies. En revanche, avec la théorie de l'interaction (Goffman, 1969)⁵⁸, l'individu dispose de marge de liberté par rapport au système social qui l'englobe. Crozier et Friedberg (1977) reconnaissent et approfondissent également le positionnement particulier de l'**acteur frontalier** (marginal-sécant). Ils mettent en évidence l'importance du management de la frontière et du rôle de l'acteur stratège qui n'est plus seulement perméable aux attentes de rôle mais qui va pouvoir les adapter. Cet espace frontalier bien particulier, se situant à la jonction de différentes parties prenantes aux intérêts divergents, est une caractéristique des fonctions de personnel en contact ou de cadres de proximité, telles que celle du cadre de santé à l'hôpital. Ce dernier se trouve lui-même à l'interface des logiques contradictoires des corps professionnels administratifs, médicaux, soignants, mais aussi des patients et de leurs familles (Dumas et Ruiller, 2013).

Nous utilisons donc plusieurs théories issues de la littérature pour répondre à notre problématique de recherche. Pour étudier les stratégies d'ajustement (ressources utilisées par les cadres de santé) face au stress engendré par les tensions de rôle (exigences liées à la fonction de cadre de santé), nous mobilisons, en partie et conjointement, la théorie des rôles, les théories interactionnistes et transactionnelles du stress. Par ailleurs, nous mobilisons une partie du modèle JD-R pour justifier notre modèle de recherche. La théorie des rôles est utilisée pour son enrichissement quant à la compréhension du développement des tensions de rôle chez les cadres de santé. Les théories interactionnistes et transactionnelles du stress permettent d'appréhender le *coping* des cadres de santé face au développement de ces tensions de rôle. Le modèle JD-R permet de représenter les différentes relations entre les concepts que nous étudions (tensions de rôle, stratégies d'ajustement, stress, intention de quitter et comportement innovant au travail).

⁵⁸ Goffman, E. (1969) [1956], *The Presentation of Self in Everyday Life*, Penguin, Harmondsworth. D'après l'article d'Ogien, A. (2005), Le remède de Goffman ou comment se débarrasser de la notion de self, *Séminaire Cesames, le mental, le vivant, le social*, 20 janvier. Disponible sur internet (Available from internet) <URL : <http://cesames.org/seminaires.htm>>.

CONCLUSION DE LA PARTIE 1

Durant la première partie de cette thèse, nous avons exposé le contexte de la recherche ainsi que les travaux menés sur les tensions de rôle et les stratégies d'ajustement. Cette première partie nous a permis d'identifier les risques éventuels de développement de tensions de rôle par les cadres de santé, dans un contexte de changement lié à la mise en place d'un Nouveau Management Public à l'hôpital.

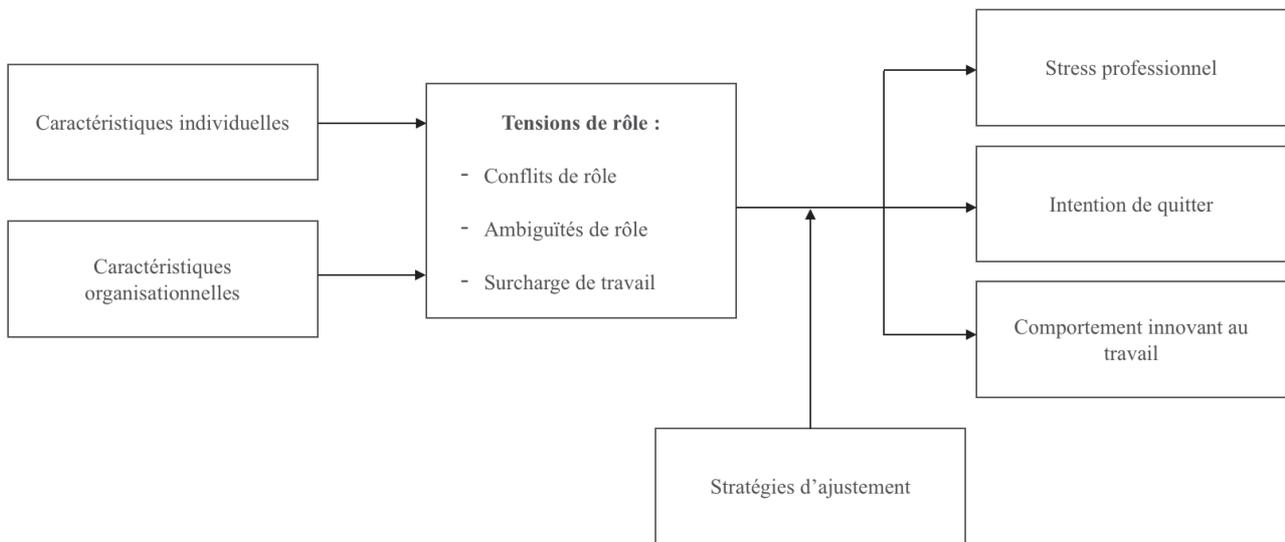
Dans un **premier chapitre**, nous avons présenté l'évolution du management des organisations publiques et plus particulièrement des établissements hospitaliers. Nous avons aussi présenté l'évolution du métier de cadre de santé à l'hôpital public. Nous avons constaté que le Nouveau Management Public mis en place dans les hôpitaux a eu des conséquences sur les pratiques professionnelles. Il a transformé, entre autres, le rôle du cadre de santé dont les fonctions s'éloignent du soin pour s'orienter vers la gestion. La « managérialisation » de l'hôpital a entraîné une « managérialisation » de la fonction des cadres de santé qui les met dans des situations conflictuelles. Dans ce contexte mouvant et déstabilisant, ils peuvent, *a priori*, développer des tensions de rôle et des conflits d'identité pouvant engendrer des conséquences négatives sur la performance des établissements.

L'objectif de notre recherche étant d'étudier les différents comportements adoptés par les cadres de santé en situation de tensions de rôle, nous avons détaillé, dans le **second chapitre**, les tensions de rôle et les stratégies d'ajustement. Nous avons fait une revue de la littérature mettant en relation ces deux concepts. Cette littérature montre que les tensions de rôle sont très complexes, de par leur diversité, leurs déterminants et leurs nombreuses conséquences. Elle montre aussi que, face à elles, les individus peuvent adopter différentes stratégies d'ajustement. Les recherches ayant étudié les stratégies de *coping* utilisées face au stress sont nombreuses. Cependant, les recherches ayant étudié celles utilisées face aux tensions de rôle sont plus rares. En outre, au vu de cette revue de littérature, très peu d'études dans le secteur de la santé se sont intéressées aux relations entre les tensions de rôle et les stratégies déployées par les cadres de santé français pour y faire face.

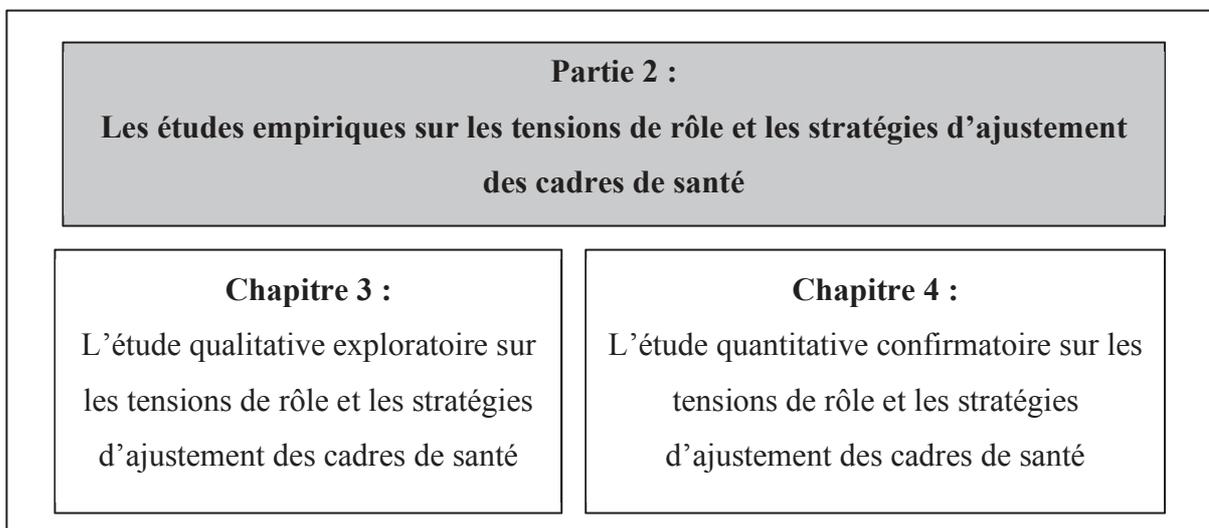
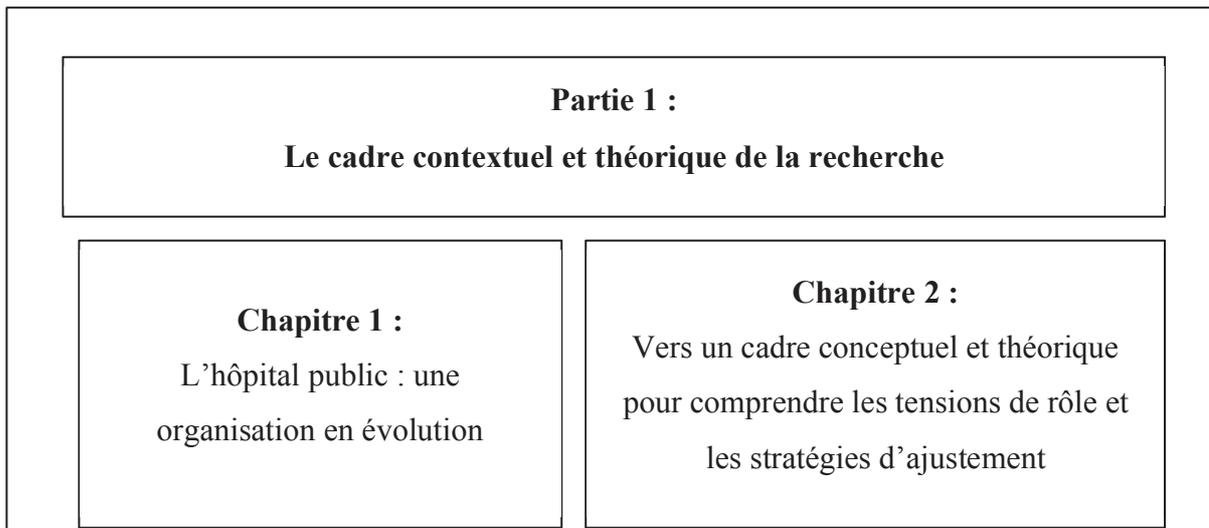
Tous les éléments résultant de l'analyse du contexte et de la revue de littérature nous permettent de présenter un premier modèle de recherche (Figure 9). Pour tester ce modèle et

mieux comprendre comment les cadres de santé réagissent face à d'éventuelles tensions de rôle à l'hôpital public, nous avons procédé à une étude empirique. Nous avons mené cette recherche auprès de cadres de santé français. Cette étude a débuté avec une enquête exploratoire menée au sein d'un centre hospitalier du sud de la France, et s'est poursuivie avec une étude quantitative confirmatoire menée dans plusieurs centres hospitaliers français. Les chapitres suivants seront consacrés à présenter cette étude.

Figure 9 : Premier modèle de recherche issu de la revue de littérature



Partie 2 : Les études empiriques sur les tensions de rôle et les stratégies d'ajustement des cadres de santé



INTRODUCTION DE LA PARTIE 2

Dans la partie précédente, nous avons présenté le cadre conceptuel et théorique ainsi que le contexte de notre recherche. La revue de littérature nous a permis de proposer un premier modèle de recherche. La seconde partie de cette thèse a pour objet d'enrichir ce premier modèle de recherche en le confrontant aux données empiriques. Pour cela, nous avons réalisé une étude empirique composée de deux phases. La première phase exploratoire sera présentée dans le chapitre suivant (chapitre 3) et la seconde phase confirmatoire sera présentée dans le dernier chapitre de cette thèse (chapitre 4).

Au vu de la littérature, peu de recherches se sont intéressées aux stratégies d'ajustement utilisées par les cadres de santé du secteur public français pour faire face aux tensions de rôle. L'apport de notre recherche est d'identifier les différentes tensions de rôle et stratégies d'ajustement développées par les cadres de santé français. C'est pourquoi nous choisissons de mener, dans un premier temps, une étude exploratoire. Cette phase exploratoire sera réalisée grâce à une étude qualitative. Cette étude qualitative permettra de vérifier et d'affiner le modèle de recherche que nous avons développé à l'issue de la première partie de cette thèse. Dans un second temps, nous réaliserons une étude quantitative. Celle-ci permettra, à son tour, de confirmer le modèle de recherche.

Dans le **chapitre 3**, nous présenterons l'étude qualitative qui nous permettra d'identifier les tensions de rôle développées par un échantillon de quinze cadres de santé exerçant au sein d'un CHRU français. Cette étude qualitative nous permettra de mieux comprendre comment les cadres de santé réagissent dans de telles situations *a priori* stressantes. A l'issue du chapitre 3, nous exposerons les hypothèses de recherche émergeant de la revue de littérature et de l'étude exploratoire. Le **chapitre 4** aura pour objet de confirmer les résultats obtenus lors de l'étude exploratoire et de tester le modèle de recherche qui en est issu. Pour cela, nous nous appuierons sur une étude quantitative menée auprès de 445 cadres de santé de 39 établissements hospitaliers français. Dans un premier temps, nous présenterons les modes de recueil et de traitements statistiques des données collectées. Nous poursuivrons avec le test des instruments de mesure mobilisés. Enfin, nous terminerons avec les tests des hypothèses et la discussion des résultats obtenus.

Chapitre 3 :

**L'étude qualitative exploratoire sur les tensions de rôle et
les stratégies d'ajustement des cadres de santé**

INTRODUCTION DU CHAPITRE 3

Les récentes réformes à l'hôpital public ont eu des conséquences sur le métier de cadre de santé. Cette fonction majoritairement occupée par des acteurs originaires de la filière soignante s'est vue attribuer de nouvelles tâches avec une tendance à la « managérialisation ». Conjointement, il s'est développé un nouveau contexte de pression budgétaire favorable au développement de tensions de rôles chez ces acteurs du soin. A notre connaissance, aucune recherche ne s'est intéressée, de manière précise, à l'étude des tensions de rôle et des stratégies d'ajustement développées par les cadres de santé français pour y faire face. C'est pourquoi nous avons jugé pertinent de mener une première étude qualitative exploratoire afin de comprendre comment les cadres de santé perçoivent la nouvelle logique financière de résultats introduite à l'hôpital. Cette étude a pour objectif d'identifier les tensions de rôle développées par les cadres de santé dans un contexte de Nouveau Management Public. Elle vise aussi à identifier les différentes stratégies d'ajustement utilisées par ces cadres pour y faire face.

L'exploration de cette recherche a débuté avec une revue de littérature relative aux cadres conceptuels reconnus et en lien avec notre question de recherche. Cela nous a permis de prendre connaissance d'un minimum de travaux de référence sur les thèmes que nous étudions. Cette exploration continue avec une étude qualitative menée au sein d'un Centre Régional Hospitalier Universitaire (CHRU) en réalisant quinze entretiens semi-directifs auprès de cadres de santé. Les données ainsi collectées ont été traitées via une analyse thématique, et croisées avec des données complémentaires obtenues grâce à une dizaine de journées d'observation menées auprès de deux cadres de santé du même CHRU. Dans la **première section** de ce chapitre, nous présenterons les objectifs et la méthodologie de cette étude qualitative exploratoire. La **deuxième section** de ce chapitre sera entièrement consacrée aux résultats de l'étude exploratoire. Enfin, la **troisième section** exposera les hypothèses et le modèle de recherche issu de l'étude exploratoire ainsi que l'opérationnalisation de ses différentes variables.

Section 1 : Les objectifs et la méthodologie de l'étude qualitative exploratoire

Pour cette recherche, nous adoptons une démarche hypothético-déductive qui consiste à tester les hypothèses d'un modèle de recherche. Pour nous aider à formaliser ces hypothèses, et dans le but de nous approcher au plus près de la réalité, nous choisissons de réaliser une étude qualitative exploratoire. Cette recherche qui s'inscrit dans une démarche déductive, débutera donc par une étude qualitative exploratoire que nous allons développer dans cette section.

Cette section débutera avec la présentation des objectifs de cette étude qualitative exploratoire. Nous poursuivrons avec la description de la démarche de collecte des données, qui s'est réalisée en deux temps, avec deux méthodes différentes : l'entretien semi-directif et l'observation non participante. Enfin, nous terminerons cette première section de chapitre en nous attardant sur le traitement des données obtenues par ces deux types de méthodes qualitatives.

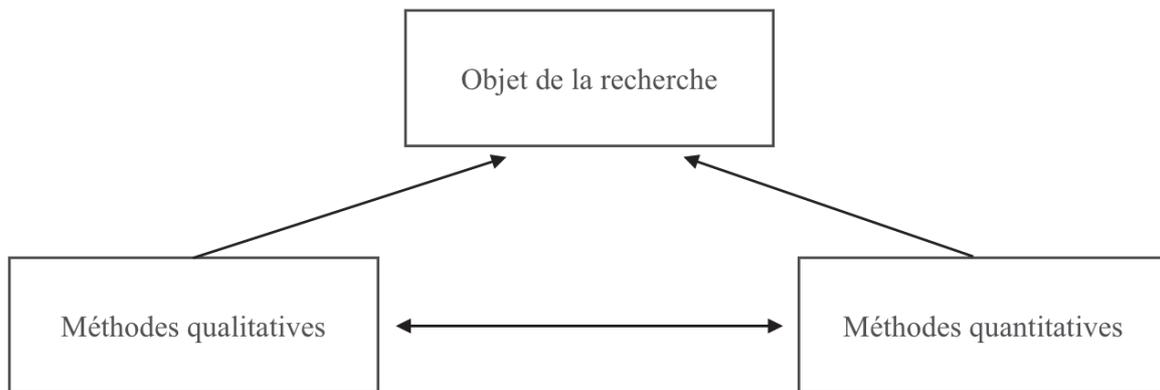
1 LES OBJECTIFS DE L'ETUDE QUALITATIVE EXPLORATOIRE

Tout comme la revue de littérature, l'étude qualitative exploratoire a pour but d'aider à préciser la problématique de recherche. Elle élargit ou rectifie le champ d'investigation des lectures. Elle a aussi pour objectif d'explorer l'objet étudié. En ce qui nous concerne, nous avons fait ce choix méthodologique pour saisir ce qui se passe au quotidien, dans la vie réelle des cadres de santé à l'hôpital public. En management, l'exploration « *consiste à découvrir ou approfondir une structure ou un fonctionnement pour servir deux objectifs : la recherche de l'explication et la recherche d'une compréhension* » (Thiéart et al., 2007).

Lambin (1990) indique qu' « *une étude exploratoire, menée au travers d'une approche qualitative, constitue souvent un préalable indispensable à toute étude quantitative afin de délimiter la question de recherche, de se familiariser avec cette question..., de clarifier les concepts théoriques ou d'explicitier des hypothèses de recherche* ». C'est avec cet objectif de complémentarité que nous décidons de mener une première phase exploratoire qualitative. Par ailleurs, nous allons utiliser les méthodes qualitative et quantitative dans le cadre d'une triangulation (Figure 10) qui permettra d'améliorer à la fois la précision de la mesure et celle

de la description. « *L'idée est d'attaquer un problème formalisé selon deux angles complémentaires dont le jeu différentiel sera source d'apprentissages pour le chercheur* » (Thiéart et al., 2007). Nous allons donc associer et utiliser les deux approches, qualitative et quantitative, pour leurs qualités respectives.

Figure 10 : La triangulation (Thiéart et al., 2007)



Pour l'exploration, les méthodologies qualitatives sont plus couramment utilisées car elles sont plus efficaces, compte tenu de la finalité de la recherche dans ce cas (Thiéart et al. 2007). L'exploration est souvent liée à une approche qualitative alors que la vérification est liée à une approche quantitative (Brabet, 1988). En général, le chercheur qui a une idée claire et établie de ce qu'il cherche va s'orienter vers la vérification via l'approche quantitative et celui qui ignore en grande partie la teneur de ce qu'il va mettre à jour va s'orienter vers l'exploration via l'approche qualitative.

Les données qualitatives, de manière générale, « *permettent des descriptions et des explications riches et solidement fondées de processus ancrés dans un contexte local* » (Miles et Huberman, 2003). Elles donnent la possibilité de dépasser les a priori et de faire des découvertes indéniables grâce au récit des mots. Par ailleurs, la méthodologie qualitative comporte quelques difficultés : intensité du travail à fournir pour collecter les données ; volume important des données ; forte probabilité de biais introduits par le chercheur ; temps important passé à traiter et à coder les données ; généralisation des résultats... (Miles et Huberman, 2003). La difficulté principale venant du fait que les méthodes d'analyse des données qualitatives ne sont pas clairement formulées (Miles, 1979). Et même si le savoir-faire partagé en la matière a progressé, il n'en reste pas moins le problème de la confiance que

l'on peut avoir dans les résultats. La complexité des données qualitatives nécessite par conséquent beaucoup de soin et d'attention de la part du chercheur.

Les données qualitatives sont complexes, ambiguës et parfois totalement contradictoires, tout comme les phénomènes qu'elles reflètent (Miles et Huberman, 2003). La démarche qualitative est bâtie sur des mots qui peuvent posséder plusieurs sens, en fonction des contextes, ce qui peut rendre leurs utilisation et manipulation difficiles (Miles et Huberman, 2003). En outre, elle permet de dégager un sens nouveau et de donner une lecture orientée (Blanchet et Gotman, 2001) d'un phénomène.

Pour cette recherche, nous avons utilisé deux types de méthodologies qualitatives : l'entretien et l'observation.

- *L'entretien exploratoire :*

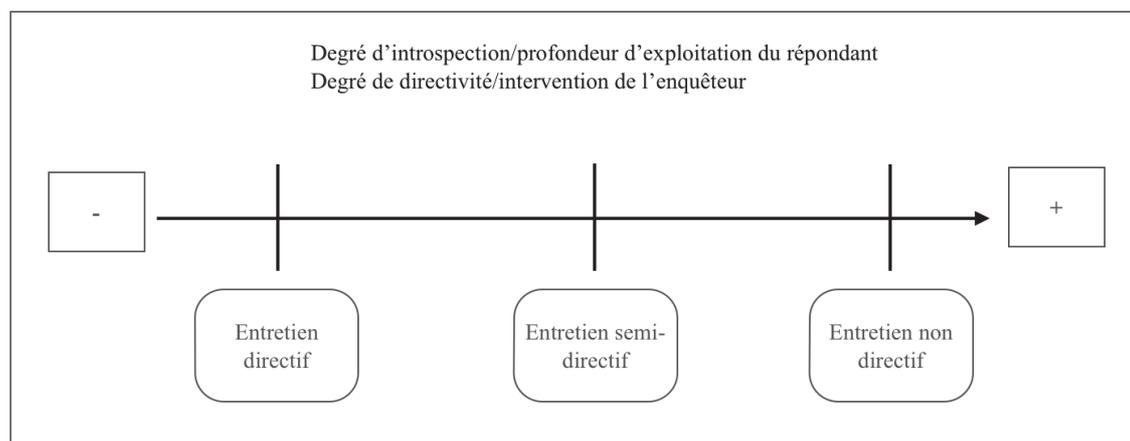
L'entretien exploratoire « *a pour fonction principale de mettre en lumière des aspects du phénomène étudié auxquels le chercheur n'aurait pas pensé spontanément lui-même et à compléter ainsi les pistes de travail que ses lectures auront mises en évidence* » (Quivy et Van Campenhoudt, 2006). Il sert à trouver des pistes de réflexion, à ouvrir l'esprit et à trouver de nouvelles manières de poser le problème.

De manière plus générale, « *l'entretien est une des méthodes qualitatives les plus utilisées en sciences de gestion* » (Roussel et Wacheux, 2005). Il se traduit par une rencontre qui donne lieu à une interaction essentiellement verbale dont les données collectées sont coproduites par l'animateur et l'individu interrogé. Notons que ces données sont fondées sur la perception et les représentations stockées en mémoire de l'interviewé. Son objectif est de collecter des données discursives reflétant notamment l'univers mental conscient ou inconscient des individus (Thiétart et al. 2007). On distingue l'entretien individuel et l'entretien de groupe. L'objectif de notre recherche étant d'explorer des processus individuels complexes sur des sujets confidentiels touchant à l'intimité de l'individu, nous avons fait le choix de mener des entretiens individuels.

Gavard-Perret et al. (2008) distinguent trois formes d'entretiens individuels en fonction du niveau de structuration de l'interaction entre l'animateur et l'individu interrogé (Figure 11) :

- L'entretien directif ou standardisé : *plus proche par sa forme de la technique du questionnaire.*
- L'entretien semi-directif ou semi-dirigé ou semi-structuré ou centré : *mené à l'aide d'un guide d'entretien structuré qui liste les thèmes préalablement définis à aborder.*
- L'entretien non directif ou entretien libre ou en profondeur : *utile pour des recherches sur des sujets tabous, touchant à l'intimité de la personne, dont l'objet est peu défini, nouveau, mal structuré ou pour lequel on ne connaît pas le niveau d'information du répondant (Gavard-Perret et al., 2008). Ce type d'entretien, réalisé sans guide, favorise la richesse de l'information mais les données sont souvent difficiles à exploiter car peu comparables d'un entretien à l'autre.*

Figure 11 : Les degrés d'exploration et d'intervention (Gavard-Perret et al., 2008)



Dans le cadre de notre étude exploratoire, nous avons opté pour des **entretiens individuels semi-directifs** (ou semi-dirigés ou semi-structurés). D'une part, car la flexibilité de l'entretien semi-directif permet au répondant de mieux appréhender sa logique, et d'autre part, car la formalisation du guide favorise la stratégie d'analyse comparative et cumulative entre les différents répondants. De plus, avec ce mode d'entretien, le chercheur amène le répondant à

donner de nombreuses informations détaillées sur les sujets liés à sa recherche, en l'influençant très peu. Ceci garantit donc l'absence de biais et va dans le sens d'une plus grande scientificité (Roussel et Wacheux, 2005).

Les thèmes listés dans le guide d'entretien servent à orienter les propos du sujet interrogé sans les influencer. Si les thèmes définis au préalable ne sont pas abordés spontanément par l'interviewé, le chercheur peut alors les aborder par le biais de questions ouvertes. La non directivité de l'entretien réside dans la souplesse de son déroulement. L'animateur laisse libre cours aux pensées du sujet interrogé pour ne pas influencer ses pensées. Par ailleurs, l'animateur doit écouter attentivement tout ce qu'on lui dit sans manifester de réactions (« attention positive conditionnelle »). Durant l'entretien, l'animateur doit aussi faire preuve d'empathie en faisant comprendre à son sujet qu'il le comprend.

- *L'observation exploratoire :*

L'observation exploratoire consiste à laisser courir son regard sans s'obstiner sur une seule piste, à écouter sans se contenter d'un seul message et à s'imprégner du terrain de recherche (Quivy et Van Campenhoudt, 2006). De manière plus générale, l'observation est une technique de collecte de données primaires visibles et audibles. Elle permet d'accéder à l'expérience vécue par les acteurs en situation et d'en décoder le sens. Par ce mode de collecte de données, le chercheur observe de lui-même, *de visu*, les processus et les comportements se déroulant sur le terrain d'étude. Grâce à ce mode de collecte de données, « *le chercheur peut analyser des données factuelles dont les occurrences sont certaines, plutôt que des données verbales dont l'inférence factuelle est sujette à caution* » (Thiétart et al. 2007).

Avec cette méthode de recherche qualitative, c'est le chercheur qui devient l'outil même de la collecte des données. Cela implique une mobilisation complète de sa part, y compris quand il s'agit de « sentir » les situations vécues par les acteurs. L'observateur doit être attentif afin de capter tous les éléments qui ne sont pas directement visibles ou écoutables mais qui se révèlent parfois décisifs dans la compréhension des phénomènes étudiés. Nous avons particulièrement veillé à observer de manière très attentive les cadres de santé et à échanger avec eux sur la manière dont ils ressentaient les choses. L'attention s'est portée sur les cadres de santé mais aussi sur les personnes avec qui ils interagissent, sur les contextes (physiques, organisationnels et institutionnels), sur l'ensemble des ressources qu'ils mobilisent, sur ce

qu'ils perçoivent comme problèmes et sur l'ensemble des situations dans lesquelles ils sont engagés. Le but étant de s'imprégner au mieux du terrain afin de mieux le comprendre.

Jorgensen (1989) distingue deux formes d'observation en fonction du point de vue du chercheur par rapport aux sujets observés :

- L'observation participante : *le chercheur adopte un point de vue interne.*
- L'observation non participante : *le chercheur conserve un point de vue externe.*

Dans le cadre de notre recherche, nous avons mené une **observation non participante (ou passive)** durant laquelle le chercheur a observé « de l'extérieur » les comportements des acteurs concernés sans participer à leurs activités. Pour cela, il a fallu se faire accepter par le groupe observé. Une explication a donc été donnée au groupe quant aux raisons de la présence du chercheur et à la nature de son travail. Cela a permis au chercheur de pratiquer une observation *in situ*, essayant d'être présent sans bouger ni parler et tentant de se faire oublier. Le chercheur a aussi tiré parti de sa présence physique auprès des cadres de santé pour enrichir les données collectées en leur posant des questions soit en lien direct avec leurs fonctions, soit sur d'autres sujets, plus éloignés de l'activité directement observée.

Nous avons donc organisé des journées d'observation auprès de cadres de santé pour visualiser les différentes activités qu'ils avaient énumérées durant les entretiens. Dans notre cas, le but principal de l'observation a été d'enrichir les données déjà collectées avec les entretiens réalisés au préalable et reposant uniquement sur du déclaratif. Le regard « neuf » porté par le chercheur permet d'aller au-delà des entretiens menés avec les répondants, lesquels peuvent omettre certains éléments considérés comme allant de soi. L'observation était aussi un moyen d'accéder à des éléments tacites qui n'auraient pas été abordés en entretien ou aux éléments implicites des discours. L'observation directe est d'autant plus intéressante qu'elle permet de briser la façade des discours convenus pour accéder aux pratiques et aux modes de fonctionnement de l'organisation étudiée. Elle permet aussi d'éviter les biais de reconstruction *a posteriori* des entretiens durant lesquels les répondants font appel à leurs souvenirs parfois imprécis et lacunaires.

2 LA COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données pour la phase exploratoire s'est déroulée en plusieurs étapes qui sont retracées dans le tableau 2 :

Tableau 2 : Déroulement de la phase exploratoire

Date	Mode de collecte des données	Objet
Mars 2011	Entretien avec le Directeur Coordonnateur Général des Soins du CHRU	<ul style="list-style-type: none">• Présentation du sujet de l'étude• Recueil d'informations relatives au CHRU• Demande d'accord pour réaliser l'étude exploratoire• Constitution de l'échantillon
Juin- Octobre 2011	Entretiens avec 10 cadres de santé et 3 cadres supérieurs de santé du CHRU	<ul style="list-style-type: none">• Exploration des tensions de rôle des cadres de santé et des stratégies d'ajustement pour y faire face
Août 2011- Juin 2012	10 journées d'observation avec 2 cadres de santé	<ul style="list-style-type: none">• Exploration du terrain « visuellement »
Octobre- Novembre 2012	Entretiens avec 1 cadre de santé et 1 cadre supérieur de santé du CHRU	<ul style="list-style-type: none">• Exploration des tensions de rôle et des stratégies d'ajustement pour y faire face

2.1 Les entretiens semi-directifs

La collecte des données par les entretiens s'est organisée en trois étapes. Dans un premier temps, il a fallu réaliser un guide pour structurer l'entretien. Ensuite, nous avons constitué l'échantillon des individus à interroger. Enfin, nous avons réalisé les entretiens en face à face auprès de l'échantillon sélectionné.

- *Le guide d'entretien :*

Suite à la revue de littérature, plusieurs questions se sont posées : Dans un contexte de Nouveau Management Public à l'hôpital, les cadres de santé développent-ils des tensions de rôle ? Si oui, quelles sont-elles et comment les cadres de santé y font-ils face ? Pour répondre à ces questions, nous avons construit le guide d'entretien autour de six grands thèmes relatifs à l'objet de notre recherche (Tableau 3).

Pour commencer l'entretien, nous avons remercié chaque répondant pour sa disponibilité et sa collaboration. Nous lui avons assuré l'anonymat des réponses et demandé son accord pour

enregistrer l'entretien. Nous lui avons expliqué de manière synthétique le sujet et les objectifs de notre recherche (soit : « *l'identification des stratégies d'adaptation des cadres de santé face aux tensions de rôle liées au Nouveau Management Public mis en place à l'hôpital* »), pour collecter les données de façon plus centrée et plus rapide. Pour cela, nous avons abordé brièvement le concept des tensions de rôle en l'illustrant d'exemples. Les questions du guide ont été formulées de manière à inciter les répondants à parler de ce qu'ils vivent à cet égard, et ce, tel qu'ils se le représentent (nous avons favorisé les questions ouvertes et neutres).

Les premières questions concernant le cursus des répondants ont permis de connaître les caractéristiques personnelles et environnementales de chacun qui ont pu influencer les situations qu'ils ont vécues. Elles ont aussi permis de créer un climat favorable à l'échange et de mettre les répondants en situation de confiance. Les questions relatives à la satisfaction sur le poste de cadre de santé ont permis de faire ressortir la vision du rôle qu'ont les cadres de leur métier. Pour poursuivre, les questions sur les changements et leurs conséquences perçues par les cadres durant ces dix dernières années ont permis de mettre en évidence les différentes tensions de rôle développées dans un tel contexte. Enfin, nous avons interrogé les cadres sur les différentes stratégies qu'ils utilisaient pour faire face aux tensions de rôle énumérées ultérieurement durant l'entretien. Nous avons terminé chaque entretien en invitant le répondant à compléter l'interview s'il le souhaitait.

Tableau 3 : Le guide d'entretien de l'étude exploratoire

Thème 1 : Le cursus et la situation actuelle du cadre de santé

1. Quel est votre parcours professionnel ?
2. Quelle est votre ancienneté sur le poste de cadre de santé ? Quel est votre âge ?
3. Quelles sont les caractéristiques actuelles de la fonction de cadre de santé (activités, fonctions, responsabilités...) ?

Thème 2 : Les satisfactions du métier de cadre de santé

1. Quelles sont les satisfactions que vous apporte votre poste (variété des tâches, relations interpersonnelles, relation au soin, intérêt au travail...) ?

Thème 3 : Les changements issus de la nouvelle gouvernance à l'hôpital et vécus par les cadres de santé

1. Depuis les nouvelles réformes et réorganisations à l'hôpital (pôles, T2A...), quels sont les changements relatifs aux tâches, à l'organisation du travail, à la charge de travail, à l'autonomie et aux responsabilités du cadre de santé ?

Thème 4 : Les tensions de rôle liées aux changements vécus par les cadres

1. Quelles sont les tensions de rôle que vous percevez comme étant liées à ces changements ?
 - **Surcharge de travail** (quantitative : volume de travail, et qualitative : difficulté de la tâche) ?
 - **Conflit de rôle** : attentes incompatibles entre elles (de la part d'un émetteur ou de plusieurs émetteurs), attentes en contradiction avec vos valeurs, difficultés concernant la conciliation vie professionnelle/vie privée ?
 - **Incapacités à remplir les rôles** du fait d'une insuffisance de compétences, d'informations, d'autorité ou de moyens techniques ?
 - **Ambiguïté de rôle** : information manquante pour occuper la position dans l'organisation, sur le plan de la performance (incompréhension des standards à atteindre), des procédures ou de la planification ?

Thème 5 : Les conséquences des tensions de rôle sur le bien-être et la santé des cadres

1. Quelles sont les conséquences des tensions de rôle sur votre performance au travail (développement de nouvelles compétences et de nouveaux comportements) ?
2. Quelles sont les conséquences des tensions de rôle sur votre bien-être au travail ?
3. Quelles sont les conséquences des tensions de rôle sur votre santé physique ou psychologique (fatigue, stress, arrêt maladie, découragement...) ?

Thème 6 : Les stratégies utilisées par les cadres pour faire face aux tensions de rôle

1. Quelles sont les solutions que vous utilisez pour faire face à ces tensions de rôle ?

- *La constitution de l'échantillon :*

Nous avons réalisé une série de 15 entretiens auprès d'un échantillon constitué de cadres de santé exerçant au sein d'un même Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU). Pour

cela, nous avons pris contact avec le Directeur Coordonnateur Général des Soins 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 avons aussi souhaité interroger des cadres supérieurs de santé pour qu'ils nous donnent un point de vue différent sur l'évolution de cette fonction à l'hôpital.

Le Directeur des soins nous a donné une liste de contacts 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 leurs visions 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 (Tableau 4).

Tableau 4 : Les caractéristiques de l'échantillon de cadres de santé interrogés

N° d'entretien	Durée de l'entretien	Genre (H/F)	Age (ans)	Ancienneté sur le poste de CS (années)	Nom du Pôle/Département ou structure	Fonction
1	1h02min	F	53	19	Pôle EMBRUN	Cadre supérieur de santé
2	1h00min	F	47	11	Bloc opératoire	Cadre de santé
3	1h11min	H	48	4	Anesthésie-Réanimation	Cadre de santé
4	1h13min	F	45	10	Imagerie médicale	Cadre supérieur de santé
5	1h33min	F	42	9	Pédiatrie	Cadre de santé
6	2h01min	F	54	6	Service diététique	Cadre de santé
7	1h22min	F	50	19	Pôle digestif	Cadre supérieur de santé
8	42min	F	51	17	Médecine Interne	Cadre de santé
9	1h29min	H	50	8	Psychiatrie	Cadre de santé
10	1h57min	F	48	7	Orthopédie	Cadre de santé
11	1h41min	H	47	8	Laboratoire	Cadre de santé

					d'Anatomie	
12	1h16min	F	48	11	Hépatogastro-entérologie	Cadre de santé
13	1h46min	F	52	17	Consultation	Cadre de santé
14	1h37min	F	44	2	Pédiatrie	Cadre de santé
15	1h29min	F	46	14	Pôle enfant	Cadre supérieur de santé

- *La réalisation des entretiens :*

Une première série de 13 entretiens a été réalisée sur une période de trois mois entre le mois de juin 2011 et le mois d'octobre 2011. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés au mois d'octobre 2012. Ces entretiens ont duré entre une heure et deux heures de temps. Pour réaliser les entretiens, nous avons pris directement rendez-vous (par courriel ou par téléphone) auprès des cadres de santé. Les entretiens se sont déroulés dans leur bureau, au sein de leur service. Cela nous a permis d'avoir accès à des données supplémentaires collectées par l'observation de leur bureau, de leur environnement immédiat ou encore de la nature des communications avec leur équipe.

Nous avons veillé à ce que l'entretien se déroule dans un environnement et un contexte adéquats. Nous étions seuls avec le répondant et la porte de son bureau était fermée. En revanche, nous n'avons pas pu empêcher le cadre de répondre lorsque le téléphone sonnait ou lorsqu'on frappait à sa porte. Les entretiens ont donc été parfois interrompus quelques minutes. L'observation minime mais intéressante de ces interruptions a aussi été l'occasion de collecter des données.

En début d'entretien, nous avons demandé aux répondants leur accord pour les enregistrer à l'aide d'un magnétophone avec micro incorporé. Tous ont accepté et n'y ont plus prêté attention après quelques secondes. Durant les entretiens, nous avons navigué entre les différentes thématiques du guide en adaptant la formulation des questions en fonction des interactions avec les répondants. Nous avons veillé à aborder toutes les thématiques du guide. Finalement, nous sommes arrivés à un seuil de saturation à partir du treizième entretien. Les deux derniers entretiens n'ont fait que confirmer les données déjà collectées.

Durant les entretiens, nous avons veillé à émettre tous types de reformulations et de relances pour faciliter la compréhension du discours du répondant et l'orienter vers les thématiques étudiées. Nous avons utilisé la reformulation-résumé (pour vérifier que le chercheur avait bien compris ce que le répondant avait voulu lui dire) ; la relance pour approfondissement (pour approfondir des éléments mentionnés par le répondant et qui portaient sur un thème du guide) ; le recentrage (pour recentrer l'entretien quand le répondant s'éloignait du sujet de recherche). Nous avons aussi fait le choix de rester ouverts sur des thèmes évoqués par les répondants qui n'étaient pas sur le guide d'entretien mais qui étaient intéressants pour la recherche. Par exemple : l'intention de quitter la profession, les projets professionnels futurs ou l'évolution du métier de cadre de santé non liée au Nouveau Management Public.

2.2 L'observation non participante

- *La constitution de l'échantillon :*

En complément des entretiens réalisés, nous avons organisé une dizaine de journées d'observation auprès de cadres de santé. Pour cela, nous avons demandé une autorisation auprès de la Direction des Soins du CHRU. Ensuite, nous avons demandé à un cadre déjà vu en entretien si nous pouvions passer des journées en observation à ses côtés. Lors de la deuxième journée d'observation, ce cadre de santé nous a présenté une collègue dont le profil (jeune cadre diplômée) nous a intéressés. Après lui avoir expliqué l'objectif de notre démarche, nous lui avons demandé si nous pouvions passer une journée en observation à ses côtés, ce qu'elle a accepté. Suite à cette nouvelle journée d'observation avec ce second cadre de santé, il nous a semblé intéressant de poursuivre nos observations avec ces deux collègues. Ces deux cadres de santé avaient une expérience très différente (l'un doté d'une longue expérience professionnelle et l'autre nouvellement recruté) et évoluaient au sein du même pôle d'activités dans deux services voisins (Tableau 5).

Il nous a semblé pertinent de poursuivre nos recherches au sein d'un même pôle, dans des services voisins et dans lequel les cadres se côtoient au quotidien. En effet, cela nous a permis d'observer d'une part, les relations de travail et interpersonnelles entre les deux cadres et d'autre part, les relations entre ces derniers et leur supérieur hiérarchique. En outre, du fait de notre présence plusieurs jours durant dans les couloirs des différents services du pôle, les personnels soignant et médical ont appris à nous connaître et se sont habitués à nous, ce qui a favorisé les comportements naturels. Nous avons donc observé ces deux cadres, en alternance,

avec une fréquence mensuelle, durant près d'un an, du mois d'août 2011 au mois de juin 2012. Nous avons pris soin de prendre note, dans un journal de bord, de toutes leurs activités quotidiennes, dès le début des observations, lesquelles débutaient vers 8h00 et se terminaient vers 17h00.

Tableau 5 : Les caractéristiques des cadres de santé observés

Fonction	Genre	Age (ans)	Ancienneté sur le poste de CS (années)	Nombre de journées d'observation
Cadre de Santé, Réanimation pédiatrique et pour nouveau-nés	Féminin	42	9	5
Cadre de Santé, Soins intensifs pour nouveau-nés	Féminin	43	1	5

- *Le carnet de bord :*

Notre stratégie d'observation visait à rendre compte des différentes facettes de l'activité des cadres de santé et à comprendre leur point de vue sur les situations quotidiennes. Nous avons donc utilisé le carnet de bord comme outil pour lister et décrire l'ensemble des activités observées. Sur ce carnet de bord, nous avons noté chaque fait et geste des cadres de santé, les contextes ainsi que l'objet de leurs conversations avec les personnes qu'ils côtoient au quotidien (cadres supérieurs, collègues cadres de santé, soignants, médecins, familles...). Pour chaque activité et interaction, l'heure précise de début était notée. Les observations ont ainsi été réalisées au gré des déplacements des cadres, sur différents lieux du CHRU (service du cadre de santé ; bureau du cadre, de ses collègues, de son supérieur hiérarchique, du secrétariat ou des médecins ; services voisins ; cafétéria ; salle de réunion...).

Ce mode d'observation choisi s'est accompagné de nombreux échanges entre le chercheur et le cadre de santé observé. L'un des enjeux étant de comprendre le point de vue du cadre de santé, il a fallu l'interroger sur ses intentions et ses interprétations au moment où il agissait. Les questions lui étaient posées immédiatement après une séquence d'actions pour ne pas le perturber dans son activité.

3 LE TRAITEMENT DES DONNEES

Pour traiter les données collectées, nous avons procédé à une **analyse de contenu**. L'analyse de contenu est « *une méthode de recherche qui utilise un ensemble de procédures pour faire des inférences valides à partir du texte* » (Weber, 1990). Elle permet de répondre à de nombreux objectifs que l'on peut répertorier en deux familles : les objectifs centrés sur le langage et les objectifs centrés sur le sens (Gavard-Perret et al., 2008).

L'analyse de contenu est définie par Bardin (2007) comme « *un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces messages* ». Elle consiste à identifier l'occurrence des thèmes étudiés et listés dans un « dictionnaire des thèmes ». Notons que lors de l'analyse des transcriptions, il est aussi possible d'identifier des éléments qui ne sont pas dans le dictionnaire des thèmes mais qui paraissent intéressants pour la recherche (Roussel et al., 2005).

3.1 La transcription des données

- *Les entretiens audio :*

Ils représentent plus de 21 heures d'enregistrement. Leur transcription réalisée de manière exhaustive, nous a permis d'obtenir un corpus de textes de 133 pages (police 12, interligne simple).

- *Les observations sur le terrain :*

Nous avons pris des notes sur un carnet de bord, afin de décrire les activités et comportements des cadres de santé observés. La transcription de ces notes pour obtenir un corpus de textes de 39 pages (police 12, interligne simple).

3.2 Le codage des données

Le codage correspond à une transformation des données brutes collectées qui permet de représenter le contenu et ainsi d'éclairer l'analyste sur des caractéristiques pertinentes du texte (Bardin, 2007). Les codes sont des étiquettes qui désignent des unités de signification pour l'information compilée au cours d'une étude (Miles et Huberman, 2003). Ils peuvent prendre la forme d'une étiquette catégorielle simple ou plus complexe.

Le codage d'un corpus débute par une lecture flottante, qui permet de déterminer les règles de découpage de celui-ci. Pour notre étude, nous avons choisi de découper le corpus en phrases (unités d'analyse ou unités de codage ou unités d'enregistrement). Certains codes thématiques ont été préétablis en lien avec la littérature sur les tensions de rôle et les stratégies d'ajustement. D'autres codes, plus généraux, ont été élaborés en cours d'étude. Le codage thématique a donné la possibilité de regrouper des résumés de segments de données en un nombre plus réduit de thèmes ou d'éléments conceptuels plus synthétiques (Miles et Huberman, 1994).

Par ailleurs, nous avons effectué un double codage, inter et intra-codeur, sur une partie des transcriptions, tel qu'il est préconisé par Miles et Huberman (1994). Ce double codage nous a permis d'affiner nos résultats quant à l'utilisation de certaines stratégies d'ajustement face à certains types de tensions de rôle. Cela nous a donné la possibilité de croiser les données sur les types de stratégies utilisées par les cadres pour faire face aux différentes formes de tensions de rôle développées.

3.3 La catégorisation des unités d'analyse

La catégorisation consiste à classer des éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis regroupement par genres. Elle a pour principal objectif de « *fournir par condensation une représentation simplifiée des données brutes* » (Bardin, 2007). Les catégories d'unités d'analyse sont des rubriques qui rassemblent des unités de codage (aux caractères communs ou aux significations proches) sous un titre générique. Pour notre analyse, nous avons choisi une catégorisation sémantique par thèmes.

Les différentes catégories (exemples : conflit de rôle intra-émetteur, conflit de rôle personne-rôle, ambiguïté de rôle liée à la tâche...) ont été regroupées au sein de rubriques déterminées en fonction de notre sujet de recherche (exemples : conflit de rôle, ambiguïté de rôle). Ces rubriques ont elles-mêmes été répertoriées en thèmes (exemple : tensions de rôle) plus généraux. Pour chaque catégorie identifiée, nous avons élaboré un codage en vue de faciliter l'analyse des données. Cette méthode des catégories a permis de classer les éléments de signification constitutifs des messages (Bardin, 2007).

L'étude « papier-crayon » demeurant la méthode conseillée pour analyser un phénomène (Capdevielle-Mougnibas, 2009 ; Fenneteau, 2002), nous avons réalisé une analyse de contenu manuelle. Nous avons parcouru les transcriptions et les notes de terrain crayon en main, en soulignant les unités afférentes aux catégories définies et en les identifiant par un code noté dans la marge.

Les données codifiées ont ensuite été répertoriées dans une grille d'analyse catégorielle qui a aidé à leur analyse. Notons que nous avons choisi de procéder à une analyse verticale des entretiens et des observations (analyse entretien par entretien et observation par observation) pour nous imprégner des logiques individuelles de chacun des répondants.

3.4 L'analyse des données

L'analyse des données a consisté à réaliser des inférences à partir des caractéristiques du message apparues suite à la codification (Thiétart et al., 2007). Notons que nous avons favorisé une analyse qualitative (plus intuitive et plus souple que l'analyse quantitative), qui s'emploie lors des phases de formation des hypothèses (Bardin, 2007). Avec l'analyse qualitative, « *l'inférence, chaque fois qu'elle est faite, est fondée sur la présence de l'indice (thème, mot, personnage...), non sur la fréquence de son apparition, dans chaque communication individuelle* » (Bardin, 2007). L'objectif n'étant pas de mesurer mais d'apprécier l'importance des thèmes dans le discours.

L'analyse qualitative vise à étudier les unités de codage dans leur contexte pour comprendre comment elles sont utilisées. Elle permet d'interpréter l'agencement des unités d'analyse en

les replaçant dans un contexte global. Elle sert aussi à formaliser les relations entre les différents thèmes d'un discours afin d'en traduire la structure (Thiétart et al., 2007).

Notons que l'analyse de contenu dispose de certains inconvénients. L'un d'eux est lié à l'étendue plus ou moins grande des catégories choisies. En effet, certaines unités de codage classées au sein d'une même catégorie peuvent ne pas refléter de la même manière la catégorie. Par ailleurs, l'analyse de contenu ne permet pas de saisir toute la richesse et les subtilités d'un langage (Thiétart et al., 2007).

Conclusion de la Section 1

Cette section nous a permis de présenter les objectifs et la méthodologie de notre étude exploratoire. Cette première phase exploratoire s'attachant à la découverte et à la compréhension du métier de cadre de santé, il nous a paru pertinent d'utiliser deux modes de collecte des données qui se complètent : l'entretien et l'observation. Les entretiens individuels semi-directifs nous ont permis d'identifier les perceptions que les cadres de santé ont de leur métier et de son évolution mais aussi les différents types de tensions de rôle et de stratégies d'ajustement qu'ils utilisent pour y faire face. Les observations nous ont permis d'accéder à l'expérience vécue par les cadres de santé en situation et d'en décoder le sens.

Par ailleurs, cette section nous a amenés à décrire le mode de traitement des données collectées par les entretiens et les observations. L'analyse de contenu nous a obligés à prendre du recul à l'égard des interprétations spontanées. Portant sur un support écrit (entretiens et notes retranscrits), elle a aussi permis de contrôler le matériel de recherche. Pour analyser les données collectées lors de cette phase exploratoire, nous n'avons pas eu recours aux techniques statistiques proposées par les différents logiciels existants. Nous utiliserons ces techniques pour valider les premiers résultats obtenus à l'issue de la phase exploratoire lors de la phase confirmatoire de notre recherche (cf. Chapitre 4).

Section 2 : Les résultats de l'étude qualitative exploratoire

Dans la première section de ce chapitre, nous avons présenté les objectifs et la méthodologie (entretien semi-directif et observation non participante) de notre étude qualitative exploratoire. Par ailleurs, nous avons décrit le mode de traitement des données collectées.

Dans cette deuxième section, nous allons présenter les résultats obtenus quant au développement de tensions de rôle chez les cadres de santé, dans un contexte de Nouveau Management Public. Dans un premier temps, nous présenterons l'établissement dans lequel l'étude exploratoire s'est effectuée. Ensuite, nous présenterons les résultats obtenus avec les entretiens et les observations menés auprès des cadres de santé. Nous débuterons avec les résultats relatifs à l'évolution du métier de cadre de santé et nous poursuivrons avec l'identification des tensions de rôle développées par les cadres de santé et des stratégies d'ajustement utilisées pour y faire face.

1 LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

L'étude exploratoire s'est effectuée au sein d'un Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU). Les CHRU se définissent par leur triple mission de soins, d'enseignement et de recherche – innovation auxquelles s'ajoutent désormais l'éducation sanitaire et la prévention. Les CHRU sont des établissements publics administratifs.

L'entretien réalisé en 2011 avec le Directeur Coordonnateur Général des Soins du CHRU a été très riche d'enseignement. Nous avons obtenu des informations relatives à l'organisation et la gouvernance de cet établissement. Ces informations ont été complétées par des recherches documentaires effectuées sur le site internet du CHRU. Toutes ces informations collectées ont permis de mieux appréhender le contexte du terrain étudié dans le cadre de ce travail doctoral.

1.1 La localisation de l'établissement

L'étude exploratoire a été réalisée au sein d'un CHRU du sud de la France. Ce CHRU est composé de sept établissements situés sur une même zone géographique qui s'étend sur 423

000 m² de bâtiments et 810 284 m² d'espaces verts. Il occupe le cinquième rang des Centres Hospitaliers Universitaires de France.

Ce CHRU est situé dans une région de France qui connaît une des plus fortes augmentations de sa population. C'est une région composée de villes moyennes qui abritent chacune un établissement public de santé. C'est une région marquée par le vieillissement de sa population et qui détient des indicateurs de précarité parmi les plus préoccupants de l'Hexagone. Par ailleurs, le bassin vit un fort contexte concurrentiel du secteur privé.

La mise en oeuvre du « *Projet médical 2007-2011* » de l'établissement était axée sur quatre impératifs :

- *Fluidifier les prises en charge,*
- *Améliorer le service auprès des malades,*
- *Etre plus efficient dans les activités,*
- *Ouvrir davantage le CHRU vers l'extérieur.*

Pour faire suite, le « *Projet d'établissement pour le patient 2013-2017* » porte sur quatre orientations stratégiques :

- *Adapter l'établissement à son environnement régional pour mieux répondre aux nouveaux besoins de la population,*
- *Faire partie des tout premiers CHRU en France au niveau de la qualité des soins, de la recherche, de l'innovation et de l'enseignement pour un service au patient de proximité, de recours et de référence,*
- *Développer la performance pour une meilleure qualité de service rendue aux usagers dans un contexte volontariste de retour à l'équilibre financier,*
- *Optimiser l'esprit d'appartenance par un management moderne au service du patient.*

Par ailleurs, fin 2012, le CHRU, l'ARS et l'ANAP⁵⁹ se sont engagés dans un programme d'amélioration de la performance de l'établissement, à travers la signature d'un contrat Performance. Ce contrat comporte six pistes opérationnelles :

⁵⁹ ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux.

- *Le développement de l'activité,*
- *Le renforcement de l'accessibilité pour la patientèle,*
- *La performance des fonctions cliniques,*
- *La performance du plateau technique,*
- *La mise en place d'une fonction hôtelière,*
- *L'amélioration de la facturation et du recouvrement.*

1.2 La gouvernance de l'établissement

- *Les instances du CHRU :*

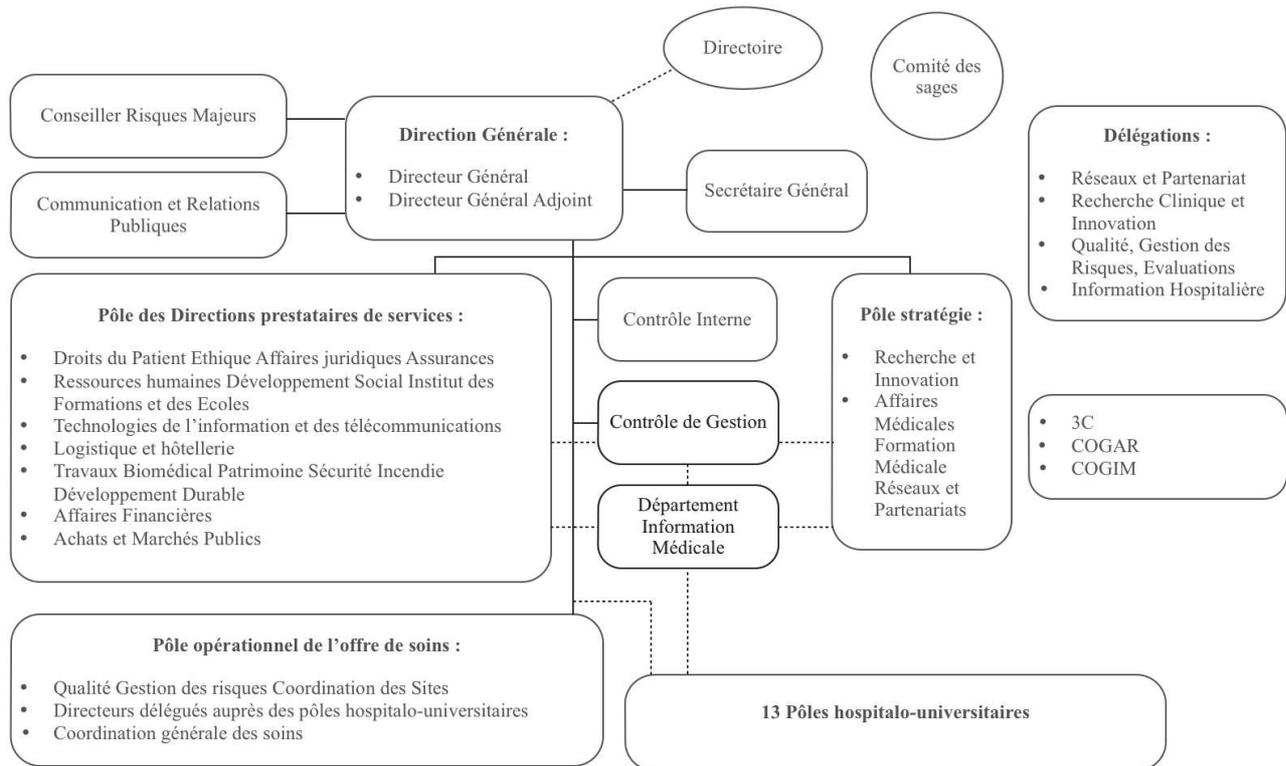
En 2011, l'établissement était composé de différentes instances :

- Un Conseil de surveillance,
- Un Directoire,
- Une Commission Médicale d'Etablissement,
- Des Sous-Commissions de la Commission Médicale d'Etablissement,
- Un Comité Technique d'Etablissement,
- Un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail,
- D'Autres Comités, Commissions et Délégations.

- *L'organigramme du CHRU :*

L'organigramme de gouvernance du CHRU est organisé en différents pôles rattachés à la Direction Générale (Figure 12) :

Figure 12 : L'organigramme de gouvernance du CHRU en 2011



• *Les pôles Hospitalo-Universitaires :*

En 2011, le CHRU étudié est composé de treize pôles hospitalo-universitaires placés chacun sous la responsabilité d'un praticien chef de pôle. Les chefs de pôle sont nommés par le directeur général de l'établissement. Les pôles d'activité (ancienne appellation des pôles hospitalo-universitaires) ont été créés en 2004 et mis en place en 2005. Chaque pôle hospitalo-universitaire est organisé, d'une part, en départements qui regroupent des équipes médicales, et d'autre part, en structures internes pilotées par un binôme constitué d'un cadre de santé et d'un médecin référent. Pour chaque pôle, le contrat de pôle qui précise les objectifs recherchés et les moyens alloués, est signé par le directeur général du CHRU et le chef de pôle. « Dans chaque pôle, un conseil de pôle, constitué de personnels médicaux et non médicaux a pour objet de permettre l'expression des personnels, de favoriser les échanges d'informations, notamment celles ayant trait aux moyens, de participer à l'élaboration du projet de pôle et du rapport d'activité, de faire toute proposition sur le fonctionnement » (Règlement intérieur du CHRU, Article 03, Organisation des soins).

- *La tarification à l'activité :*

Dans cet établissement, le passage à 100% à la tarification à l'activité (T2A) s'est réalisé durant l'année 2008. Avec ce mode de financement, c'est désormais l'activité de l'établissement qui est chiffrée en termes de recette. Avec la T2A, les établissements de soins publics sont passés d'une logique de moyens à une logique de résultats.

1.3 Quelques chiffres sur le CHRU

Notre étude exploratoire débutant en 2011, nous présenterons les chiffres relatifs à cette période. En 2011, tous pôles d'activité confondus, le CHRU disposait de 2 125 lits et de 551 places. En termes de capacité d'accueil, le poids du CHRU représentait 29% de tous les établissements publics et privés de son département. Son volume d'activité clinique représentait 71 318 journées au total (source : « *Chiffes clés du CHRU 2011*»). En 2010, le résultat du CHRU est déficitaire de plus de six millions d'euros (source : *Rapport de gestion 2010*). Le tableau 5 présente les effectifs en 2011.

Tableau 6 : Les effectifs en 2011 (source : "Chiffres clés du CHRU 2011")

Personnel	Effectifs
Personnel médical	1 362
Personnel non médical	8 839
Total personnel	10 201

1.4 Les cadres de santé du CHRU

Les cadres de santé du CHRU étudié représentent près de 300 personnes. Ils sont amenés à piloter une à plusieurs structures (unités d'hospitalisation, plateaux techniques, blocs opératoires, consultations) qui peuvent se situer dans différents établissements du CHRU. Ils ont en moyenne 30 à 35 agents sous leur responsabilité hiérarchique.

Au sein de chaque pôle, les cadres de santé sont pilotés par un cadre supérieur de santé. Le cadre supérieur de santé travaille au sein d'un trinôme pour gérer le pôle, en collaboration avec le praticien chef de pôle et le cadre administration du pôle. Chaque pôle est rattaché à une Direction des soins dirigée par un Directeur des Soins délégué. En haut de la hiérarchie

relative à l'offre de soins, on trouve le Directeur des Soins Coordonnateur Général des Soins qui coordonne quatre Directeurs des Soins délégués.

Suite à la présentation de cet établissement qui fait l'objet de notre étude exploratoire, nous pouvons faire plusieurs constats. D'abord, les derniers projets mis en place au sein de cet établissement ont tous en commun une volonté de qualité et de performance qui coïncide avec le Nouveau Management Public mis en place dans le secteur hospitalier. Ensuite, c'est un établissement qui a vécu les différents changements engendrés par les dernières réformes de la santé publique (constitution de pôles, introduction de la T2A, nouvelle gouvernance...). Par ailleurs, cet établissement de taille importante nécessite une organisation très complexe et très hiérarchisée, qui peut favoriser l'apparition de tensions de rôle chez le cadre de santé qui doit faire face à une pluralité d'attentes de rôle. C'est aussi un établissement, qui, par son contexte géographique et démographique, est particulièrement touché par des difficultés budgétaires.

Au vu de tous ces constats, ce CHRU paraît être un terrain d'étude intéressant. C'est un établissement qui a vécu et qui vit encore les changements nécessaires à la nouvelle gestion publique. Il correspond parfaitement au nouveau contexte actuel étudié dans ce travail de recherche. Ce type d'établissement nous semble donc être idéal pour étudier le développement de tensions de rôle en lien avec les nouveaux modes de management instaurés à l'hôpital public.

2 LES RESULTATS DE L'ETUDE EXPLORATOIRE

Dans cette partie, nous allons tout d'abord présenter les résultats obtenus quant à l'évolution du métier de cadre de santé. En effet, depuis la mise en place du Nouveau Management Public à l'hôpital, les cadres de santé interrogés perçoivent quelques évolutions de leur rôle à jouer au sein de l'institution. Ensuite, nous présenterons successivement les différentes tensions de rôle et les stratégies d'ajustement identifiées chez les cadres de santé interrogés dans le cadre de l'enquête exploratoire menée au sein du CHRU étudié.

2.1 L'évolution du métier de cadre de santé

Tout d'abord, l'étude révèle une « managérialisation » du métier de cadre de santé. En effet, les cadres tendent à s'éloigner du métier de soignant pour se rapprocher de celui de gestionnaire. Autrefois tournés vers les soins, les cadres de santé deviennent progressivement de réels gestionnaires au sein de leur unité. Les tâches administratives ont pris une part importante dans leurs activités quotidiennes. De plus, de nouvelles tâches administratives leur sont attribuées (exemple : la gestion des emplois du temps du personnel réalisée auparavant par le bureau de gestion). A cela s'ajoute une complexification de ces tâches (exemple : gestion des plannings de plus en plus difficile et qui réclame beaucoup de temps aux cadres) ainsi que la traçabilité et les procédures qu'elles engendrent.

« Avant, les agents allaient au bureau de gestion (qui gère l'administratif) pour gérer leur emploi du temps. La nouvelle gouvernance a créé une gestion administrative sûrement différente (heures supplémentaires)... Je gère le temps de travail de tout mon personnel (ce qui était fait par le bureau de gestion auparavant) » (CDS, Orthopédie).

« Les cadres de santé deviennent gestionnaires et les cadres supérieurs de santé encore plus, ce qui a un impact sur les cadres de santé » (Laboratoire d'anatomie).

« Il est de plus en plus difficile de garder contact avec le soin, et ça le sera de plus en plus puisque les cadres de santé sont amenés à prendre en charge de plus en plus de services » (CDS, Pédiatrie).

« Il y a plus de traçabilité, plus de quantitatif que de qualitatif perçu » (CSDS, Pôle Digestif).

« Tous les services ont des procédures qui rajoutent de la lourdeur aux services de soins. Ca, ce n'est pas la priorité des équipes soignantes. Quand il y a des dysfonctionnement, s on fait appel aux cadres de santé » (CDS, Médecine interne).

« Plus de procédures, d'évaluations, de traçabilité... Ca a énormément augmenté par rapport à il y a 10 ans en arrière. On ne sort pas toutes les nouvelles procédures pour les

équipes. Il faut les décoder, les réfléchir avec des référents (en hygiène par exemple) et les travailler avec l'équipe pour les adapter au service. Le protocole est le même pour tout le CHU mais chaque service est différent. On étudie la procédure, comment l'adapter au service (faire une fiche technique). C'est un travail qu'on n'avait pas à faire avant » (CDS, Hépatogastroentérologie).

Ensuite, l'enquête révèle que depuis la mise en place des pôles d'activité dans l'établissement, les cadres supérieurs de santé se sentent beaucoup plus isolés. La création des pôles a modifié l'organisation du travail au sein du CHRU. Chaque pôle fonctionne désormais de façon isolée, comme « une petite entreprise ». Cette **autonomie** est exacerbée par la concurrence qu'il peut y avoir entre les différents pôles de l'établissement. Les cadres de santé, quant à eux, se sentent beaucoup plus autonomes, avec davantage de responsabilités liées à la « managérialisation » de leur métier. Avec l'apparition des pôles, les cadres de santé semblent avoir gagné en liberté de prise de décision par rapport au cadre supérieur, devenu apparemment moins disponible.

« Depuis la mise en place des pôles, les cadres supérieurs de santé sont beaucoup plus isolés... Les pôles sont devenus des PME. Et ça communique assez peu depuis. A cause d'une part de la surcharge de travail, il n'y a pas la proximité géographique, et parce que ça crée une concurrence entre les pôles... Les cadres de santé sont positionnés sur la partie clinique mais de plus en plus managériale. Ils ont davantage de responsabilités. Avant les cadres de santé étaient toujours assujettis à quelqu'un. Là ils sont presque responsables d'un budget, ils rendent des comptes sur le matériel, l'opérationnalité d'un service... Les tâches sont plus variées » (CSDS, Pôle Digestif).

« Je me sens plus isolé dans mes prises de décisions. Je suis plus autonome... Moins de lien avec les collègues et le cadre supérieur de santé » (CDS, Psychiatrie).

« Avant les pôles, il y avait un cadre supérieur pour 2-3 services, il y avait un chef de service, et puis la Direction. On était certainement moins autonome puisque le cadre supérieur était vraiment avec nous dans le travail de l'accompagnement et la gestion des équipes, ce qu'on n'a plus maintenant » (CDS, Hépatogastroentérologie).

Enfin, notons que depuis la mise en place du Nouveau Management Public dans cet établissement, les cadres de santé perçoivent une **pression budgétaire** grandissante, qui a des conséquences sur leur rôle à jouer au sein des unités de soins. En effet, aux yeux des cadres interrogés, les aspects budgétaires deviennent très importants, et cela au détriment du soin. Certains ont du mal à intégrer de nouvelles notions telles que la rentabilité et le profit dans leur logique et leur façon de travailler. Avec l'apparition de la tarification à l'activité, il y a un intérêt grandissant pour la production et la compétitivité. Ce qui a des conséquences sur le travail des cadres, contraints à faire plus, avec moins de moyens. Dans ce contexte, les cadres de santé doivent désormais concilier leur culture de soignant à une nouvelle culture de gestionnaire.

« Pour les effectifs : c'est un gros souci car il faut avoir les effectifs nécessaires pour fonctionner. Si une infirmière ou une ASH est absente, on peut faire appel au pool de remplacement, mais il se réduit comme peau de chagrin. On doit donc compter sur ses propres forces... On demande alors aux agents de faire des heures supplémentaires mais on a aussi obligation de respecter les repos hebdomadaires des agents... Au niveau du pôle, contrôlé régulièrement par la direction, il m'est souvent reproché de trop consommer d'heures supplémentaires. Surtout au regard des activités. Car il faut que les activités réalisées rapportent de l'argent mais en même temps, il y a aussi des activités dans les pôles qui ne rapportent pas... Je dois pour ma part rendre des comptes sur toutes les heures supplémentaires... Jusqu'à il y a environ 7 ou 8 ans, on pouvait parler encore de service de soins avec une philosophie du soin... Actuellement, on est complètement écrasé par les aspects budgétaires » (CSDS, Pôle EMBRUN).

« Aujourd'hui, on me demande de justifier les lignes budgétaires, et pas seulement les miennes, mais aussi celles des médecins... On est devenu beaucoup plus managers d'équipes, avec tout ce qui va avec : le management avec des objectifs... Aujourd'hui, je sais que les cadres de la fonction publique commencent à tendre vers les cadres de la fonction privée, avec les objectifs en termes de chiffres... les « vieux » cadres, on ne peut pas leur parler de fric. Dès qu'on leur parle de fric, d'objectifs, de tarification, ça heurte leurs valeurs. Mais vraiment beaucoup quoi... Moi ça ne me met pas en colère, je comprends qu'aujourd'hui, on nous demande des objectifs en termes de chiffres. Après, il faut que ce soit en lien avec le

projet de soins, avec les patients et ça, j'essaie de le mettre en musique tous les jours » (CDS, Pédiatrie).

« Avec l'apparition de la tarification à l'activité, montée en charge avec une très forte sensibilisation du corps médical à la production, il faut produire pour être compétitif » (CDS, Bloc opératoire).

« On essaye de faire de la rentabilité à tout prix et ça commence à devenir très problématique sur la prise en charge des patients. Tout doit être négocié et justifié (utilisation de matériel, les dépenses du service...) » (CDS, Pédiatrie).

« C'est lié aux pôles, à la nouvelle gouvernance et à cette politique de restriction budgétaire où les cadres de santé déroutent. Ça fait 4 ou 5 ans que la situation a beaucoup changé » (CDS, Médecine interne).

« La notion de rationalisation des moyens, la notion de comptes à rendre, d'occuper des lits... Toutes ces notions existaient, mais pas de la même façon qu'aujourd'hui... Il est arrivé en 2007-2008 quelque chose de très marquant sur l'hôpital, c'est la mise en place d'un système informatique de gestion décisionnel... On est capable d'avoir une visibilité pointue, que ce soit dans les dépenses ou dans les recettes de l'activité... Et en parallèle, on a vu effectivement la loi HPST, avec la mise en lumière du déficit, parce qu'avant ça ne se disait pas, on ne parlait pas chiffres dans le monde de la santé, ça ne se faisait pas... On est passé à quelque chose de plus rigide, de type carcan, où on s'est mis à parler gros sous. D'autant plus avec la loi sur la délégation de gestion et la création des pôles qui s'est affinée... ... On est dans un revirement complet parce qu'on commence à parler d'attractivité, de compétitivité.....Il y a aussi le contexte général de la santé en France, le déficit du pôle enfants est de 5 millions d'euros... Avec la T2A, une appendicite chez un adulte vs l'appendicite chez un enfant, c'est payé par la sécu de la même façon, sauf que je suis désolée, vous mettez une infirmière pour 20 adultes malades alors que vous mettez, je sais pas, 2 puéricultrices pour 20 malades... Donc de toute façon, le déficit est structurel... On a réellement basculé dans un management qui est un management d'entreprise... On a quand même basculé dans une gestion qui est devenue très comptable » (CSDS, Pôle Enfant).

« La pression de la T2A impose plus de rendement et un travail du cadre de santé plus important pour trouver des lits » (CDS, Orthopédie).

Ces premiers résultats confirment que le Nouveau Management Public mis en place au sein de l'établissement étudié a des conséquences en termes d'évolution sur le métier de cadre de santé. Nous supposons que cette évolution engendre un développement de tensions de rôle chez cet acteur du soin. En effet, les cadres de santé sont désormais tiraillés entre deux manières de penser l'organisation des soins. Ils sont sujets à des injonctions paradoxales liées d'une part, aux impératifs de gestion et d'autre part, aux impératifs de soin. Par ailleurs, leur position frontalière (à l'interface entre médecins, Direction de l'établissement et soignants) est potentiellement source de conflits au regard des attentes de chacune des parties, qui ne sont pas toujours conciliables.

« Je suis à l'interface entre ma hiérarchie, l'institution et le terrain,... Je suis gestionnaire d'une équipe, gestionnaire du matériel du service,... En plus il faut s'occuper des médecins » (CDS, Pédiatrie).

2.2 Les tensions de rôle identifiées

Les tensions de rôle perçues par les cadres de santé à l'hôpital public sont similaires à celles d'autres personnels évoluant dans d'autres secteurs d'activité. Il s'agit de conflits de rôle, d'ambiguïtés de rôle et de surcharge de travail. Cela a pu être vérifié à travers les résultats obtenus suite à l'étude exploratoire réalisée. Ces résultats seront illustrés à travers des verbatims issus des différents entretiens menés pour cette étude.

2.2.1 Les conflits de rôle

- *Les conflits de rôle intra-émetteur :*

Les cadres de santé interrogés nous ont plusieurs fois révélé être obligés de répondre à des injonctions contradictoires de la part de la Direction (exemple : exigence de qualité et exigence de quantité dans la production de soins). Nous avons observé que les moyens fournis par l'hôpital ne sont pas toujours en adéquation avec les injonctions de la Direction et la qualité nécessaire à la prise en charge des patients. Par exemple, les cadres de santé doivent continuer à fournir la même production de soins mais avec moins de personnel qu'auparavant.

Avec les restrictions budgétaires, les agents absents sont de plus en plus difficilement remplacés et les équipes de soins doivent réaliser la même charge de travail avec un effectif moindre. Cela provoque des conflits de rôle chez le cadre de santé, responsable de la gestion optimale de son unité.

« D'un côté, on a une injonction de produire de la qualité et de la sécurité et d'un autre côté, si vous ne produisez pas, ça ne va pas... C'est très difficile de lier logique de soin et logique chiffrée » (CDS, Bloc opératoire).

« Quand il y a de l'absentéisme, on doit faire le même travail mais avec moins de personnel pour respecter les injonctions de la Direction » (CDS, Orthopédie).

« On nous demande de faire de l'hygiène, que les patients soient bien installés et on ne nous donne pas les moyens... Ca fait huit mois que j'attends des matelas » (CDS, Orthopédie).

« La Direction me donne des objectifs sans me donner les moyens d'y arriver... Par exemple, avec la création du SMUR pédiatrique, on me demande de faire la même chose et plus, avec le même personnel » (CDS, Pédiatrie).

- *Les conflits de rôle inter-émetteur :*

En tant que cadre de proximité, le cadre de santé tient une place bien particulière au sein des établissements de soins. Il a un rôle d'articulation parfois difficile tentant de répondre, d'une part, aux injonctions de la Direction, et d'autre part, aux attentes de son équipe. Ces deux types d'émetteurs ont des attentes parfois contradictoires, qui peuvent créer des conflits chez le cadre. Par exemple, la Direction impose un contrôle et une traçabilité des activités de soins qui sont souvent perçues comme de l'inspection de la part du personnel soignant. Par ailleurs, pour satisfaire les besoins de l'établissement, le cadre de santé est contraint de pénaliser ses agents en modifiant leurs jours de récupération fixés. En revanche, il est aussi obligé de tenir compte des attentes de son équipe qu'il a besoin de fidéliser. En outre, les agents reprochent à leur cadre de ne pas passer assez de temps en soutien à l'équipe, au sein des unités, au profit d'activités dédiées à la gestion administrative du service.

« La logique de contrôle et de traçabilité est souvent perçue comme du flicage et une individualisation de la tâche par les agents » (CSDS, Imagerie Médicale)

« 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 ne tiennent pas. Dans un service comme ça, on a entre 50 et 60 morts d'enfants par an. Les filles doivent tenir. Pour cela, je dois trouver un juste équilibre... » (CDS, Pédiatrie).

« Les cadres de santé ont accès aux bilans d'activité, elles ont l'information, mais pour les équipes, la route est encore longue... Les équipes, ce n'est pas leur préoccupation. Elles ne sont pas des gestionnaires. C'est ce qui fait partie de la difficulté du travail de cadre. L'exemple typique, c'est le poste vacant à remplacer. Les filles se retrouvent plus ou moins en sous-effectifs et vont râler. La réponse du cadre va être « Ok, il manque un poste fonctionnel, mais il y a 2 lits de libres, donc ça ne va pouvoir le faire ». Et ça, l'équipe a du mal à l'accepter. Si pour l'équipe, on est censé être quatre dans le service par exemple, vous pouvez tomber sur des agents qui peuvent râler. Pour les cadres de santé, en ce moment, c'est un travail particulièrement difficile parce qu'il faut amener les équipes à cette façon de penser, à ce raisonnement, et ce n'est pas simple » (CDS, Pédiatrie).

Les cadres supérieurs de santé se trouvent eux aussi dans cette même situation de conflit de rôle : ils doivent gérer des attentes différentes de la part de la Direction de l'établissement et des équipes de cadres de santé.

« Par exemple, les restructurations en chirurgie... Pour la précédente, le constat était qu'il y avait trop de lits de chirurgie inoccupés. C'était très confortable, on avait toujours de la place mais un lit inoccupé est un lit qui coûte plus cher qu'un lit avec un patient, évidemment. Mon travail de cadre supérieur a été de faire comprendre et surtout adhérer les cadres à fermer des lits et à répartir du personnel, avec les organisations syndicales qui râlaient... Le travail pour moi était d'analyser la demande institutionnelle et ensuite de la traduire à mon équipe » (CSDS, Pôle Pédiatrie).

- *Le conflit de rôle inter-rôles : le conflit travail-famille :*

L'exemple de conflit de rôle inter-rôles le plus cité est celui de la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle. Plusieurs cadres ont révélé avoir des difficultés à se déconnecter complètement de leur travail lorsqu'ils quittent leur poste. L'activité de cadre est une activité très prenante qui peut interférer avec la vie privée. En période difficile, les cadres ont du mal à oublier et à lâcher prise avec leurs responsabilités professionnelles. A cela s'ajoutent les responsabilités familiales qu'il est parfois difficile de concilier avec un tel métier. Les cadres de santé, qui sont pour la plupart des mères de famille avec des enfants à charge, ont du mal à concilier leur vie professionnelle avec leur vie privée. Ce métier nécessite un investissement en énergie et en temps important.

« Je n'arrive pas toujours à me déconnecter complètement, ça peut réveiller la nuit si vous êtes un peu fatigué. Si vous êtes en vacances ça peut continuer à vous habiter quelques temps » (CDS, Bloc opératoire).

« Je n'arrivais pas à déconnecter pendant mes week-ends et mes vacances, je dormais de moins en moins, je perdais l'appétit, j'ai perdu 15 kg en un an... j'ai eu un traitement sous antidépresseurs » (CDS, Anesthésie-Réanimation).

« J'habite assez loin de l'hôpital donc je viens très tôt le matin. J'arrive à 7h15 et 7h45... Avec les embouteillages, je suis obligée de partir tôt le matin. Et le soir, je me tape au minimum une 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 6^{ème} a été difficile parce que j'étais moins disponible. D'autant plus qu'il est dyslexique et qu'il a besoin de soutien. Du coup, l'année prochaine il sera aussi interne » (CDS, Pédiatrie).

« Quand il y a des gros soucis, il m'arrive de ne pas déconnecter du week-end » (CDS, Service Diététique).

« Mes enfants sont souvent sur le trottoir, et ça me gonfle vraiment ! » (CDS, Pédiatrie).

« Mon mari ne comprend pas pourquoi le service appelle un dimanche pour me dire que l'équipe était en sous-effectifs » (CDS Pédiatrie).

- *Les conflits de rôle personnels :*

Les cadres de santé sont d'anciens soignants qui ont choisi ce métier pour son utilité et sa relation avec le soin. La rentabilité et le profit n'ont jamais été leurs objets de motivation. Il leur paraît donc difficile d'accepter de favoriser la production à la qualité de service et de prise en charge des patients. Dans ce nouveau contexte de performance en lien avec le Nouveau Management Public, certaines logiques et comportements leur semblent inacceptables. Ils nous ont révélé avoir été parfois dans des situations en totale contradiction avec leur propres valeurs.

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

« J'ai été témoin de choses en contradiction complète avec mon idéal de travail... Je ne retrouvais rien à ce qui correspondait à mes valeurs » (CDS, Anesthésie-Réanimation).

« Comment continuer à travailler quand il n'y a aucune satisfaction par rapport à ce qu'on fait ? Là, ça heurtait mes valeurs » (CDS, Consultations).

« On a voulu transporter des jumeaux auprès de leur mère qui était au DAR⁶⁰ en train de mourir... Mais ça a été quatre heures au téléphone pour faire fléchir un monsieur qui était aux transports, qui ne voulait pas faire ce transport parce que ça coûtait trop d'argent. Les ambulances privées demandaient 150 € au père mais moi je ne pouvais pas, dans mon cœur de soignant, je ne peux pas faire payer ce papa qui est en train de perdre sa femme... C'est pas simple, c'est sûr que ça met en tension du coup mes valeurs de soignante, ma présence ici, ça remet en question plein de choses... Je me dis que j'ai pas fait ce métier là pour me faire dire « tu vas devoir réorganiser tes lits, tu dois justifier pourquoi tu utilises cinq circuits et pas trois », alors que j'arrive pas à faire transporter deux jumeaux auprès de leur mère

⁶⁰ DAR : Département d'Anesthésie-Réanimation.

mourante. Là je me suis dit : « Si j'arrive pas à faire transporter ces jumeaux, j'arrête, je ne peux pas continuer à travailler comme ça, c'est inconcevable ! » (CDS, Pédiatrie).

Les cadres supérieurs de santé se trouvent eux aussi dans cette même situation de conflit de rôle où ils doivent gérer des attentes de la part de la Direction de l'établissement en contradiction avec leurs propres valeurs.

« J'ai eu une demande de la part de quelqu'un de haut placé pour agir sur l'évaluation d'un agent. Donc, j'ai été sollicitée pour un agent qui était sous la responsabilité d'un cadre de santé. J'ai répondu : « Non, je ne le ferai pas, c'est contre mes valeurs professionnelles, pour telles et telles raisons » » (CSDS, Pôle Pédiatrie).

2.2.2 Les ambiguïtés de rôle

Quelques exemples d'ambiguïtés de rôle liées à la tâche ont émergé de l'analyse des données collectées. En revanche, les résultats de l'étude n'ont pas révélé l'existence d'ambiguïtés de rôle afférentes aux aspects socio-émotionnels (c'est-à-dire qui portent sur les conséquences des actions de l'individu pour lui-même, pour les autres et pour l'organisation).

- *Les ambiguïtés de rôle liées à la tâche :*

Les ambiguïtés de rôle développées par les cadres de santé semblent être liées à l'évolution du métier suscitée par la mise en place des dernières réformes hospitalières. Leur rôle est en train d'évoluer et ne correspond plus vraiment à l'image qu'ils s'en faisaient lorsqu'ils ont débuté leur carrière de soignant. Ils perdent leurs repères et s'interrogent sur le devenir de leur profession. L'incertitude quant à leur rôle à venir au sein de l'organisation hospitalière ne les rassure pas. Dans certains cas, cela tend à s'améliorer. Par ailleurs, ils se trouvent parfois dans des situations où ils doivent réaliser des tâches pour lesquelles ils n'ont pas été formés initialement (exemples : le recrutement du personnel, la gestion des conflits avec les familles...). La nouvelle gouvernance a aussi modifié le partage des fonctions managériales entre le cadre de proximité et son supérieur. Dans certains cas, le partage des rôles n'est pas toujours clair.

« La réforme sur la formation des cadres de santé crée une incertitude sur le rôle du cadre de demain. Son rôle est de plus en plus difficile à connaître car assez large et avec une grande autonomie... Les rôles ne sont pas bien définis. Demain, on risque de nous demander de faire ce job avec une formation et des capacités qu'on n'a pas. Tout ce qui se passe à France Télécom, ça tient à ça. Les métiers changent tellement qu'on se retrouve avec un boulot pour lequel on n'a ni la compétence, ni la motivation, parce que ce n'est pas le métier qu'on a choisi... On ne sait plus ce qu'on attend de nous » (CSDS, Imagerie médicale).

« On avait l'impression d'être dans des sables mouvants. On essayait de se rattraper avec des cordes mais il n'y avait rien pour se rattraper... J'avais du mal à comprendre qui faisait quoi, comment ça se passait réellement. Il y avait une sorte de nébuleuse, de flou autour de tous les projets, on ne nous disait rien. Je ne comprenais pas trop ce que faisait le cadre supérieur, c'était assez compliqué... Et puis, on a rebondi parce qu'aujourd'hui on est au courant de tout... Ca a été très nébuleux, vraiment ! Pas d'objectifs posés et des objectifs flous... « On fait quoi, comment je dirige mon équipe ? Où est-ce que je les emmène, c'est quoi les projets ? Où va l'hôpital ? » On ne nous parlait de rien. Et d'un coup, là, récemment les six derniers mois, on nous tient au courant » (CDS, Pédiatrie).

« Sans être le copain, des fois je fais office de mère, de tante, de soeur. Quand on parle de confusion des rôles, on est en plein dedans. C'est difficile parfois de remettre tout le monde à sa place » (CDS, Pédiatrie).

« Avec la mise en place de la nouvelle gouvernance... J'ai appris à travailler dans une grande autonomie, avec au début des difficultés à distinguer ce qui était de mon autonomie complète de ce qui dépendait du cadre supérieur de santé, en termes de responsabilités » (CDS, Psychiatrie).

2.2.3 La surcharge de travail

La « managérialisation » du métier de cadre de santé a des conséquences sur sa charge de travail. En effet, il passe de plus en plus de temps à réaliser des tâches administratives qui l'éloignent progressivement de son métier de soignant. Pour favoriser les tâches en lien avec le soin au sein des services, les cadres de santé font parfois le choix d'emporter du travail administratif à leur domicile. Durant les journées d'observation sur le terrain, nous avons pu

constater le nombre important d'heures passées par le cadre de santé à réaliser, modifier et remodeler les plannings du personnel. Par ailleurs, le cadre est un acteur du soin fortement sollicité au sein des unités en raison de ses multiples responsabilités et des activités qu'elles incombent (gestion quotidienne de la production de soins, gestion d'une équipe pluri professionnelle prestataire de soins, gestion de l'information relative au secteur d'activité, conduite de projet visant l'amélioration continue de la qualité...). Leur activité se résume en général à répondre à une succession de demandes d'origines multiples (personnel, étudiants, patients, administration, hiérarchie et autres parties prenantes du CHRU) qui surchargent leur travail quotidien. De plus, la tarification à l'activité impose un rendement important et par conséquent un flux de patients important, qui augmente la charge de travail du cadre de santé.

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

« Ces jours-là où je suis sollicitée sans arrêt, je rentre épuisée et morte. Je suis vidée de ma substance » (CDS, Pédiatrie).

« Il y a une forte sollicitation du cadre de santé par le personnel (accompagnement des jeunes infirmiers dans leur projet...) mais aussi par la hiérarchie supérieure... Quand je suis en surcharge, j'ai mal au cou, aux épaules. Mon corps parle » (CDS, Bloc opératoire).

« Parfois on a des filles qui font des SMS à 18h30 pour nous dire qu'elles ne seront pas là à 19h... Elles m'appellent sur le portable pour me dire qu'elles ne viendront pas. Ça ne s'arrête jamais quoi... Elles appellent le dimanche chez moi pour me dire leur problème d'effectif » (CDS, Pédiatrie).

« Le cadre est souvent la personne ressource qui est contactée en permanence par un tas de personnes... C'est une très grosse charge de travail (énorme)... Moi, au CHU, j'ai un titre de cadre de santé mais mes missions glissent vers des missions de cadre supérieur de santé (gestion de projets...). C'est intéressant mais je suis quelques fois en difficulté par rapport à la charge de travail » (CDS, Service Diététique).

« Des fois, tout arrive en même temps. Parfois tu ne peux pas te retrouver dans ton bureau parce que t'es harcelé par ton cadre supérieur, tu peux pas aller dans le couloir parce que t'as des médecins qui te sautent dessus pour x ou y raisons, tu rentres dans le service, tu te fais engueuler parce qu'il n'y a pas de linge... On appelle toujours le cadre de santé pour gérer les familles qui sont agressives mais je n'ai pas plus de formation que d'autres » (CDS, Pédiatrie).

« Le rendement imposé par la T2A augmente la charge de travail du cadre de santé... Je ne peux pas partir tant que tous les patients ne sont pas casés... On fait toujours plus d'heures que prévu » (CDS, Orthopédie).

« Il y a des moments plus difficiles que d'autres où tu te dis : « C'est pas possible quoi » « Je ne vais pas y arriver, j'ai trop de choses à faire » » (CDS, Pédiatrie).

« Une charge de travail énorme et au bout d'un moment, j'ai péché un câble » (CDS, Consultations).

« Quand j'ai trop de projets... et je n'ai pas le temps de les faire, parce que le bureau c'est un véritable moulin à vent, parce qu'untel a tel problème... A ce moment là, je ramène à la maison, pour faire face à cette surcharge » (CDS, Pédiatrie).

Les cadres supérieurs de santé se trouvent eux aussi dans cette même situation de tension de rôle où ils doivent gérer une surcharge de travail.

« Ce qui ne me plaît pas, c'est les dossiers pour lesquels je suis sollicitée et pour lesquels je n'ai pas eu suffisamment de temps pour les maîtriser. Ca, je n'aime pas. Il y a certains dossiers qui sont complexes, parce que c'est des budgets particuliers... Et je n'aime pas si j'aborde un sujet sans avoir toute l'information, soit je n'ai pas eu le temps de le bosser suffisamment, soit que je n'ai pas eu les interlocuteurs nécessaires pour voir le fond du problème... Les demandes, il y en a tout le temps. Oui, soyons honnête, on est plus sollicité, notamment avec la messagerie... Il faut quand même savoir que je me trimbale toujours avec 2 téléphones et un iPad » (CSDS, Pôle enfant).

En conclusion, les résultats de cette étude menée au sein d'un CHRU français confirment la perception de tensions de rôle chez les cadres de santé à l'hôpital public. Ces résultats révèlent que les cadres de santé développent les différentes formes de tensions de rôle (conflits de rôle, ambiguïté de rôle et surcharge de travail) évoquées dans la revue de la littérature. Plus précisément, nous avons identifié les formes de tensions de rôle développées par Kahn et al. (1964) : conflit de rôle intra-émetteur, conflit de rôle inter-émetteur, conflit de rôle inter-rôles, conflit personne-rôle et ambiguïté de rôle liées à la tâche. Ces résultats révèlent aussi que ces tensions de rôle se développent d'autant plus depuis la mise en place du Nouveau Management Public centré sur l'efficience et l'efficacité.

2.3 Les stratégies d'ajustement identifiées

Cette étude exploratoire nous a aussi permis d'identifier les stratégies d'ajustement déployées par les cadres de santé interviewés pour faire face aux tensions de rôle qu'ils développent et au stress qu'elles engendrent. Un double codage nous a permis d'affiner nos résultats au regard des stratégies utilisées. En effet, les analyses des données révèlent que des stratégies d'ajustement organisationnelles telles que le soutien de la hiérarchie, le soutien de l'équipe et le soutien des collègues sont adoptées face à plusieurs types de tensions de rôle alors que des stratégies d'ajustement individuelles sont plutôt utilisées face à des tensions de rôle plus spécifiques (Tableaux 7 et 8). Nous allons donc présenter dans cette partie, de manière successive, toutes les stratégies organisationnelles et individuelles identifiées grâce à cette étude.

2.3.1 Les stratégies organisationnelles

Nous entendons par stratégies organisationnelles les stratégies mises à disposition par l'établissement et que les cadres de santé peuvent choisir d'utiliser ou non pour faire face aux tensions de rôle et au stress engendré. Ces stratégies sont résumées dans le tableau.

- *Le soutien de la hiérarchie :*

Le cadre supérieur de santé (supérieur hiérarchique du cadre de santé) a le recul nécessaire pour rassurer et encourager les cadres qui ne voient souvent que le côté négatif des choses (absentéisme, revendication des familles des patients, décès...). A ce titre, la hiérarchie peut

être source de soutien d'estime. Pour la plupart des cadres de santé rencontrés, les cadres supérieurs de santé jouent un rôle de soutien, d'écoute et de bienveillance. Le cadre supérieur organise des rencontres régulières entre les cadres qu'il pilote pour faciliter l'échange d'expérience et le partage d'informations. Il est aussi source de soutien matériel ou instrumental lorsqu'il trouve des ressources humaines ou donne des heures supplémentaires pour résoudre les tensions liées au manque d'effectifs (conflits de rôle intra-émetteur et inter-émetteur). Lorsqu'il n'y a aucune solution de remplacement, les cadres supérieurs de santé acceptent de donner des heures supplémentaires afin que les cadres de santé puissent assurer la qualité de prise en charge des patients dans leurs unités. Enfin, ils constituent une source de soutien d'information à travers les conseils et les informations qu'ils fournissent aux cadres de proximité lorsqu'ils se retrouvent en situation d'incertitude (ambiguïté de rôle).

« C'est le soutien de la Direction en situation de burnout qui m'a aidé à rebondir »
(CS, Anesthésie et Réanimation).

« J'ai pleuré, j'ai pleuré. Plus personne ne pouvait m'adresser la parole du mercredi où j'ai appris ça, au vendredi où je suis partie en vacances. Dès qu'on me parlait je fondais en larmes, c'était un truc de fou. Je me suis dit que je devais arrêter là. Que je devais partir en vacances et que je ne devais pas revenir... Ma hiérarchie m'a beaucoup soutenue » (CDS, Pédiatrie).

- *Le soutien de l'équipe :*

La collaboration avec l'équipe de soignants permet aux cadres de santé de donner du sens à leur métier. Lorsque le cadre a des doutes et des incertitudes quant à son rôle au sein de l'organisation, les ressources que lui fournissent les interactions avec son équipe lui permettent de dissiper les ambiguïtés de rôle qu'il a pu développer. De plus, l'équipe peut être un soutien lorsque le cadre rencontre des difficultés afférentes à sa charge de travail. Par ailleurs, il peut arriver que l'équipe soit un soutien en situation de conflit de rôle inter-émetteur (exemple : attentes de rôles différentes de la part de la direction et des ASH).

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

« Quand je vois que c'est trop, il faut que j'y retourne. Je me ressourçe avec elles. C'est important pour elles de sentir que je suis là, je pense qu'elles ont compris que j'ai besoin d'elles aussi pour continuer à fonctionner » (CDS, Pédiatrie).

« Je suis proche de mes équipes. Quand j'en ai marre, je vais dans l'unité et je vais faire des soins avec les puers auprès des patients pour retrouver du sens à ce que je fais » (CDS, Pédiatrie).

« Quand mon équipe a appris ça (situation de conflit de rôle inter-émetteur), elle a été désespérée pour moi. Elles sont venues me voir en me soutenant, en me disant que s'il fallait, elles iraient à la direction... » (CDS, Pédiatrie).

- *Le soutien des collègues :*

Le soutien social des collègues paraît être une ressource importante chez les cadres de santé interrogés. C'est à la fois un soutien émotionnel, informatif et matériel. En cas de surcharge de travail, les cadres donnent de leur temps et soutiennent leurs collègues en réalisant certaines de leurs tâches pour les soulager. Une cadre de santé suivie en observation a bénéficié du soutien de sa collègue, qui a réalisé pour elle des tâches administratives afin que celle-ci puisse passer plus de temps auprès de son équipe de soin. Les collègues coopèrent entre eux pour résoudre les problèmes de manque d'effectifs (conflit intra-émetteur). Ils permettent également de diminuer la surcharge de travail du cadre à son retour de congés, contrôlant et assurant une gestion minimale de son unité durant son absence. Par ailleurs, ils représentent une source de soutien émotionnel lorsqu'ils acceptent de discuter et de débattre des situations compliquées et génératrices de stress (exemple : ambiguïté de rôle).

« On discute. On travaille beaucoup en binôme pour diminuer cette pression. On s'équilibre toutes les deux. On peut compter l'une sur l'autre. C'est un réel soutien » (CDS, Pédiatrie).

« Ce qui est intéressant, c'est de développer des alliances avec les collègues pour débattre et discuter des situations compliquées » (CDS, Bloc opératoire).

« On forme une équipe de cinq bons copains, on se voit à l'extérieur, on se dit tout, on partage l'information, on n'est pas en concurrence » (CDS, Anesthésie et Réanimation).

« Pour les problèmes d'absentéisme, il y a un soutien entre les cadres de santé » (CDS, Orthopédie).

« Alors heureusement, j'ai beaucoup de chance, je travaille avec X, avec Y (réfèrent en soins) avec qui je partage énormément. Elles supportent beaucoup de choses... C'est énorme de partager » (CDS, Pédiatrie).

Tableau 7 : Les stratégies d'ajustement (SA) organisationnelles déployées face aux tensions de rôle (TR)

SA TR	Stratégies organisationnelles
Conflit de rôle Intra-émetteur	- Soutien de la hiérarchie
	- Soutien des collègues cadres de santé
Conflit de rôle Inter-émetteur	- Soutien de la hiérarchie
	- Soutien de l'équipe
Ambiguïté de rôle	- Soutien de la hiérarchie
	- Soutien des collègues cadres de santé
	- Soutien de l'équipe
Surcharge de travail	- Soutien de l'équipe
	- Soutien des collègues cadres de santé

2.3.2 Les stratégies individuelles

Cette étude exploratoire nous a permis d'identifier une dizaine de stratégies individuelles utilisées par les cadres de santé interrogés pour faire face aux tensions de rôle et au stress qu'elles engendrent. Ces stratégies sont résumées dans le tableau 7.

- *La stratégie de la négociation :*

Avec l'expérience, les cadres de santé apprennent à négocier pour éviter la confrontation. Ils utilisent la négociation lorsque la Direction émet des injonctions contradictoires (conflit de rôle intra-émetteur), quand ils font face à une surcharge de travail ou encore quand ils se trouvent dans des situations qui heurtent leurs valeurs (conflit de rôle personne-rôle).

« Pour faire face aux injonctions infaisables, je négocie tout » (CDS, Pédiatrie).

« Lorsque j'ai pas les moyens de faire ce que l'on me demande, je négocie » (CSDS, Imagerie médicale).

« J'apprends à négocier, à revenir en arrière, à contourner... Si je ne peux pas passer à droite, je passerai à gauche... Pour moi ce n'était pas concevable que cette maman ne voie pas ses enfants avant de mourir, donc on a réussi à faire ce transport mais quatre heures de dépense d'énergie pour réussir à mettre 2 bébés dans une voiture pour les amener et les faire revenir, ça a pris quatre heures de temps de téléphone pour une demi-heure de visite » (CDS, Pédiatrie).

« Quand les demandes sont croissantes, j'ai des outils de négociation. J'ai des arguments concrets » (CDS, Diététique).

« Ma force, c'est que je connais le terrain, je connais les fonctionnements, les astuces, les organisations, et la direction ne les connaît pas donc j'ai une marge de manœuvre. Cela va m'aider pour négocier et pour obtenir une injonction qui soit compatible avec la réalité du terrain » (CSDS, Pôle enfant).

- *La stratégie de la prise de recul :*

Pour diminuer le stress lié à certaines situations difficiles à gérer (conflit intra-émetteur, surcharge de travail), les cadres de santé utilisent beaucoup la prise de recul. Cette stratégie leur permet de mieux analyser la situation et de trouver des solutions. Cela leur permet aussi de relativiser par rapport à leur responsabilité vis-à-vis de la situation. Cette prise de recul est d'autant plus facile quand les cadres sortent de leur service et prennent le temps de la réflexion. C'est le cas pour certains d'entre eux qui suivent, en parallèle de leur métier, une formation en Master.

« Je prends du recul. Ce n'est pas moi. Je ne suis pas responsable de tous les malheurs du CHU... Je fais avec les moyens que j'ai pour que ça soit le mieux possible » (CDS, Pédiatrie).

« Le Master permet de retravailler intellectuellement, de prendre de la distance pour analyser, comprendre, ce qui aide pour se réinvestir sur le terrain » (CDS, Bloc opératoire).

« J'arrive à prendre du recul, je me dis : « Où sont les priorités? »... Je suis capable de dire stop et de dire non, j'ai appris à lâcher prise » (CDS, Anesthésie et réanimation).

« Je prends du recul... Je me dis : « Arrête de prendre pour toi quelque chose qui est institutionnel » Nous faire porter la responsabilité des failles de l'institution, à un moment donné, ça va bien! Il faut repositionner la responsabilité et la partager » (CDS, Pédiatrie).

« 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 » (CDS, Diététique).

« Il faut mettre de la distance et dire non pour certains dossiers. Il faut connaître ses propres limites. C'est aussi la mise à distance par rapport aux résultats rendus et la pression des injonctions » (CSDS, Pôle Digestif).

« Maintenant je suis moins réactionnelle, je prends du recul, je réfléchis... Je suis moins directive et je suis plus souple... Aujourd'hui j'essaie de comprendre, d'analyser les faits... J'ai évolué sur la perception des comportements... Je m'énerve beaucoup moins car je suis moins dans l'inconnu... J'ai développé des ressources de fonctionnement » (CDS, Orthopédie).

« Moi j'ai besoin à un certain moment, j'ai besoin de partir, sinon après je suis énervée et je ne fais plus rien... Mais c'est très bien de partir parce qu'il y a toujours quelque chose qui mouline dans votre cerveau, dans un coin caché que vous n'entendez pas et qui fait que le lendemain sur un projet, vous avez un plan qui sort mais vous ne savez pas d'où. Ca y est, tout s'est mis en place, tout s'est rassemblé, vous avez pris du recul » (CSDS, Pôle enfant).

- *La stratégie du renoncement au travail parfait :*

Le renoncement au travail parfait est un moyen utilisé par les cadres de santé interrogés pour réduire le poids de leurs responsabilités et des attentes trop exigeantes et parfois contradictoires de la Direction (conflit intra-émetteur). Ils préfèrent renoncer à un travail parfait qu'ils savent impossible avec les moyens et les conditions de travail qu'on leur octroie (surcharge de travail). Cette stratégie du renoncement n'est pas toujours facile à vivre par les cadres et peut être source d'insatisfaction.

« On ne peut pas rendre un résultat parfait. Il y a un apprentissage du renoncement à faire... C'est difficile à vivre par les cadres de santé qui sont d'anciens professionnels qui ont toujours fait leur maximum... C'est un vrai changement de métier à ce niveau... On met tous les moyens en oeuvre pour que tout fonctionne mais ça ne peut jamais être aussi parfait qu'on le souhaite. C'est un travail de mise à distance vis-à-vis de son travail et de soi-même... » (CSDS, Pôle digestif).

« 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 » (CSDS, Pôle EMBRUN).

- *La stratégie de la communication :*

La communication permet aux cadres de santé de développer une confiance mutuelle avec leurs équipes qui permet d'atténuer les conflits liés aux attentes contradictoires du personnel et de la Direction (conflit de rôle inter-émetteur). Par ailleurs, nous avons constaté, lors des journées d'observation, que les cadres de santé utilisent la communication (via le téléphone portable) avec leur famille pour garder le contact (durant les week-ends, les soirées de garde...) et diminuer les conflits de rôle inter-rôles liés à la difficulté de concilier vie privée et vie professionnelle.

« J'essaie d'être au plus près de l'équipe, de ne pas être dans l'ambiguïté du propos, dire les choses ouvertement... Il faut verbaliser ce qu'on fait pour que l'équipe sache » (CDS, Laboratoire Anatomie).

« J'ai appris à utiliser les bons mots au bon moment, avec les bonnes personnes... J'utilise ça pour mieux gérer, pour obtenir des choses, pour débloquer les situations » (CDS, Pédiatrie).

« C'est vraiment le travail qu'on fait avec les gens qui est important. C'est pour ça qu'il faut qu'ils connaissent les enjeux, les objectifs du service, de soin et qu'ils soient d'accord avec ça... On fait des réunions. Réunions officielles pour poser et travailler les choses et après de manière informelle. Moi j'utilise énormément... Si j'analyse mon fonctionnement... J'utilise beaucoup l'informel, je suis énormément avec eux pour passer l'information. La communication est très importante... Développer une confiance mutuelle avec les équipes pour qu'elle soit capable de vous dire : «Là, on vous suit plus du tout, on vous comprend pas »... La relation de confiance est très importante » (CDS, Hépatogastroentérologie).

« Pour concilier avec ma famille, on communique beaucoup par SMS » (CDS, Pédiatrie).

- *La stratégie de contournement :*

Pour répondre aux attentes incompatibles de la Direction (conflit intra-émetteur) ou aux attentes de toutes les parties (conflit inter-émetteur) avec qui ils sont en relation (Direction, patients, agents, familles...), les cadres de santé sont parfois contraints de ne pas suivre à la lettre ou même de transgresser les règles et les procédures de l'établissement.

« Oui, je sais que je n'ai pas les moyens et qu'on ne me les donnera pas, mais il va falloir que je fasse avec. Je vais me débrouiller pour que ça aille, je vais probablement être en dehors de la règle... Je vais probablement mettre mon équipe en sous-effectifs en leur disant qu'elles ne sont pas dans ce service mais dans le service voisin, où elles seront une pour trois enfants et pas une pour deux enfants comme prévu... » (CDS, Pédiatrie).

« On est obligé de déployer des trésors de diplomatie, des réseaux sous-terrains, de développer des stratégies de contournement des difficultés » (CDS, Pédiatrie).

- *La stratégie du tri et de la gestion des priorités :*

La stratégie du tri et de la gestion des priorités permet aux cadres de santé de mieux concilier leur vie professionnelle avec leur vie privée (conflit de rôle inter-rôles). C'est aussi une stratégie qui leur permet de mieux gérer la surcharge de travail. C'est une stratégie que les cadres de santé développent avec l'expérience des années passées.

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

« On est obligé de faire un tri et de lâcher certaines choses si on veut se faire plaisir » (CSDS, Imagerie médicale).

« Quand je me sens noyée, je me mets sur le papier les priorités et les objectifs. Je fais un tri » (CDS, Diététique).

« J'ai mes priorités, j'ai mon petit papier avec mes trucs écrits en rouge, je sais ce que je dois faire, ce que j'ai pas fait aujourd'hui, ça sera fait demain. Il faut arrêter de penser que tout doit être fait dans l'urgence... Si c'est pas fait là, ça se fera demain » (CDS, Pédiatrie).

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

« Je suis en capacité de repérer les voyants qui passent à l'orange. Je reconnais ces moments-là et je me dis : « du calme! ». Aujourd'hui je suis capable de prioriser, de partir sans terminer ce qu'il y a à faire, de remettre au lendemain » (CDS, Anesthésie et réanimation).

« Je suis capable là maintenant de me calmer et de me dire : « Tu vas faire le plus urgent et puis demain il fera jour » » (CSDS, Pôle enfant).

- *La stratégie du loisir et des voyages :*

Les loisirs et les voyages sont des moyens utilisés par les cadres de santé surmenés pour se déconnecter de leur travail quotidien lorsqu'ils ont quitté leur poste de travail (conflit de rôle inter-rôles).

« Je fais plus de voyages, je fais des coupures plus importantes, plus loin, plus souvent » (CDS, Bloc opératoire).

« Quand je suis fatigué, je rentre, je m'allonge sur le canapé, je mets un morceau de classique, je regarde un épisode d'une mauvaise série... » (CDS, Anesthésie et réanimation).

« J'ai pas besoin de me confier à quelqu'un quand je rentre chez moi, je préfère lire. Ca m'évade beaucoup de lire. Je sors beaucoup » (CSDS, Imagerie médicale).

« Quand j'arrive plus à gérer, je prends des vacances, je coupe » (CDS, Pédiatrie).

« J'aime aller au cinéma, j'essaye de me déconnecter en me divertissant » (CDS, Médecine interne).

« Je rentre à la maison, je lis un bouquin, je vais dans mon jardin, je bois une bière sur la terrasse en été » (CDS, Pédiatrie).

« Quand je rentre chez moi, je me détends en taillant les haies, en m'occupant de mes carpes, en caressant le chat... Je travaille pour lâcher prise » (CDS, Laboratoire d'anatomie).

« Ce qui m'aide, moi j'ai un rituel qui me fait énormément de bien, c'est de faire la cuisine » (CSDS, Pôle enfant).

- *La stratégie de l'activité physique :*

Pour gérer le stress quotidien notamment lié aux tensions de rôle développées sur leur lieu de travail, certains cadres de santé interrogés ont révélé avoir une activité physique sportive extra-professionnelle. Cette activité sportive leur permet d'évacuer tout le stress accumulé et de se déconnecter de leur vie professionnelle (conflit de rôle inter-rôles).

« Je fais beaucoup de sport, ça m'aide à couper, je me défoule » (CDS, Pédiatrie).

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

« Je fais du sport. Je fais partie d'une équipe de hand-ball engagée dans le championnat départemental. On a les entraînements les vendredis et les matchs les samedis. C'est un vrai bonheur... Pour une fois, c'est pas nous le chef !... Ca permet de nous détacher de notre métier de cadre. On change de registre... Je suis gardienne de but. Donc je gère aussi une certaine pression quand on est en championnat mais ça m'aide beaucoup. On en prend beaucoup. Ca m'aide à gérer la pression du match qui repose un peu sur mon état de forme. On est habitué à prendre des coups et à les gérer. A gérer l'échec, la frustration. Du coup ça m'aide dans le boulot » (CDS, Pédiatrie).

« J'évacue par le sport aussi. On a des métiers sédentaires en tant que cadres de santé, on a des pressions, du stress... Je suis sportive de nature. Je fais de la marche nordique tous les week-ends et de la danse. Ça me vide la tête, ça me fait un bien fou. C'est un moyen de tenir » (CDS, Diététique).

« Je fais du sport 2 fois par semaine et si j'y vais pas, je le sens. Je cours » (CDS, Médecine interne).

« Je fais du sport... Ça permet aussi d'évacuer » (CDS, Hépatogastroentérologie).

- *La stratégie de la fuite :*

Lorsque les cadres de santé se retrouvent confrontés à des situations qui heurtent leurs valeurs personnelles (conflit de rôle personne-rôle), ils choisissent de fuir pour gérer la situation. Face à cette tension de rôle trop difficile à supporter, ils préfèrent abandonner leur poste.

« J'ai changé de poste à ma demande. Caricaturalement, seule la production comptait. Il fallait produire, produire... » (CDS, 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 » (CDS, 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 » (CDS, Consultations).

« J'ai donc écrit un courrier remis en mains propres, dans lequel j'ai dit : « Non, je ne le ferai pas, c'est contre mes valeurs professionnelles, pour telles et telles raisons » (CSDS, Pôle Enfant).

Notons par ailleurs que certains cadres de santé ont évoqué l'intention de quitter la profession quand nous les interrogeons quant à leur futur professionnel. Cette intention de quitter la profession était expliquée, entre autres, par l'évolution de ce métier et les tensions de rôle qu'elle engendre. Plus précisément, cette intention de quitter s'est transformée en démission effective chez un des deux cadres suivis en observation. L'évolution du métier ne correspondant plus aux valeurs de ce cadre, il a pris la décision de quitter l'établissement et la profession durant l'été 2013.

- *La stratégie du repos :*

Le repos est une stratégie utilisée par les cadres de santé pour retrouver l'énergie nécessaire à la réalisation de toutes les tâches qui leur incombent (surcharge de travail). C'est une stratégie qui leur permet aussi de mieux concilier leur vie professionnelle avec leur vie privée (conflit de rôle inter-rôles).

« Pour concilier, je prends une journée pour rester avec mes enfants... » (CDS, Pédiatrie).

« Je récupère en dormant » (CDS, Pédiatrie).

« Le week-end, il m'arrive de ne rien faire et de me reposer uniquement » (CDS, Médecine interne).

- *La stratégie du soutien extra-professionnel :*

Les relations avec le conjoint, la famille et les amis permettent aux cadres de santé de trouver des ressources pour faire face aux difficultés de leur métier. Par exemple, le cadre interrogé ayant connu une période de *burnout* nous a expliqué que le soutien du conjoint et des amis a été pour lui plus de la moitié de la guérison. Les liens extra professionnels sont souvent un moyen utilisé pour retrouver les ressources nécessaires au bien-être et à la santé mentale des cadres de santé. C'est un soutien essentiellement de type émotionnel et qui aide les cadres à travers l'empathie, l'amitié, l'amour et le réconfort. Ce type de soutien aide en situation de conflit de rôle inter-rôles.

« La famille, les enfants permettent de trouver des ressources à l'extérieur » (CDS, Bloc opératoire).

« Le soutien du conjoint, des amis en période de dépression, c'est plus de la moitié de la guérison » (CDS, Anesthésie et Réanimation).

« Quand je suis en difficulté, c'est la rencontre avec mes amis et ma famille qui travaillent aussi à l'hôpital et avec qui je discute de ce qui se passe » (CDS, Psychiatrie).

« Quand on a le nez dans le guidon, il faut une bouffée d'oxygène pour sortir de ça... Je suis soutenue par ma famille, c'est très important » (CDS, Pédiatrie).

2.3.3 Autres stratégies d'ajustement

D'autres stratégies sont utilisées, de manière moins fréquente, par certains cadres de santé interrogés. Par exemple, certains disent utiliser la **formation** comme un moyen de gérer certaines tensions de rôle (ambiguïté de rôle) ou le stress qu'elles engendrent.

« Le Master « Développer les compétences et intervenir dans les organisations » que je suis me permet d'échanger avec des collègues et a créé une dynamique, on a le souhait de monter une association pour trouver des ressources, continuer à réfléchir, organiser des journées... Le Master a permis d'acquérir de nouvelles capacités d'analyse pour comprendre et accompagner le changement» (CDS, Bloc opératoire).

« Je vais préparer le Master, qui devrait m'apporter les éléments théoriques qui viendront nourrir ma réflexion et ma pratique » (CDS, Psychiatrie).

« J'ai appris des techniques de self-control en formation de gestion du stress » (CDS, Diététique).

Par ailleurs, **le jeu et l'humour** sont parfois utilisés pour gérer les tensions quotidiennes.

« Je me fais des injonctions aussi... Je me dis : « A quel moment tu as une part ludique dans ta journée ? ». Le fait de jouer un peu, ça détend et ça met une autre ambiance (faire des blagues, faire de la patinette avec un chariot de soins...) » (CDS, Pédiatrie).

Tableau 8 : Les stratégies d'ajustement (SA) individuelles déployées face aux tensions de rôle (TR)

TR \ SA	SA
	Stratégies d'Ajustement Individuelles
Conflit de rôle Intra-émetteur	- Négociation
	- Prise de recul
	- Renoncement au travail parfait
	- Stratégies de contournement
Conflit de rôle Inter-émetteur	- Lien et communication
	- Stratégies de contournement
Conflit de rôle Inter-rôles : Conflit travail-famille	- Repos
	- Tri et gestion des priorités
	- Loisirs et voyages
	- Activité physique
	- Lien et communication
	- Soutien extra-professionnel
Conflit de rôle Personne-rôle	- Négociation
	- Fuite
Surcharge de travail	- Prise de recul
	- Tri et gestion des priorités
	- Renoncement au travail parfait
	- Négociation
	- Repos

2.4 La discussion des résultats de l'étude qualitative exploratoire

Les résultats de cette étude exploratoire confirment l'existence de tensions de rôle chez les cadres de santé à l'hôpital public. Ces tensions de rôle se développent d'autant plus depuis la mise en place d'un Nouveau Management Public centré sur l'efficacité et l'efficacités (De

Singly, 2009), se traduisant, entre autres, par la rationalisation des dépenses et l'introduction du concept de performance au sein des établissements hospitaliers. La création des pôles d'activité a modifié l'organisation du travail au sein des CHU. L'organisation hospitalière ainsi modifiée a des conséquences sur la responsabilité du cadre de santé, notamment en matière de management. Autrefois tournés vers les soins, **les cadres de santé deviennent progressivement de réels gestionnaires au sein de leur unité**. A ce propos, les rapports de Singly, (2009) et d'Yahiel et Mounier (2010) révèlent que les cadres de santé français deviennent des gestionnaires soucieux de contrôle et de mesure. L'objectif étant de fournir des soins dans des conditions optimales de coût, de délai et de qualité.

Les tâches administratives ont pris une part importante dans leurs activités quotidiennes. De nouvelles tâches administratives leur sont attribuées (exemple : la gestion des emplois du temps du personnel était réalisée par le bureau de gestion). A cela s'ajoutent une **complexification de ces tâches** (gestion des plannings de plus en plus difficile et qui réclame beaucoup de temps au cadre) et la traçabilité qu'elles engendrent. Tout ceci est illustré dans les verbatims que nous avons cités précédemment. Les cadres de santé interrogés perçoivent une évolution de leur métier depuis quelques années. Ils soulignent le rapprochement vers des fonctions plus gestionnaires et l'éloignement du métier de soignant. Lors des journées d'observation, nous avons constaté que le cadre de santé consacre la majorité de son temps à gérer des questions administratives et logistiques. Il passe beaucoup de temps dans son bureau pour traiter des tâches administratives (exemple : réalisation des plannings, gestion des courriers électroniques...).

Par ailleurs, le Nouveau Management Public impose un changement des mentalités qui ne se fait pas de façon évidente. Même « *s'il semble que la T2A ait ancré dans la majorité des esprits, l'idée qu'une approche médico-économique de l'activité médicale devenait incontournable* » (Moison et Pépin, 2010), aux yeux des cadres de santé interrogés, **les aspects budgétaires deviennent très importants, et cela au détriment du soin**. Certains ont du mal à intégrer de nouvelles notions telles que la rentabilité et le profit dans leur logique et leur façon de travailler (**conflit de rôle personnel**). Avec l'apparition de la tarification à l'activité, il y a un intérêt grandissant pour la production et la compétitivité. Ce qui a des conséquences sur le travail des cadres, contraints à faire plus, avec moins de moyens. A ce sujet, les cadres interrogés révèlent devoir faire face à des injonctions paradoxales de la part

de la Direction (**conflit de rôle intra-émetteur**). Dans ce contexte, les cadres de santé doivent désormais concilier leur culture soignante à une nouvelle culture gestionnaire. Ce qui n'est pas toujours compris par le personnel soignant qu'ils managent (**conflit de rôle inter-émetteur**). La pression financière et le nouveau rôle du cadre de santé favorisent ainsi l'apparition de tensions de rôle que les cadres doivent gérer au quotidien.

Plus précisément, les cadres de santé semblent développer les mêmes tensions de rôle identifiées dans la littérature. La pression budgétaire, l'attribution de nouvelles tâches gestionnaires et le développement des nouvelles technologies (exemple : logiciels de gestion de l'organisation de travail) favorisent une **surcharge de travail**. Cette surcharge de travail est aussi liée à la position d'interface du cadre de santé, sans cesse sollicité par de multiples acteurs du CHRU (soignants, médecins, étudiants...). La charge de travail et les nombreuses responsabilités du cadre de santé ne favorisent pas non plus la conciliation entre vie privée et vie professionnelle (**conflit travail-famille**). Les cadres de santé (majoritairement des femmes) qui ont des enfants à charge soulignent la difficulté à concilier les rôles de mère, d'épouse et de cadre disponible. Enfin, les cadres de santé semblent devoir faire uniquement face à des **ambiguïtés de rôle liées à la tâche**. Ils ne semblent pas percevoir d'ambiguïté portant sur les conséquences de leurs actions. En général, l'ambiguïté qu'ils perçoivent concerne l'incertitude liée au devenir de leur profession (exemples : missions et étendue des responsabilités).

En outre, les résultats de cette étude exploratoire révèlent que **les cadres de santé déploient des stratégies fonctionnelles mais aussi dysfonctionnelles pour faire face aux tensions de rôle qu'ils perçoivent**. Ils utilisent des ressources qui leur permettent de diminuer les tensions de rôle et de favoriser leur bien-être au travail (exemples : activité physique, loisirs et voyages pour se déconnecter de la vie professionnelle ; communication via le téléphone portable pour concilier leur vie privée et professionnelle ; soutien social des collègues pour alléger la surcharge de travail ou soutien social de manière plus générale pour faire face aux situations difficiles...). Les difficultés liées aux conséquences du Nouveau Management Public mis en place à l'hôpital sont aussi l'occasion pour les cadres de santé de développer de **nouveaux comportements** (exemples : négociation, prise de recul, tri et gestion des priorités) qui diminuent ou éliminent leur stress. 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 ». De la même manière, dans une situation stressante telle que le changement organisationnel vécu à l'hôpital, les cadres de santé tentent de s'adapter en innovant et en adoptant de nouveaux comportements pour faire face à de nouveaux rôles. Ils luttent pour conserver, maintenir et protéger leurs ressources (théorie de la conservation des ressources de Hobfoll, 1989). Ils utilisent les ressources qu'ils ont à leur disposition pour atténuer le stress que peuvent engendrer les situations de tensions de rôle. Ce type de réactions illustrent et correspondent au modèle « *Job Demands – Resources* » développé dans le chapitre précédent. Par ailleurs, les cadres de santé sont parfois contraints de « *ruser quand ils sont confrontés à des normes et des procédures inapplicables ou contradictoires, à des choix budgétaires et stratégiques vécus comme antinomiques avec ce qu'on leur demande de réaliser, ou encore à des strates décisionnaires qui ne sont pas en accord* » (Cousin, 2009). Cette stratégie de contournement déployée par les cadres, tout comme la fuite ou le renoncement au travail parfait peut favoriser la perte de repères identitaires des cadres contraints à agir contre leur gré pour tenter de satisfaire les attentes de tous. Ce type de ***coping évitant*** utilisé est dysfonctionnel car le problème subsiste, ce qui démotive et diminue l'engagement au travail du cadre de santé. Ce type de stratégie pourrait avoir des conséquences sur la performance de l'établissement. En effet, ce type de comportement pourrait entraîner, à terme, une intention de quitter la profession, comme cela a été évoqué lors de cette étude exploratoire.

De plus, ces résultats nous amènent à penser que **les tensions de rôle peuvent dépendre des caractéristiques environnementales et personnelles du cadre de santé** (type de service/pôle et de management de la hiérarchie, âge, ancienneté sur le poste, enfants à charge, genre, traits de personnalité...) qu'il reste à étudier plus attentivement. Par exemple, dans des pôles tels que la psychiatrie ou le pôle enfant, la pression à l'activité est d'autant plus mal perçue que ce sont des secteurs où la « productivité » est difficile (les besoins en ressources humaines y sont plus importants). Ces premiers résultats révèlent aussi que **les cadres de santé développent des tensions de rôle inhérentes à leur position frontalière**, confortant ceux des travaux traitant des personnels frontaliers (Commeiras et al., 2009 ; Royal, 2007 ; Hollet, 2002 ; Grima, 2000 ; Loubès, 1997 ; Alis, 1997). Cette fonction favorise une sollicitation permanente de la part de nombreux acteurs de l'établissement (supérieur hiérarchique, direction, personnel soignant, médecins, familles des patients...). En effet, leur

« rôle pivot » les place à l'interface de toutes les logiques des acteurs hospitaliers (De Singly, 2009). Cette position d'interface engendre ainsi une surcharge de travail et certains types de conflits de rôle (intra et inter-émetteurs). Pour y faire face, les cadres de santé utilisent, entre autres, le même type de stratégies d'ajustement citées dans la littérature (activité physique régulière, soutien social, mise à distance, gestion des priorités) (Royal, 2007 ; Grima, 2000).

Enfin, notons que l'importance du degré d'autonomie des **cadres de santé semble particulièrement favoriser l'utilisation de stratégies tournées vers l'action**. Ils disposent d'une marge de manœuvre, liée à leur fonction, qui leur permet d'agir face à des situations de tensions. Cette autonomie favorise la mise en place d'actions et de comportements atténuant le stress engendré par ces situations (exemples : négociation, tri et gestion des priorités, utilisation du téléphone mobile pour garder le lien avec la famille).

Conclusion de la Section 2

Cette étude avait pour but d'explorer les différents comportements des cadres de santé d'un Centre Hospitalier Régional Universitaire face à des tensions de rôle présumées. Premièrement, les résultats confirment l'existence de tensions de rôle chez les cadres de santé à l'hôpital public. Ensuite, cette recherche a permis d'explorer les types de stratégies d'ajustement utilisées par ces acteurs du soin face aux différentes formes de tension de rôles. Nos résultats montrent une spécification des stratégies (organisationnelles ou individuelles) déployées par les cadres de santé face à certaines formes de tensions de rôle⁶¹.

Des implications managériales peuvent émerger des résultats de cette étude qualitative exploratoire. En effet, il serait souhaitable que les organisations hospitalières améliorent les conditions de travail des cadres de santé et la gestion de leurs activités au sein de leur unité de soin. Cette prise de conscience est nécessaire à la réussite du changement qu'est en train de vivre l'hôpital public, mais aussi pour fidéliser les cadres de santé déjà en poste et pour rendre ce métier attractif. Plus largement, il s'agit d'œuvrer en direction de la performance des établissements, en limitant les situations à risques que nous avons relevées dans le cadre de

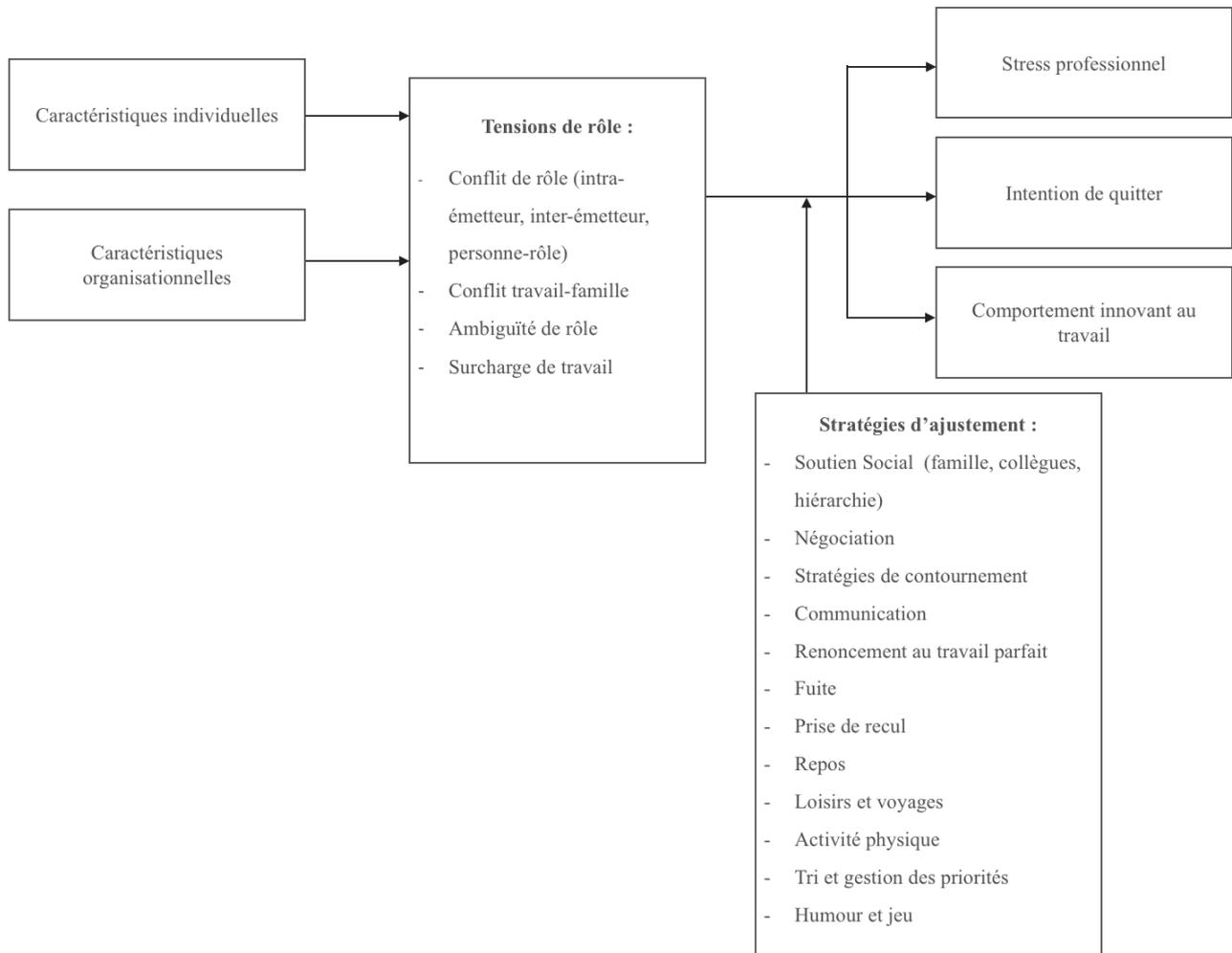
⁶¹ Ces résultats ont fait l'objet d'une publication : Rivière, A., Commeiras, N et Loubès, A. (2013), Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital, *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, vol. 31, n° 2-3, p. 142-162.

cette étude, et en détectant les tensions de rôle susceptibles d'être développées par les cadres de santé. Au vu de ces premiers résultats, il apparaît que le gestionnaire est en mesure d'agir en faveur du bien-être des cadres de santé en réduisant les différentes tensions de rôle qu'ils perçoivent au quotidien. Pour la santé de ces cadres et des établissements qui les emploient, il paraît nécessaire de réduire ces tensions de rôle, en diminuant leur charge de travail et en favorisant la mise en place des stratégies qu'ils déploient. Il conviendrait aussi d'anticiper ces tensions de rôle. Différentes possibilités peuvent être envisageables, telles que l'adaptation des formations pour les cadres de santé, l'identification et la clarification de leur rôle futur, le développement du soutien social, le développement d'activités physiques sur le lieu de travail, la réflexion sur la communication interne à l'hôpital... De plus, une réflexion devrait être menée sur les stratégies d'ajustement dysfonctionnelles afin de les limiter, et au profit de stratégies fonctionnelles, bénéfiques au bien-être des cadres de santé.

Au terme de cette étude exploratoire, il convient de mentionner que nous n'en sommes qu'à un propos d'étape dans la compréhension des stratégies d'ajustement déployées par les cadres de santé pour faire face aux tensions de rôle à l'hôpital public. Nos résultats sont à prendre avec précaution, compte tenu de la taille de notre échantillon ; ce qui pose un problème de validité externe et appelle une étude confirmatoire, notamment sur le rôle à jouer du contexte d'activité et du profil des cadres de santé. Cette étude exploratoire ne permet pas de prouver l'influence (révélée dans la littérature) des caractéristiques individuelles et organisationnelles sur le développement des tensions de rôle.

Toutefois, compte tenu des limites de l'étude exploratoire, les premiers résultats de cette étude restent à être confirmés et précisés par une étude quantitative menée à plus grande échelle. Le prochain chapitre sera donc consacré à une enquête menée auprès d'un échantillon de cadres de santé travaillant dans différents établissements de santé (CH, CHU, CHRU...) et dans différents services. Ainsi, les traitements statistiques des données pourront intégrer les caractéristiques individuelles des répondants, les caractéristiques organisationnelles des établissements et les spécialités des services (santé mentale, MCO...).

Figure 13 : Le modèle de recherche enrichi de l'étude qualitative exploratoire



Section 3 : La présentation du modèle de recherche et l'opérationnalisation des variables

Cette troisième section conclut ce chapitre en précisant tout d'abord la problématique et les questions de recherche. Elle se poursuivra avec l'énoncé des différentes hypothèses posées pour répondre à ces questionnements. Enfin, la troisième sous-section exposera l'opérationnalisation des différentes variables étudiées : les **antécédents des tensions de rôle** (individuels et organisationnels), les **tensions de rôle** (conflit et ambiguïté de rôle, conflits travail-famille et surcharges de travail), les **effets directs des tensions de rôle** (stress professionnel, intention de quitter et comportement innovant au travail) et les **variables modératrices** (stratégies d'ajustement).

1 La problématique de la recherche

L'analyse du contexte hospitalier et l'enquête qualitative développées précédemment démontrent une évolution du métier des cadres de santé à l'hôpital public, susceptible d'engendrer des tensions de rôle. Par ailleurs, la revue de littérature sur les tensions de rôle révèle leur complexité, notamment en termes de variété, de conséquence et de processus d'ajustement. La question centrale de notre recherche s'articule autour des conséquences des tensions de rôle en termes de stress professionnel perçu par les cadres de santé français à l'hôpital public. Plus précisément, nous nous interrogeons sur les comportements, les réactions et les caractéristiques des cadres de santé soumis à des tensions de rôle. Au fil de nos lectures, cette problématique s'est élargie pour s'intéresser à deux autres comportements particuliers : l'intention de quitter et le comportement innovant au travail.

Cette problématique générale engendre d'autres questionnements qui sont les suivants :

Question 1 : Quels types de tensions de rôle favorisent l'augmentation du stress professionnel chez les cadres de santé à l'hôpital public ?

Question 2 : Quels types de tensions de rôle favorisent l'intention de quitter l'emploi des cadres de santé à l'hôpital public ?

Question 3 : Quels types de tensions de rôle favorisent le comportement innovant au travail des cadres de santé à l'hôpital public ?

Question 4 : Est-ce-que les stratégies d’ajustement utilisées par les cadres de santé pour faire face aux tensions de rôle entraînent une diminution du stress professionnel ?

Question 5 : Est-ce-que les stratégies d’ajustement utilisées par les cadres de santé pour faire face aux tensions de rôle entraînent une diminution de l’intention de quitter ?

Question 6 : Est-ce-que les stratégies d’ajustement utilisées par les cadres de santé pour faire face aux tensions de rôle entraînent une augmentation du comportement innovant au travail ?

Question 7 : Quels types de caractéristiques individuelles et organisationnelles influencent le développement des tensions de rôle chez les cadres de santé à l’hôpital public ?

Le modèle de recherche (Figure 13) élaboré à l’issue de la revue de littérature et de l’étude exploratoire permet de **repérer les types de tensions de rôle développés par les cadres de santé à l’hôpital public, et d’analyser leurs effets directs sur le stress, le comportement innovant et l’intention de quitter l’emploi.** De plus, il permet d’**identifier les stratégies d’ajustement utilisées par ces cadres de santé pour faire face à ces tensions de rôle.**

2 Les hypothèses de la recherche

Pour vérifier les premiers résultats issus de la phase exploratoire, nous allons poser une série d’hypothèses qui seront testées dans le prochain chapitre consacré à la phase confirmatoire de cette recherche. Ces hypothèses sont relatives aux **tensions de rôle** (développées par les cadres de santé à l’hôpital public), ainsi qu’à certains de leurs **effets** (le stress professionnel, l’intention de quitter et le comportement innovant au travail). Certaines font référence aux **antécédents** (caractéristiques individuelles et organisationnelles) pouvant influencer le développement de tensions de rôle. D’autres sont relatives aux **stratégies d’ajustement** utilisées par les cadres de santé pour faire face aux tensions de rôle.

2.1 Les hypothèses concernant les effets directs des tensions de rôle

- *Le stress professionnel :*

La littérature révèle que le stress professionnel est une des conséquences des tensions de rôle (Jackson et Schuler, 1985 ; Kahn et Byosiére, 1992 ; Brown et Peterson, 1993 ; Sager, 1994 ; Roger et Roques, 1995 ; Bruchon-Schweitzer, 2001 ; Hollet, 2002 ; Abord de Chatillon, 2003 ; Xie, 2007 ; Schmidt et Neubach, 2007 ; Ruiller, 2008 ; Codo, 2011). En effet,

nombreuses sont les recherches qui présentent les tensions de rôle comme des antécédents du stress professionnel. Pour être plus précis, la littérature dénonce plusieurs types de tensions de rôle que nous avons développés dans le second chapitre de cette thèse. Notre étude qualitative exploratoire menée auprès de cadres de santé a révélé la perception de conflits de rôle, d'ambiguïtés de rôle, de conflit travail-famille et de surcharge de travail. Sassi (2011) souligne que « *la charge de travail est considérée comme le facteur de stress le plus important, et ce quel que soit la profession ciblée* ». L'auteure précise que dans les établissements hospitaliers, la « *contrainte de temps et le nombre de patient, ainsi que le manque de personnel qui caractérise de plus en plus le contexte de soin, exposent, inéluctablement, le personnel hospitalier à l'impact négatif de la charge quantitative de travail sur le bien-être du patient* » (Sassi, 2011). Parallèlement à la **charge de travail quantitative**, le personnel soignant doit faire face à une **charge de travail émotionnelle** émanant des relations avec les patients et avec leurs proches (Sassi, 2011 ; Glazer et Beehr, 2005 ; Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld et Van Dierendonck, 2000). Aussi, il nous semble pertinent d'intégrer ce facteur de stress peu pris en compte dans les études quantitatives (Sassi, 2011) dans nos hypothèses. La littérature identifie aussi le **conflit** et l'**ambiguïté de rôle** comme des sources de stress (Perrot, 2005 ; Roger et Roques, 1995 ; Brown et Peterson, 1993 ; Jackson et Schuler, 1985 ; Rizzo et al., 1970). Enfin, le conflit travail-famille est reconnu dans la littérature comme un facteur de stress (Mansour et Commeiras, 2013 ; Sassi, 2011 ; Ruiller, 2008 ; Priscilla, 2000 ; Netemeyer, Boles et McMurrian, 1996 ; Frone, Russel et Cooper, 1992). Cela se révèle d'autant plus chez les populations à majorité féminine telles que les cadres de santé. Le caractère circulaire de la relation entre le travail et la famille (Sassi, 2011) mène à penser que le stress est provoqué, d'une part, par l'empiètement des exigences du travail sur les responsabilités familiales (Demerouti, Bakker et Bulters, 2004), et d'autre part, par les tensions familiales qui empiètent sur la qualité du travail. Nous tiendrons donc compte des deux dimensions : **conflit travail-famille** et **conflit famille-travail**.

Parallèlement à la littérature traitant du sujet, nous nous appuyons sur plusieurs théories pour supposer que les tensions de rôle ont un effet direct sur le stress des cadres de santé. Inspiré des modèles « *Job Demands-Control* » de Karasek (1979) et « *Effort-Reward imbalance* » de Siegrist (1996), ainsi que de la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll (1989), le modèle « *Job Demands-Resources* » de Demerouti et al. (2001) stipule que le stress professionnel se développe, quelque soit l'emploi et le poste, quand certaines exigences de l'emploi sont élevées. Demerouti et al. (2001) identifient les tensions de rôle telles que le

conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle, la surcharge de travail et le conflit travail-famille comme des exigences de l'emploi. De même, la théorie interactionniste du stress (French et al., 1982) permet de supposer que le stress est lié aux exigences de la fonction telles que les tensions de rôle perçues par les cadres de santé. En complément, la théorie de l'adéquation entre l'individu et l'environnement de French et al. (1982), nous permet de supposer que l'inadéquation entre certaines caractéristiques (capacités et besoins) du cadre de santé et certaines variables de son environnement (tensions de rôle) engendrent un stress professionnel.

Certains auteurs ont étudié la position frontalière des cadres de santé, tiraillés entre deux manières de penser l'organisation des soins (Coulon, 2011 ; Bourret, 2008 ; Dumas et Ruiller, 2011) et pouvant engendrer des tensions de rôle. En revanche, à notre connaissance, aucune recherche n'a identifié quel type de tensions de rôle favorise le développement de stress professionnel chez les cadres de santé à l'hôpital public. A ce titre, nous posons une première série d'hypothèses liant les différents types de tensions de rôle au stress professionnel perçu par les cadres de santé à l'hôpital public.

H1 : Les tensions de rôle sont positivement associées au stress professionnel des cadres de santé.

H1a : Les conflits de rôle sont positivement associés au stress professionnel des cadres de santé.

H1b : Les conflits famille-travail sont positivement associés au stress professionnel des cadres de santé.

H1c : Les conflits travail-famille sont positivement associés au stress professionnel des cadres de santé.

H1d : Les ambiguïtés de rôle sont positivement associées au stress professionnel des cadres de santé.

H1e : La charge de travail quantitative est positivement associée au stress professionnel des cadres de santé.

H1f : La charge de travail émotionnelle est positivement associée au stress professionnel des cadres de santé.

- *L'intention de quitter :*

Dans le contexte actuel de pénurie de main d'œuvre, notamment dans le secteur hospitalier, nous nous interrogeons quant aux risques d'intention de quitter l'emploi que peuvent entraîner les différents types de tensions de rôle développés par les cadres de santé. L'étude qualitative a soulevé cette question, notamment avec des cadres de santé interrogés qui ont exprimé une intention de quitter la profession. La littérature sur l'intention de démission (de départ ou de quitter) fournit une base de recherche importante (Tett et Meyer, 1993 ; Neveu, 1996 ; Colle, 2006 ; Baile et Diwany, 2011). La revue de littérature démontre que l'intention de quitter l'organisation est une conséquence des tensions de rôle. Borgi (2002) souligne à ce sujet que les tensions de rôle constituent un socle essentiel des modèles globaux de l'intention de quitter (Naumann, Widmier et Jackson, 2000). Plus précisément, **le conflit et l'ambiguïté de rôle** engendreraient l'intention de départ (Perrot, 2005 ; Eys et al. 2005 ; Grima, 2004 ; Jackson et Schuler, 1985 ; Bedeian et Armenakis, 1981 ; Jamal, 1990 ; Lyons, 1971). La **surcharge de travail** serait liée au turnover des infirmières (Jamal, 1990). De même que pour le stress, nous nous intéresserons à la charge quantitative et à la charge émotionnelle. En ce qui concerne **le conflit travail-famille**, plusieurs études révèlent qu'il favorise l'intention de quitter le poste (Mathieu et Mathieu, 2011 ; Yavas, Babakus et Karatepe, 2008 ; Rode, Rehg, Near et Underhill, 2007 ; Netemeyer, Brashear-Alejandro et Boles, 2004...). Là aussi, nous nous intéresserons aux deux dimensions : conflit travail-famille et conflit famille-travail.

Par ailleurs, comme le suggère la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989), les exigences de travail (telles que les tensions de rôle) épuisent une grande part des ressources de l'individu. Cette perte de ressources peut, à termes, démotiver l'individu et engendrer une intention de départ. En nous appuyant sur la littérature précédemment évoquée et sur le cadre théorique de la conservation des ressources, nous posons une deuxième série d'hypothèses liant les tensions de rôle à l'intention de quitter des cadres de santé à l'hôpital public.

H2 : Les tensions de rôle sont positivement associées à l'intention de quitter des cadres de santé.

H2a : Les conflits de rôle sont positivement associés à l'intention de quitter des cadres de santé.

H2b : Les conflits famille-travail sont positivement associés à l'intention de quitter des cadres de santé.

H2c : Les conflits travail-famille sont positivement associés à l'intention de quitter des cadres de santé.

H2d : Les ambiguïtés de rôle sont positivement associées à l'intention de quitter des cadres de santé.

H2e : La charge de travail quantitative est positivement associée à l'intention de quitter des cadres de santé.

H2f : La charge de travail émotionnelle est positivement associée à l'intention de quitter des cadres de santé.

- *Le comportement innovant au travail :*

Au sujet du lien entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail, les études citées dans la revue de littérature divergent. Certaines présentent la surcharge de travail (Amabile, 1988) ou l'ambiguïté de rôle (Tang et Chang, 2010) comme des facteurs défavorisant la créativité, alors que d'autres révèlent que les tensions de rôle favorisent l'innovation individuelle (De Jong et Janssen, 2005 ; Janssen, 2000 ; Hardy et West, 2000 ; Ripoll et al., 1994 ; Bunce, 1991). Selon Edey Gamassou (2003), les agents potentiels de stress ont des conséquences négatives pour l'individu « *que s'ils se cumulent et interfèrent avec la personnalité et le système psychique des individus sensibles à leurs effets* ». Plus spécifiquement, Singh (1998) fait une lecture particulière des tensions de rôle et souligne qu'elles « *ne sont pas systématiquement démotivantes* ». Pour l'auteur, c'est un facteur qui peut être motivant et démotivant selon la situation. Pour gérer les situations de tensions de rôle, l'individu réagit de différentes manières. Nous pouvons alors supposer que les tensions de rôle deviennent, dans certains cas, un élément à exploiter plutôt qu'une menace pour l'individu et son organisation. Selon la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll (1989) et selon le modèle JD-R de Bakker et Demerouti (2007) qui s'en inspire, l'individu arrive à gérer les exigences de son emploi lors qu'il possède d'importantes ressources. Avec les ressources nécessaires, l'individu fait face aux exigences de l'emploi d'une manière efficace qui engendre des répercussions positives pour lui et son organisation (comportement innovant, bonheur, satisfaction...).

En 1981, Van Shell et ses collègues ont préconisé d'étudier les effets positifs des tensions de rôle qu'ils pensent génératrices de réactivité et d'innovation dans le travail. De même, Commeiras et al. (2003) ont étudié les relations entre les tensions de rôle et l'innovation au travail chez des managers de rayon. Dans un premier temps, les auteurs supposent que « *la transmission d'un message ambiguë peut entraîner une augmentation du degré de liberté quant à l'interprétation du message et permet d'élargir les choix suggérés par ce message* ». Ainsi, l'ambiguïté de rôle favoriserait l'innovation dans le travail. Les auteurs supposent aussi que les conflits de rôle et la surcharge de travail chez les personnels frontaliers, peuvent susciter la recherche d'innovation. Pourtant les résultats de l'étude ne confirment pas ces hypothèses. Le cadre théorique de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989) et du JD-R de Bakker et Demerouti (2007) suppose que l'individu utilise ses ressources pour faire face aux exigences de l'emploi et provoquer des conséquences positives (comme le comportement innovant) pour lui et son organisation. Face à la divergence des résultats de la littérature, nous nous appuyons sur ce cadre théorique et faisons le choix de poser les hypothèses suivantes.

H3 : Les tensions de rôle sont positivement associées au comportement innovant au travail des cadres de santé.

H3a : Les conflits de rôle sont positivement associés au comportement innovant au travail des cadres de santé.

H3b : Les conflits famille-travail sont positivement associés au comportement innovant au travail des cadres de santé.

H3c : Les conflits travail-famille sont positivement associés au comportement innovant au travail des cadres de santé.

H3d : Les ambiguïtés de rôle sont positivement associées comportement innovant au travail des cadres de santé.

H3e : La charge de travail quantitative est positivement associée au comportement innovant au travail des cadres de santé.

H3f : La charge de travail émotionnelle est positivement associée au comportement innovant au travail des cadres de santé.

2.2 Les hypothèses concernant l'effet modérateur des stratégies d'ajustement

- *Les stratégies d'ajustement :*

Les travaux de recherche menés jusqu'à ce jour sur le *coping* démontrent que l'individu déploie des réponses pour faire face à des situations stressantes (Lazarus et Folkman, 1984 ; Steptoe, 1991 ; Bruchon-Schweitzer, 2001). Le comportement de l'individu étant motivé par une tendance à rechercher activement à créer un monde procurant plaisir et succès (Hobfoll, 1989), ce dernier utilise des stratégies d'ajustement pour réduire les effets négatifs du stress sur son bien-être (Edwards, 1992). Plus précisément, les théories transactionnelles du stress expliquent qu'après avoir évalué une situation stressante, l'individu mesure les moyens et les ressources qu'il possède pour y faire face (double évaluation). L'utilisation de stratégies d'ajustement lui permet alors de réduire le stress qu'il perçoit (Lazarus et Folkman, 1984). En nous appuyant sur le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984), nous stipulons que les cadres de santé vont faire des efforts cognitifs et comportementaux pour maîtriser, réduire ou tolérer des exigences, telles que les tensions de rôle, qui menacent leurs ressources. Ces efforts cognitifs et comportementaux se traduisent par l'utilisation de diverses stratégies d'ajustement.

La littérature identifie différentes catégories de stratégies d'ajustement, jugées plus ou moins efficaces en termes de réduction de la tension ou de l'anxiété engendrée par la situation (Paulhan, 1992). Plus spécifiquement, la littérature identifie et illustre les stratégies d'ajustement utilisées pour faire face aux tensions de rôle (Alis, 1997 ; Grima, 2000 ; Royal, 2008 ; Brunel et Grima, 2010 ; Codo, 2012). Ces études se sont surtout focalisées sur le personnel frontalier qui est sujet aux tensions de rôle. En effet, tout comme les cadres de santé, les acteurs frontaliers doivent faire face à différentes attentes (potentiellement contradictoires) émanant de plusieurs émetteurs avec qui ils sont en contact en exerçant leur fonction. Dans le secteur de la santé, les études menées sur le *coping* révèlent que le personnel soignant utilisent différents types de stratégies d'ajustement pour faire face au stress et aux tensions de rôle qu'il vit au quotidien, sur son lieu de travail (Mariage et Schmitt-Fourrier, 2006 ; Moisson et Roques, 2005 ; Schraub et Marx, 2004 ; Canaoui et Mauranges, 2001). Par ailleurs, les résultats issus de notre enquête exploratoire confirment le postulat des différentes recherches citées précédemment. En effet, les cadres de santé interrogés révèlent utiliser des stratégies d'ajustement qui permettent de faire face aux tensions de rôle expérimentées et de diminuer leur stress quotidien.

Conformément à la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 1989), les résultats de notre enquête exploratoire démontrent que les individus (et notamment les cadres de santé), en situation de tension ou de stress, utilisent les ressources qu'ils ont à leur disposition, pour améliorer leur bien-être. Ils mettent tout en œuvre pour obtenir et conserver ces ressources qui les aident à gérer le stress engendré par les tensions de rôle. L'utilisation de ces ressources se traduit alors par la mise en place de stratégies d'ajustement qui vont modérer le stress des individus. Ces stratégies peuvent être individuelles et concerner certains comportements qui permettent de réduire le stress comme c'est le cas des stratégies centrées sur l'émotion (prise de recul, réévaluation positive, fuite, auto-accusation, expression des sentiments) ou centrées sur le problème (*coping* actif, planification) (Lazarus et Folkman, 1984). Elles peuvent également être collectives lorsque l'individu fait appel à son entourage personnel (famille) ou professionnel (hiérarchie, collègues) pour modérer le stress perçu.

Plus précisément, le modèle JD-R de Bakker et al. (2007), stipule que certaines ressources peuvent jouer un rôle de tampon (« buffer ») sur certaines exigences de l'emploi. Selon ce modèle, ces ressources « tampons » peuvent à la fois, diminuer les effets négatifs des exigences telles que le stress ou l'intention de turnover, et augmenter les effets positifs tels que la motivation, la satisfaction ou le comportement innovant. En nous appuyant sur ce modèle, nous identifions les stratégies d'ajustement comme des ressources modératrices. D'une part les cadres de santé utilisent ces ressources pour diminuer les effets négatifs (le stress et l'intention de quitter) des tensions de rôle, et d'autre part, pour augmenter l'effet bénéfique des tensions de rôle en termes d'innovation. Pour vérifier cela, nous posons une troisième série d'hypothèses supposant l'effet modérateur des stratégies d'ajustement sur le stress professionnel, l'intention de quitter et le comportement innovant au travail. Ces hypothèses seront déclinées ultérieurement, selon les types de stratégies d'ajustement, en fonction des échelles retenues pour mesurer le *coping*.

H4 : Les stratégies d'ajustement modèrent la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car elles diminuent le stress professionnel engendré par les tensions de rôle.

H5 : Les stratégies d’ajustement modèrent la relation entre les tensions de rôle et l’intention de quitter, car elles diminuent l’intention de quitter engendrée par les tensions de rôle.

H6 : Les stratégies d’ajustement modèrent la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail, car elles augmentent le comportement innovant au travail engendré par les tensions de rôle.

2.3 Les hypothèses concernant les facteurs individuels et organisationnels des tensions de rôle

Le modèle d’épisode de rôle de Katz et Kahn (1978) tient compte des facteurs personnels, organisationnels et relationnels dans la perception qu’un individu a de son rôle à jouer dans l’organisation. La compréhension des messages perçus par la personne focale dépend, entre autres, de ses cartes cognitives individuelles. En complément, les théories interactionnistes (Goffman, 1969 ; Crozier et Friedberg, 1977) du rôle soulignent l’importance des mécanismes régulateurs de l’individu. De plus, selon la théorie transactionnelle du stress de Folkman et Lazarus (1988), les processus d’évaluation des situations stressantes (telles que les tensions de rôle) peuvent être influencés par des caractéristiques personnelles et des variables environnementales.

Par ailleurs la discussion des résultats de l’étude exploratoire menée auprès des cadres de santé d’un CHRU français ont fait émerger l’idée et l’hypothèse que le développement de tensions de rôle pouvait dépendre de plusieurs caractéristiques, à la fois individuelles et organisationnelles (âge, sexe, enfants à charge, ancienneté sur le poste, traits de personnalité, type de service/pôle...). Le profil des cadres de santé et le contexte d’activité pourraient avoir un rôle à jouer sur l’essor de tensions de rôle.

En nous référant aux théories du rôle (Goffman, 1969 ; Katz et Kahn, 1978 ; Crozier et Friedberg, 1977) et aux théories transactionnelles du stress (Lazarus et Folkman, 1988), nous posons deux hypothèses supposant l’effet déterminant des caractéristiques individuelles et des caractéristiques organisationnelles sur le développement de tensions de rôle chez les cadres de santé.

H7 : Les caractéristiques individuelles des cadres de santé influencent le développement de tensions de rôle.

H8 : Les caractéristiques organisationnelles influencent le développement de tensions de rôle chez les cadres de santé.

Ces deux hypothèses entraînent à leur tour deux séries d'hypothèses supplémentaires qui précisent, d'une part, les types de caractéristiques individuelles, et d'autre part, les types de caractéristiques organisationnelles qui pourraient avoir une influence sur le développement de tensions de rôle chez les cadres de santé à l'hôpital public.

- *Les hypothèses relatives aux caractéristiques individuelles :*

Les hypothèses qui suivent ont été déterminées à partir de la revue de littérature sur les déterminants des tensions de rôle. En rappel, concernant les caractéristiques individuelles, la méta-analyse de Jackson et Schuler (1985) identifient les cinq variables suivantes comme étant les plus fréquemment citées dans la littérature : le locus de contrôle, l'ancienneté, l'âge, le niveau de formation initiale et l'estime de soi. La méta-analyse de Fisher et Gitelson (1983) identifient quant à eux, l'ancienneté, l'âge, la formation initiale et la position frontalière. Dans leur modèle d'épisode de rôle (Figure 3) Kahn et al. (1964) identifient les statuts, les besoins, les valeurs, la formation, les compétences, l'âge, le sexe et l'ancienneté comme des facteurs personnels des tensions de rôle. En 1997, Loubès précise les facteurs personnels identifiés par Kahn et al. (1964) en distinguant les facteurs objectifs (sexe, âge et formation initiale), les facteurs subjectifs (locus de contrôle, estime de soi et autres traits de personnalité) et les facteurs liés au contexte organisationnel (ancienneté et formation continue). Plus récemment, Royal (2007) identifie d'autres caractéristiques personnelles (les visées et les croyances relatives au rôle) pouvant influencer l'apparition de tensions de rôle.

Au vu de l'étendue des facteurs individuels cités dans la littérature, nous choisissons d'en étudier quelques-uns. Concernant l'âge, la méta-analyse de Jackson et Schuler (1985) révèle que l'âge est presque toujours corrélé de manière négative avec les tensions de rôle. Plus précisément, certaines études révèlent que le conflit travail-famille et l'ambiguïté de rôle varie en fonction de l'âge (Bourdil, 2007). Par ailleurs, nous avons remarqué lors de notre étude exploratoire, que les jeunes cadres de santé (majoritairement des femmes) avec des enfants à

charge avaient du mal à concilier leur vie professionnelle avec leur vie familiale. Pour ces raisons, nous choisissons de prendre en compte l'influence de ce facteur personnel sur le conflit travail-famille. Par soucis d'exhaustivité, nous souhaitons tester l'influence de l'âge sur l'ensemble des tensions de rôle étudiées.

H7a : Plus les cadres de santé sont jeunes et plus ils développent des tensions de rôles.

En ce qui concerne le sexe, l'analyse de son influence sur les tensions de rôle semble intéressante dans la mesure où les cadres de santé sont majoritairement des femmes. Dans la littérature, les résultats des recherches étudiant l'influence du genre sur les tensions de rôle sont contradictoires. Selon certains auteurs, les femmes développeraient davantage de conflits travail-famille que les hommes en raison de leur plus grande implication dans la sphère familiale (Johnson, Donna, Lero et Rooney, 2001). Selon d'autres auteurs, les niveaux de conflits travail-famille seraient plus élevés chez les hommes (Eagle, Icenogle, Maes et Miles, 1998 ; Burley, 1994). En revanche, différents auteurs n'observent pas de différence entre les genres en ce qui concerne cette tension de rôle (Lachance, Brassard et Tétreau, 2005 ; Eagle, Miles et Icenogle, 1997 ; Moore, 1995). Des recherches sur la surcharge de travail (Richard et Krieshok, 1989), l'ambiguïté de rôle (Phelan, Bromet, Schwartz, Dew et Curtis, 1993 ; Richard et Krieshok, 1989 ; Fry et Greenfeld, 1980) et le conflit de rôle (Phelan et al., 1993 ; Northcott et Lowe, 1987 ; Fry et Greenfeld, 1980) ne révèlent pas de différence entre les genres, alors que Sharada et Raju, (2001) démontrent que les femmes perçoivent davantage de conflit et d'ambiguïté de rôle que les hommes. De même, selon Bourdil (2007), les femmes seraient plus sensibles au conflit de rôle, alors que selon Babin et Boles (1998), ce serait les hommes. Pour notre part, lors de notre étude exploratoire nous avons constaté que les hommes percevaient autant de tensions de rôle que les femmes. A ce titre, nous posons l'hypothèse suivante.

H7b : Le sexe des cadres de santé n'influence pas le développement de tensions de rôle.

En complément des hypothèses précédentes, nous choisissons de tester l'influence du nombre d'enfants à charge sur le développement de tensions de rôle telles que le conflit travail-famille. Lors de la phase exploratoire, nous avons constaté que les jeunes cadres de santé qui avaient plusieurs enfants à charge avaient davantage de difficultés à concilier la vie

professionnelle et la vie familiale. En conséquence, nous supposons que plus les cadres de santé ont des enfants à charge, et plus ils développent un conflit travail-famille. Pour plus de cohérence, nous testerons l'influence de ce facteur sur les autres tensions de rôle étudiées.

H7c : Plus les cadres de santé ont des enfants à charge, et plus ils développent des tensions de rôle.

Enfin, nous souhaitons nous intéresser à deux autres variables que nous supposons particulièrement marquées chez les cadres de santé, et qui pourraient avoir des conséquences en termes de tensions de rôle : le temps de travail et le *workaholisme*. Le nombre d'heures travaillées par les cadres de santé peut être très élevé en raison des multiples responsabilités et tâches qui leur incombent. Certains ont des difficultés à dire non et à ne pas répondre aux différentes attentes qui émanent des équipes, de la hiérarchie, des familles et autres. Tout cela engendre des journées travaillées très longues. En conséquence, toutes ces heures passées à travailler pourraient, à termes, entraîner des tensions de rôle telles que la surcharge ou le conflit travail-famille. A ce titre nous supposons que plus le temps de travail effectué par les cadres de santé est important, et plus ils développent des tensions de rôle.

Similairement, nous supposons que le *workaholisme* peut entraîner le même type de tensions de rôle. Selon la typologie des déterminants des tensions de rôle de Loubès (1997), ce trait de personnalité peut être identifié comme un facteur personnel subjectif. Les résultats d'une enquête menée auprès d'une population de salariés parisiens révèle que les cadres et les femmes (notamment avec des enfants à charge) présentent un risque de *workaholisme* plus important (Taghavi, 2012). Par ailleurs, une autre étude démontre que les individus *workaholiques* développent plus de conflits travail-famille que les individus non *workaholiques* (Bonebright et al., 2000). Pour les raisons qui viennent d'être présentées, nous posons les deux hypothèses suivantes.

H7d : Plus le temps de travail effectué est important, et plus les cadres de santé développent des tensions de rôle.

H7e : Plus les cadres de santé sont « workaholiques », et plus ils développent des tensions de rôle.

- *Les hypothèses relatives aux caractéristiques organisationnelles :*

Les centres hospitaliers français ont de nombreuses similitudes sur le plan organisationnel. Pour la majorité, ils sont organisés en pôles d'activité (dirigés par un médecin chef de pôle, un cadre supérieur de santé et un cadre administratif) ainsi qu'en unités de soins, et la tarification à l'activité y a été mise en place progressivement depuis 2005. En outre, nous présumons que le développement des tensions de rôle (lié aux interactions avec les différentes parties prenantes de l'hôpital avec qui le cadre de santé est en contact) dépend de l'étendue de contrôle, c'est à dire du nombre de personnes sous la responsabilité des cadres de santé. L'étendue de contrôle est citée quelques fois dans la littérature traitant des déterminants des tensions de rôle (Royal, 2007 ; Loubès, 1997). Par exemple, les résultats de l'étude de Royal (2007) révèlent que l'étendue de contrôle est une caractéristique ayant une influence sur la charge de travail quantitative. A ce titre, nous faisons une première hypothèse.

H8a : Plus l'étendue de contrôle est grande, et plus les cadres de santé développent des tensions de rôle.

La littérature identifie aussi l'étendue de subordination (nombre de personne pouvant donner des directives) comme une caractéristique organisationnelle pouvant influencer le développement de tensions de rôle (Loubès, 1997). Par exemple, l'étude de Morris et al. (1979) conclut à une relation positive avec l'ambiguïté de rôle, et l'étude de Nicholson et Goh (1983) révèle une relation positive avec l'ambiguïté de rôle et le conflit de rôle. A ce titre, nous faisons une deuxième hypothèse.

H8b : Plus l'étendue de subordination est grande, et plus les cadres de santé développent des tensions de rôle.

Enfin, il semble évident que les tensions de rôle soient davantage développées chez les cadres dont la perception des changements liés à la mise en place du Nouveau Management Public (NMP) est plus grande. D'ailleurs, la littérature dénonce les exigences qu'engendre le

Nouveau Management Public. Par exemple, Abord de Chatillon et Demarais (2012) soulignent que « *parmi les six facteurs les plus fréquemment associés à l'épuisement professionnel selon la recension de Maslach (2006), la surcharge de travail et la dégradation des relations interpersonnelles semblent être les plus présentes en contexte de changements liés au NMP* ». Le Nouveau management Public entraîne une intensification du travail du personnel contraint de faire davantage avec des ressources moindres (Noblet et Rodwell, 2009). A ce sujet, des études révèlent le lien entre le Nouveau Management Public et l'augmentation de la charge de travail (Diefenbach, 2009 ; Butterfield, Edwards et Woodall, 2005) provoquée par une pression accrue et une extension des procédures (Abord de Chatillon et Demarais, 2012). Plus précisément, Newman et Lawler (2009) démontrent qu'à l'hôpital, les évolutions liées au NMP augmentent l'intensité du travail des managers et des infirmiers. A ce titre, nous faisons une troisième hypothèse.

H8c : Plus la perception des changements liés au Nouveau Management Public est grande, et plus les cadres de santé développent des tensions de rôle.

En synthèse, la figure 14 et le tableau 9 reprennent la description des hypothèses de recherche qui seront testées dans le cadre de cette étude confirmatoire.

Figure 14 : Les hypothèses du modèle de recherche

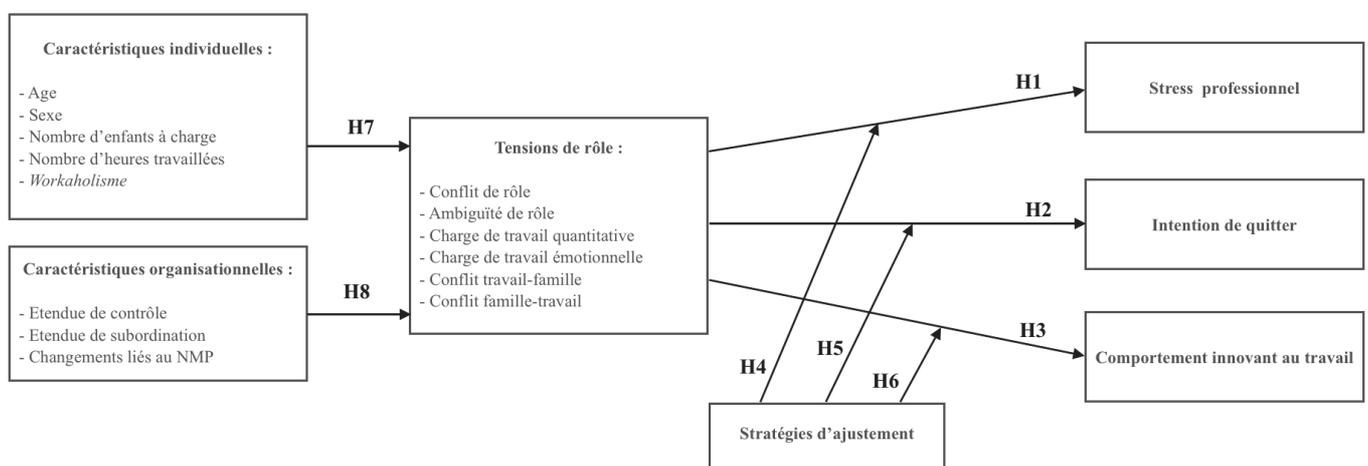


Tableau 9 : Synthèse des hypothèses de recherche

<p>H1a : Les conflits de rôle sont positivement associés au stress professionnel des cadres de santé.</p> <p>H1b : Les conflits famille-travail sont positivement associés au stress professionnel des cadres de santé.</p> <p>H1c : Les conflits travail-famille sont positivement associés au stress professionnel des cadres de santé.</p> <p>H1d : Les ambiguïtés de rôle sont positivement associées au stress professionnel des cadres de santé.</p> <p>H1e : La charge de travail quantitative est positivement associée au stress professionnel des cadres de santé.</p> <p>H1f : La charge de travail émotionnelle est positivement associée au stress professionnel des cadres de santé.</p>
<p>H2a : Les conflits de rôle sont positivement associés à l'intention de quitter des cadres de santé.</p> <p>H2b : Les conflits famille-travail sont positivement associés à l'intention de quitter des cadres de santé.</p> <p>H2c : Les conflits travail-famille sont positivement associés à l'intention de quitter des cadres de santé.</p> <p>H2d : Les ambiguïtés de rôle sont positivement associées à l'intention de quitter des cadres de santé.</p> <p>H2e : La charge de travail quantitative est positivement associée à l'intention de quitter des cadres de santé.</p> <p>H2f : La charge de travail émotionnelle est positivement associée à l'intention de quitter des cadres de santé.</p>
<p>H3a : Les conflits de rôle sont positivement associés au comportement innovant au travail des cadres de santé.</p> <p>H3b : Les conflits famille-travail sont positivement associés au comportement innovant au travail des cadres de santé.</p> <p>H3c : Les conflits travail-famille sont positivement associés au comportement innovant au travail des cadres de santé.</p> <p>H3d : Les ambiguïtés de rôle sont positivement associées au comportement innovant au travail des cadres de santé.</p> <p>H3e : La charge de travail quantitative est positivement associée au comportement innovant au travail des cadres de santé.</p> <p>H3f : La charge de travail émotionnelle est positivement associée au comportement innovant au travail des cadres de santé.</p>
<p>H4 : Les stratégies d'ajustement modèrent la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car elles diminuent le stress professionnel engendré par les tensions de rôle.</p> <p>H5 : Les stratégies d'ajustement modèrent la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car elles diminuent l'intention de quitter engendrée par les tensions de rôle.</p> <p>H6 : Les stratégies d'ajustement modèrent la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail, car elles augmentent le comportement innovant au travail engendré par les tensions de rôle.</p>
<p>H7a : Plus les cadres de santé sont jeunes et plus ils développent des tensions de rôles.</p>

<p>H7b : Le sexe des cadres de santé n'influence pas le développement de tensions de rôle.</p> <p>H7c : Plus les cadres de santé ont des enfants à charge, et plus ils développent des tensions de rôle.</p> <p>H7d : Plus le temps de travail effectué est important, et plus les cadres de santé développent des tensions de rôle.</p> <p>H7e : Plus les cadres de santé sont « <i>workaholiques</i> », et plus ils développent des tensions de rôle.</p>
<p>H8a : Plus l'étendue de contrôle est grande, et plus les cadres de santé développent des tensions de rôle.</p> <p>H8b : Plus l'étendue de subordination est grande, et plus les cadres de santé développent des tensions de rôle.</p> <p>H8c : Plus la perception des changements liés au NMP est grande, et plus les cadres de santé développent des tensions de rôle.</p>

3 L'opérationnalisation des variables

Après avoir posé les différentes hypothèses qui composent le modèle de notre recherche, nous allons désormais présenter l'opérationnalisation des variables qui construisent ce modèle et notamment les échelles que nous avons utilisées pour les mesurer. Pour s'assurer de la fiabilité et de la validité des instruments de mesure utilisés, nous avons fait le choix de mobiliser des échelles pré-existantes, issues de la littérature étudiant les mêmes concepts que ceux de notre recherche. Le choix de ces échelles s'est basé sur les coefficients de fiabilité et sur la pertinence des items par rapport à notre terrain de recherche.

Nous avons choisi d'utiliser des échelles de Likert à cinq points. Ces échelles d'intervalle, extrêmement utilisées en sciences de gestion (Gavard-Perret et al., 2008), permettent de mesurer les attitudes des répondants. Nous avons utilisé un nombre d'échelons impair car « *il a été démontré, dans certains contextes, que les échelles sans point neutre donnent des résultats artificiellement positifs* » (Gavard-Perret et al, 2008). Ceci s'explique par la barrière psychologique à juger négativement des répondants. En effet, « *ceux qui hésitent ou qui n'ont pas d'opinion indiquent de préférence la première réponse positive* » (Gavard-Perret et al, 2008). Au vu du nombre élevé de variables étudiées, nous avons préféré choisir un nombre d'échelon de cinq plutôt que de sept.

3.1 L'opérationnalisation des variables individuelles et organisationnelles

En ce qui concerne la majorité des antécédents des tensions de rôle que sont les variables individuelles et les variables organisationnelles, nous n'avons pas eu besoin de recourir à des échelles. En revanche, pour deux d'entre elles, nous avons eu recours à des échelles pré-existantes. Nous les présenterons successivement une à une par la suite.

3.1.1 L'opérationnalisation des variables individuelles

- *L'opérationnalisation des variables sociodémographiques :*

Au vu de la littérature, nous avons jugé pertinent de prendre en considération les caractéristiques individuelles suivantes : l'âge ; le sexe ; le nombre d'enfant à charge ; et le temps de travail.

Tableau 10 : Item relatif à l'âge

L'âge :

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

20-25 26-30 31-35 36-40 41-45 46-50 51-55 56 et +

Tableau 11: Item relatif au sexe

Le sexe :

Vous êtes :

Un homme Une femme

Tableau 12 : Item relatif au nombre d'enfant à charge

Le nombre d'enfant à charge :

Combien d'enfant avez-vous à votre charge ?

0 1 2 3 4 5 et +

Tableau 13: Item relatif au temps de travail hebdomadaire

Le temps de travail hebdomadaire :

Quel est votre temps hebdomadaire effectué ?

Inscrivez ici le nombre d'heures hebdomadaires travaillées (en moyenne) :

- *Les échelles utilisées pour mesurer les variables individuelles :*

Au sujet des variables individuelles, nous avons jugé pertinent de mesurer le degré de *workaholisme* des cadres de santé interrogés. Ce facteur peut avoir, *a priori*, une influence sur le développement de tensions de rôle chez les cadres de santé.

Il existe plusieurs échelles pour opérationnaliser le *workaholisme*. La « *Workaholism Battery* » (WorkBat), développée par Spence et Robins (1992) et composée de trois dimensions (**l'engagement, le plaisir et la pulsion au travail**), est largement utilisée dans la recherche sur le *workaholisme*. Cependant, cette échelle semble ne pas être fiable. Les résultats des travaux de Kanai, Wakabayahi et Fling (1996) ou encore de McMillan, Brady, O'Driscoll et Marsh (2002) le démontrent. Le « *Work Addiction Risk Test* » (WART), développé par Robinson (1999), est composé quant à lui des trois dimensions suivantes : **les tendances compulsives, le contrôle et l'absorption**. Cet auto-questionnaire est composé de vingt-cinq items. Des études montrent que cette échelle est une mesure valide du travail addictif (Taris, Schaufeli et Verhoeven, 2005).

La « *Dutch Work Addiction Scale* » (DUWAS), développée par Schaufeli, Taris et Bakker (2006) est une autre échelle de mesure basée sur les deux échelles précédentes. Cet instrument de mesure reprend la dimension des tendances compulsives du WorkBat et du WART mais exclut la dimension du plaisir au travail. Il est composé d'une deuxième dimension : le travail excessif. Initialement composée de dix-sept items, une version réduite à dix items de la DUWAS a été réalisée par ses auteurs (Schaufeli, Shimazu et Taris, 2009). Sa fiabilité étant satisfaisante (alpha de Cronbach : 0,80 pour le *workaholisme* excessif et 0,86 pour le *workaholisme* compulsif) (Libano, Llorens, Salanova et Schaufeli, 2010), nous choisissons d'utiliser cette version courte de la DUWAS qui nous semble être plus appropriée à notre enquête comprenant un grand nombre items.

Tableau 14 : Echelle utilisée pour mesurer le *workaholisme* : Version courte de la DUWAS (Schaufeli et al., 2009)

<p>Travail Excessif (Working Excessively)</p>	<p>« Je me sens pressé(e) et j'ai l'impression de faire une course contre la montre. » « Je reste au travail après le départ de mes collègues. » « Je me retrouve toujours à travailler sur de nombreux projets en parallèle. » « Je travaille tellement que je n'ai plus assez de temps pour mes loisirs ou pour voir mes amis. » « Je me trouve souvent à faire deux ou trois choses en même temps. »</p>
<p>Travail Compulsif (Working Compulsively)</p>	<p>« Il est important pour moi de travailler dur même quand je n'aime pas ce que je fais. » « J'ai souvent l'impression qu'il y a quelque chose en moi qui me pousse à travailler avec ténacité. » « Je me sens obligé(e) de travailler avec ténacité, même quand ce n'est pas agréable. » « Je me sens coupable quand je ne travaille pas. » « Il est difficile pour moi de me détendre quand je ne travaille pas. »</p>

3.1.2 L'opérationnalisation des variables organisationnelles

- L'opérationnalisation des variables relatives à l'établissement et au poste :

Nous supposons, au vu de la littérature, que certains facteurs organisationnels peuvent influencer le développement de tensions de rôle chez les cadres de santé. Nous supposons que les étendues de contrôle et de subordination peuvent influencer le développement de tensions chez les cadres de santé. De même, nous supposons que la perception des changements liés au Nouveau Management Public peut influencer le développement de tensions de rôle.

Tableau 15 : Item relatif à l'étendue de contrôle

<p>L'étendue de contrôle :</p> <p>Dans votre fonction de cadre de santé, combien de personnes avez-vous sous votre responsabilité hiérarchique ?</p> <p>Inscrivez ici le nombre de personnes :</p>

Tableau 16 : Item relatif à l'étendue de subordination

L'étendue de subordination :

Dans votre fonction de cadre de santé, combien de personnes sont susceptibles de vous donner des directives ?

Inscrivez ici le nombre de personnes :

- *Les échelles utilisées pour mesurer les variables organisationnelles :*
 - *L'opérationnalisation de la perception des changements liés au Nouveau Management Public (NMP) :*

Dans la littérature, il existe peu d'échelles qui permettent de mesurer la perception des changements liés au Nouveau Management Public (NMP). Nous en avons trouvé une qui a été créée par Abord de Chatillon et Desmarais (2012). Cette échelle est construite à partir des trois dimensions majeures du NMP issues de la littérature (le contrôle des moyens, la responsabilisation des acteurs et la prise en compte des parties prenantes) qui correspondent tout à fait aux premiers résultats de notre étude exploratoire. Les auteurs ont testé sa fiabilité qui paraît assez acceptable (rhô de Jöreskog : 0,689 pour le contrôle des moyens ; 0,632 pour la responsabilisation ; 0,676 pour les parties prenantes). Au vu de la carence des instruments mesurant cette perception, nous choisissons d'utiliser cette échelle. Les items de cette échelle sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 17 : Echelle de perception des changements liés au NMP (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012)

Le contrôle des moyens	« Dans mon service, les moyens à disposition pour travailler sont de plus en plus limités » « Les contraintes budgétaires prennent une place de plus en plus importante »
La responsabilisation des acteurs	« Il faut rendre des comptes de plus en plus précis et de plus en plus souvent » « La responsabilité personnelle de chacun est de plus en plus engagée »
La prise en compte des parties prenantes	« Nous travaillons quotidiennement avec des interlocuteurs de plus en plus nombreux » « Il faut prendre en compte dans mon travail les demandes de personnes variées (autres services, autres institutions...) »

3.2 L'opérationnalisation des tensions de rôle

La revue de littérature nous a amenés à distinguer trois types de tensions de rôle : **le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et la surcharge de travail**. L'étude qualitative exploratoire a révélé l'existence de ces trois types de tensions de rôle chez les cadres de santé que nous avons interrogés. En complément, l'étude qualitative nous a amenés à distinguer un exemple de conflit de rôle inter-rôles particulier et souvent énuméré lors des entretiens : **le conflit travail-famille**. Notre phase confirmatoire va donc porter sur l'étude de ces quatre types de tensions de rôle au sein d'un échantillon plus large de cadres de santé.

- *L'opérationnalisation du conflit de rôle :*

Les résultats issus de notre étude qualitative ont révélés que les cadres de santé développent trois formes majeures de conflits de rôle identifiées par Kahn et al. (1964) : **le conflit de rôle inter-émetteur, le conflit de rôle intra-émetteur et le conflit personne-rôle** (nous distinguons, pour notre part, la charge de travail et le conflit travail-famille du conflit de rôle, au même titre que l'ambiguïté de rôle).

Kahn et al. (1964) ont élaboré un questionnaire pour mesurer le conflit de rôle à travers un index de quatre scores : le nombre de changements voulus, le nombre d'activités concernées, les changements attendus dans la répartition du temps et les changements attendus concernant le style comportemental. Comme le précise Loubès (1997), c'est un type de procédé relativement lourd car il nécessite d'identifier la totalité des émetteurs, de réaliser des interviews avec tous les émetteurs et d'analyser toutes les réponses afin de déterminer le nombre d'attentes conflictuelles. Ce qui nous amène à chercher un instrument de mesure plus adéquat aux moyens dont nous disposons.

L'échelle de mesure la plus répandue dans la littérature pour mesurer les conflits de rôle est celle de Rizzo, House et Lirtzman (1970). L'échelle de Rizzo et al. (1970) mesure aussi l'ambiguïté de rôle. Cette échelle « *domine la quasi-totalité des recherches en la matière* » (Perrot, 2005). Pourtant, elle est régulièrement critiquée au sujet du manque de clarté et de la faible fiabilité de certains de ses items, ou encore, pour la dimensionnalité du construit (Perrot, 2005). Une analyse riche et détaillée de Loubès (1997) précise que la consistance interne de cette échelle du conflit de rôle est acceptable (alpha de Cronbach : 0,82) pour les échantillons retenus dans l'étude de Rizzo et al. (1970). L'auteure explique que de

nombreuses études ont corroboré ces résultats (Smith, Tisak et Schmieder, 1993), mais que des questions se posent quant à l'indépendance des mesures du conflit de rôle et de l'ambiguïté de rôle, aux biais engendrés par l'orientation des items et à la question de la prise en compte des facettes des deux construits. Par ailleurs, Loubès (1997) fait une synthèse des différentes critiques de cette échelle et reprend les correspondances (effectuées par Rizzo et al., 1970) de chaque item avec les différentes formes de conflits de rôle identifiées par Kahn et al. (1964). L'auteure fait aussi référence aux études qui ont conclu à la validité du construit de l'échelle (Schuler, Aldag et Brief, 1977) et qui préconisent de continuer à l'utiliser (Smith et al., 1993) en précisant que « *les scientifiques ont consacré plus de vingt ans à ne pas démontrer que les échelles de conflit de rôle et d'ambiguïté de rôle fonctionnent sans aucune différence par rapport à ce qui était initialement attendu d'elles* ».

En réponse aux critiques portées sur l'échelle de Rizzo et al. (1970), certains auteurs ont tenté d'élaborer des échelles de mesure multidimensionnelles du conflit de rôle. Ford et al. (1975) ont élaboré une échelle (alpha de Cronbach : 0,85) pour spécifier une dimension précise du conflit de rôle, mais elle ne prend en compte qu'une seule catégorie de conflit de rôle étudiée et s'adresse à la population ciblée des commerciaux. De même, Chonko, Howell et Bellender (1986) ont développé une échelle (alpha de Cronbach : 0,85-0,92) multidimensionnelle des conflits de rôle qui s'adresse uniquement aux vendeurs.

A travers une recherche sur l'insertion professionnelle des jeunes diplômés, Perrot (2001) remet en question l'échelle de Rizzo et al. (1970) et propose un instrument original basé sur cinq formes de conflits de rôle : le conflit individu/ensemble de rôle, le conflit individu/rôle, le conflit individu/climat, le conflit d'accès à l'information et la surcharge de rôle. Les propriétés psychométriques de cette nouvelle échelle sont satisfaisantes mais les dimensions diffèrent légèrement de celles identifiées lors de notre étude exploratoire.

En définitive, très peu d'instruments nouveaux comme celui de Perrot (2001) ont été élaborés pour mesurer le conflit de rôle et aucun d'entre eux, à notre connaissance, ne permet de spécifier les différentes formes identifiées par Kahn et al. (1964) que nous retrouvons dans les résultats de notre étude exploratoire. Par conséquent, afin de rapprocher nos résultats des travaux existant et d'utiliser des instruments validés dans un contexte francophone, nous avons fait le choix d'utiliser l'échelle reconnue de Rizzo et al. (1970).

La version originale de cette échelle comprenait quinze items pour mesurer les conflits de rôle et quinze autres items pour mesurer les ambiguïtés de rôle. Après avoir réalisé des analyses factorielles, Rizzo et al. (1970) ont créé deux échelles permettant de mesurer, d'une part, le conflit de rôle, et d'autre part, l'ambiguïté de rôle. La version finale de l'échelle pour mesurer le conflit de rôle (Tableau 18) est composée de huit items. Nous avons utilisé la version de Loubès (1997) traduite en français avec l'aide de la traduction proposée par Fournier (1994).

Tableau 18 : Echelle finale de Rizzo et al. (1970) pour le conflit de rôle

1. J'ai des choses à faire qui devraient être réalisées autrement.
2. Je reçois des missions sans main-d'œuvre pour les réaliser.
3. Je dois contourner une règle ou une procédure pour réaliser ma mission.
4. Je travaille avec deux ou plusieurs groupes qui fonctionnent de façon différente.
5. Je reçois des demandes incompatibles d'une ou plusieurs personnes.
6. Je réalise des choses qui peuvent être acceptées par certaines personnes et rejetées par d'autres.
7. Je reçois une mission sans ressources ni moyens adéquats pour pouvoir l'effectuer.
8. Je travaille pour des choses inutiles.

Cette version française de l'échelle du conflit de rôle de Rizzo et al. (1970) a été utilisée dans de nombreuses recherches (Loubès, 1997 ; Borgi, 2000 ; Grima, 2000 ; Hollet, 2002 ; Bourdil, 2007 ; Ruiller, 2008 ; Georgescu, 2010) (Tableau 19).

Tableau 19 : Utilisation de l'échelle traduite du conflit de rôle de Rizzo et al. (1970)

Auteurs	Echantillon	Alpha de Cronbach	Nombre d'items
Loubès (1997)	Agents de maîtrise	0,74	8
Grima (2000)	Responsables de formation professionnelle continue	0,74	8
Hollet (2002)	Force de vente	0,57 et 0,73	8
Bourdil (2007)	DRH, responsable d'équipe et télévendeurs de centres d'appel	0,6282	5
Ruiller (2008)	Personnels soignants	0,79	6

Même si cette échelle est considérée comme unidimensionnelle, nous nous sommes référés aux correspondances effectuées par Rizzo et al. (1970) entre les items et les différentes formes de conflit de rôle identifiées par Kahn et al. (1964) pour réaliser quelques ajustements. En effet, nous avons modifié certains items que nous avons jugés confus et inadaptés au contexte évoqué par les cadres de santé interrogés lors de l'étude exploratoire. D'abord, nous avons scindé un item en deux. Ainsi, l'item « *Je reçois des demandes incompatibles d'une ou plusieurs personnes* » est devenu, dans notre échelle de mesure adaptée de Rizzo et al. (1970) : « *Je reçois des demandes incompatibles d'une personne* » (item relatif au conflit de rôle intra-émetteur) et « *Je reçois des demandes incompatibles de plusieurs personnes* » (item relatif au conflit de rôle inter-émetteur). Ensuite, nous avons remplacé l'item « *Je travaille avec deux ou plusieurs groupes qui fonctionnent de façon différente* » (item relatif, selon Rizzo et al. (1970), à la surcharge de travail que nous allons mesurer avec une autre échelle) par « *Je réalise des tâches trop faciles ou trop ennuyeuses* » (item relatif, selon Rizzo et al. (1970), au conflit de rôle personne-rôle, et issu de l'échelle initiale composée de 30 items). Nous obtenons ainsi l'échelle suivante (Tableau 20).

Tableau 20 : Echelle adaptée du conflit de rôle de Rizzo et al. (1970)

1. « *Je dois effectuer des choses qui devraient être réalisées différemment* »
2. « *Je réalise des tâches trop faciles ou trop ennuyeuses* »
3. « *Je travaille pour des choses inutiles* »
4. « *Je reçois des missions sans main-d'œuvre pour les réaliser* »
5. « *Je reçois des demandes incompatibles d'une personne* »
6. « *Je reçois une mission sans ressources ni moyens adéquats pour pouvoir l'effectuer* »
7. « *Je reçois des demandes incompatibles de plusieurs personnes* »
8. « *Je réalise des choses qui peuvent être acceptées par certaines personnes et rejetées par d'autres* »

- *L'opérationnalisation du conflit inter-rôles travail-famille :*

Nous avons choisi d'utiliser une échelle spécifique à la mesure du conflit de rôle inter-rôles identifié par Kahn et al. (1964). En effet, le seul **conflit de rôle inter-rôles** que nous avons observé lors de l'étude exploratoire est celui lié à la conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée. Dans la littérature, il existe plusieurs échelles pour mesurer le **conflit travail-famille**. L'échelle de Burkes, Tamara et Richard (1979), composée de huit items, porte sur la vie familiale mais aussi sur la vie sociale et la santé. L'échelle de Frone et al. (1992), composée de deux items, porte sur des responsabilités familiales (telles que le jardinage, la

cuisine, le ménage, le shopping, le paiement des factures et la garde des enfants) que nous jugeons trop restrictives.

L'échelle de Netemeyer, Boles et McMurrian (1996), composée de dix items, porte sur les obligations familiales et plus largement sur la vie familiale et les programmes familiaux. Nous avons retenu cette dernière échelle pour rester dans le cadre du conflit travail-famille. L'échelle permet de mesurer les deux facettes de ce conflit : le **conflit travail-famille** et le **conflit famille-travail**. En effet, cinq items permettent de mesurer l'empiètement du travail sur les responsabilités et les rôles familiaux, et cinq autres items permettent de mesurer les tensions vécues dans la vie privée qui empêchent une personne de mener à bien son travail (Sassi, 2011). Les fiabilités obtenues pour cette échelle utilisée dans l'étude de Netemeyer et al. (1996) sont de 0,89 pour le conflit travail-famille et de 0,88 pour le conflit famille-travail. Le tableau suivant illustre les dix items utilisés pour notre étude.

Tableau 21 : Echelle du conflit travail-famille (CTF) et du conflit famille-travail (CFT), Netemeyer et al. (1996)

<p>Conflit travail-famille (CTF)</p>	<p>« Les exigences de mon travail interfèrent avec ma vie familiale » « Le temps que prend mon travail me pose des difficultés concernant l'accomplissement de mes responsabilités familiales » « Ce que je veux faire à la maison n'est pas réalisé compte tenu des exigences de mon travail » « Mon travail est stressant ce qui ne me permet pas de satisfaire mes obligations familiales » « Compte tenu des exigences de mon travail, je suis amené(e) à changer mes programmes familiaux »</p>
<p>Conflit famille-travail (CFT)</p>	<p>« Les exigences de ma famille ou de mon partenaire empiètent sur mes activités professionnelles » « Je dois remettre à plus tard certaines tâches liées à mon travail en raison du temps que je dois investir à la maison » « Il y a des choses que j'aimerais faire au travail et que je n'arrive pas à faire à cause des exigences de ma famille ou de mon partenaire » « Ma vie familiale empiète sur mes responsabilités professionnelles, par exemple, elle m'empêche d'être ponctuel(le), d'accomplir mes tâches quotidiennes et de travailler des heures supplémentaires » « Il m'est difficile de m'acquitter de mes obligations professionnelles en raison des tensions que je vis par rapport à ma famille »</p>

- *L'opérationnalisation de l'ambiguïté de rôle :*

Les résultats issus de l'étude qualitative ont révélé que les cadres de santé développent une forme d'ambiguïté de rôle identifiée par Kahn et al. (1964) : **l'ambiguïté de rôle liée à la tâche**.

Comme cela a déjà été mentionné, Rizzo et al. (1970) ont développé une échelle pour mesurer l'ambiguïté de rôle (Tableau 21). Cette échelle a aussi fait l'objet d'une analyse détaillée par Loubès (1997). L'auteure souligne que la consistance interne de cette échelle est acceptable (alphas de Cronbach : 0,78 et 0,81) pour les échantillons retenus dans l'étude de Rizzo et al. (1970). L'auteure précise aussi que les critiques formulées à l'égard de l'échelle de conflit de rôle se retrouvent dans l'échelle d'ambiguïté de rôle. King et al. (1990) stipulent notamment, que l'ambiguïté de rôle liée à l'aspect socio-émotionnel (non révélée par notre étude exploratoire) n'est pas directement évaluée par cette échelle. Notons que l'instrument de mesure élaboré par Lyons (1971) et composé de quatre items, ainsi que l'échelle de Beehr (1976), composée de quatre items, s'inspirent directement des items développés par Rizzo et al. (1970).

Tableau 22 : Echelle finale de Rizzo et al. (1970) pour l'ambiguïté de rôle

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Je connais avec certitude mon étendue d'autorité. 2. J'ai pour effectuer mon travail des objectifs clairs et planifiés. 3. Je sais que j'ai correctement réparti mon temps de travail. 4. Je sais quelles sont mes responsabilités. 5. Je sais exactement ce que l'on attend de moi. 6. Les explications sur ce qui doit être fait sont claires. |
|--|

Par rapport à l'échelle du conflit de rôle, davantage d'échelles multidimensionnelles de l'ambiguïté de rôle ont été élaborées en réponse aux critiques portées à l'échelle de Rizzo et al. (1970). Les échelles de Ford et al. (1975) et de Chonko et al. (1986), déjà citées pour les conflits de rôle, s'adressent respectivement aux populations ciblées des commerciaux et des vendeurs. De même, l'échelle MULTIRAM de Singh et Rhoads (1991), composée de quarante-cinq items (correspondant à sept dimensions de l'ambiguïté de rôle), s'adresse aux vendeurs. L'échelle de Sawyer (1992), composée de neuf items, mesurant la clarté des buts et la clarté des procédures, peut s'adresser à tout type de population mais ne reprend pas les formes d'ambiguïté de rôle identifiées par Kahn et al. (1964). Par ailleurs, Breugh et Colihan

(1994) ont élaboré une échelle de mesure de l'ambiguïté de rôle à trois dimensions : l'ambiguïté liée aux méthodes de travail, l'ambiguïté liée à la programmation du travail et l'ambiguïté liée aux critères de performance. Les auteurs rapportent de fortes fiabilités pour les trois facettes mesurées (alphas de Cronbach respectifs : 0,88 ; 0,88 ; 0,93), mais celles-ci ne correspondent pas aux dimensions que nous souhaitons mesurer.

Par conséquent, nous retenons l'échelle de l'ambiguïté de rôle de Rizzo et al. (1970) qui nous permet de mesurer **l'ambiguïté de rôle liée à la tâche**. Tout comme pour l'échelle de mesure du conflit de rôle, nous avons utilisé la version traduite en français par Loubès (1997), avec l'aide de la traduction de Fournier (1994). Cette échelle traduite en français a été utilisée dans de nombreuses recherches (Loubès, 1997 ; Borgi, 2000 ; Grima, 2000 ; Hollet, 2002 ; Bourdil, 2007 ; Ruiller, 2008 ; Georgescu, 2010) (Tableau 22).

Tableau 23 : Utilisation de l'échelle traduite de l'ambiguïté de rôle de Rizzo et al. (1970)

Auteurs	Echantillon	Alpha de Cronbach	Nombre d'items
Loubès (1997)	Agents de maîtrise	0,79	6
Grima (2000)	Responsables de formation professionnelle continue	0,79	6
Sassi (2011)	Personnels soignants	0,782	6
Bourdil (2007)	DRH, responsable d'équipe et télévendeurs de centres d'appel	0,8255	3
Ruiller (2008)	Personnels soignants	0,77	5

De même que pour le conflit de rôle, nous avons modifié cette échelle de l'ambiguïté de rôle. L'item « *Je sais que j'ai correctement réparti mon temps de travail* » (item qui semble plutôt être relatif à la gestion de la charge de travail qu'à l'ambiguïté de rôle) a été remplacé par l'item « *Il y a un manque de procédures et de guides pour m'aider* », (item issu de l'échelle initiale de Rizzo et al. (1970) composée de 30 items, et qui semble davantage correspondre au manque de clarté lié à la tâche). En résumé, le tableau 23 illustre l'échelle à six items adaptée de Rizzo et al. (1970) que nous avons utilisée pour mesurer l'ambiguïté de rôle.

Tableau 24 : Echelle adaptée de Rizzo et al. (1970) pour l'ambiguïté de rôle

1. « *Je connais avec certitude mon étendue d'autorité* »
2. « *J'ai pour effectuer mon travail des objectifs clairs et planifiés* »
3. « *Il y a un manque de procédures et de guides pour m'aider* »
4. « *Je sais quelles sont mes responsabilités* »
5. « *Je sais exactement ce que l'on attend de moi* »
6. « *Les explications sur ce qui doit être fait sont claires* »

- *L'opérationnalisation de la surcharge de rôle/travail :*

La surcharge de travail est le principal stresser organisationnel (Brunstein, 1999 ; Légeron, 2001 ; Maslach, Schaufeli et Leiter, 2001 ; Sassi 2011). Notons par ailleurs, que la population étudiée dans le cadre de cette recherche, doit faire face à une **surcharge de travail quantitative** (prise en compte de manière systématique dans les études sur le stress) mais aussi à une **surcharge de travail qualitative (ou émotionnelle)** propre à la relation de soin (Dejours, 1980 ; Shirom, Nirel et Vinokur, 2006 ; Harris, 1989).

Dans la littérature, plusieurs échelles sont utilisées pour mesurer la surcharge de travail, mais un instrument en particulier a retenu notre attention. En effet, l'échelle spécifique de Harris (1989), intitulée « *Nurse Stress Index* », permet de mesurer les deux composantes de la surcharge de travail que nous venons d'aborder (quantitative et qualitative), auprès des personnels soignants. La première dimension de l'échelle (cinq items) relative à la surcharge de travail quantitative, rend compte de la pénibilité physique du travail, alors que la seconde dimension de l'échelle (six items) relative à la surcharge de travail qualitative, rend compte de la fatigue psychologique liée à la relation et au contexte de soin (Sassi 2011).

L'étude de Harris (1989) menée auprès d'infirmières révèle un alpha de Cronbach de 0,78 pour la dimension quantitative et de 0,76 pour la dimension émotionnelle. Cette échelle a déjà été utilisée en France, notamment dans la thèse de Sassi (2011) portant sur une étude menée auprès des personnels soignants (alphas de Cronbach : 0,792 pour la dimension quantitative et 0,789 pour la dimension émotionnelle). Le tableau 25 illustre les items de cette échelle que nous retenons pour notre étude.

Tableau 25 : Echelle de la charge de travail de Harris, 1989

<p>Charge de travail quantitative (CTQ)</p>	<p>« Je n'ai pas assez de temps pour faire tout ce qu'on attend de moi au travail » « Je travaille sous pression parce que je dois toujours respecter le temps alloué à chaque tâche » « Je suis tellement sollicité(e) par les autres que je n'ai plus le temps de tout faire correctement » « Au lieu de suivre mon planning, je passe mon temps à faire trente six mille choses à la fois » « Je perds mon temps à faire des tâches sans intérêt qui ne font pas partie de mon travail »</p>
<p>Charge de travail émotionnelle (CTE)</p>	<p>« Dans mon travail je suis confronté(e) à des questions de vie ou de mort » « Dans mon travail, je côtoie des personnes souffrantes ou en fin de vie » « Dans mon travail, je dois m'occuper de patients difficile » « Dans mon travail, je dois consoler des personnes en deuil » « Dans mon travail, je dois faire face à des personnes agressives » « Je dois gérer l'entourage et la famille des patients »</p>

3.3 L'opérationnalisation des effets directs des tensions de rôle

- *L'opérationnalisation du stress :*

Dans la littérature, il existe différentes échelles de mesure du stress perçu. L'échelle PSS de Cohen, Kamarck et Mermelstein, (1983), composée de dix items, est beaucoup utilisée. Un exemple d'item est : « *Au cours du dernier mois, combien de fois vous êtes vous senti irrité parce que les évènements échappaient à votre contrôle ?* ». L'échelle de mesure du stress professionnel développée par Steffy et Jones (1988), composée de vingt et un items, présente une bonne consistance interne, mesurée par l'alpha de Cronbach (0,91). Un exemple d'item est : « *Je trouve stressant d'avoir à être en relation avec des gens dans mon emploi actuel* ».

Il existe aussi des échelles de mesure des effets physiques et psychologiques du stress. L'échelle de mesure du stress psychologique (MSP) de Lemyre et Teissier (1988), a été conçue à partir de quarante-neuf items. De structure unifactorielle, cette échelle offre une stabilité de 0,68 à 0,80 dans des circonstances constantes (Lemyre, Tessier et Fillon, 1990). Pour des protocoles de suivi longitudinal avec des mesures répétées, les auteurs ont élaboré deux versions parallèles de vingt-cinq items à partir de la version originale, démontrant respectivement un alpha de Cronbach de 0,92 et 0,93. Plus tard, pour des enquêtes de santé et de bien-être au travail, ces mêmes auteurs ont mis au point une version abrégée de neuf items

(la MSP-9). Cette version courte affiche les mêmes qualités psychométriques de fidélité, validité et consistante interne (alpha de Cronbach : 0,89). Nous retenons cette échelle dont le nombre d'items et la fiabilité semblent être adaptés à notre étude confirmatoire. Notons que cette échelle a été testée en sciences de gestion par Moisson (2008).

Précisons que pour répondre à notre objectif de mesure du stress professionnel et pour adapter cette échelle à la forme de notre enquête, nous avons introduit chaque item par le complément de phrase « *Ces derniers jours, au travail...* ». En effet, la forme de notre enquête ne nous permettait pas de présenter le groupe d'items par la phrase introductive de l'échelle originale (« *Cochez le chiffre qui indique le mieux le degré auquel chaque affirmation s'est appliquée à vous récemment, c'est à dire dans les 4 à 5 jours* »). Par ailleurs, nous tenions à mesurer le stress psychologique sur le lieu de travail. Le tableau 26 illustre les items adaptés de cette échelle.

Tableau 26 : Echelle de mesure adaptée de la MSP-9 de Lemyre et Tessier (1988)

Stress psychologique au travail	<ol style="list-style-type: none"> 1. « <i>Ces derniers jours, au travail, je suis détendu(e)</i> » 2. « <i>Ces derniers jours, au travail, je me sens débordé(e) ; j'ai l'impression de manquer de temps</i> » 3. « <i>Ces derniers jours, au travail, j'ai des douleurs physiques : maux de dos, maux de tête, mal à la nuque, maux de ventre</i> » 4. « <i>Ces derniers jours, au travail, je me sens préoccupé(e), tourmenté(e) ou anxieux (anxieuse)</i> » 5. « <i>Ces derniers jours, au travail, je ne sais plus où j'en suis, je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration</i> » 6. « <i>Ces derniers jours, au travail, je me sens plein(e) d'énergie, en forme</i> » 7. « <i>Ces derniers jours, au travail, je sens peser un grand poids sur mes épaules</i> » 8. « <i>Ces derniers jours, au travail, je contrôle mal mes réactions, mes émotions, mes humeurs, mes gestes</i> » 9. « <i>Ces derniers jours, au travail, je suis stressé(e)</i> »
--	--

- *L'opérationnalisation de l'intention de quitter :*

Dans la littérature, il existe différents instruments de fiabilité satisfaisante qui permettent de mesurer l'intention de quitter des employés. Par exemple, celui de Donnelly et Ivencevich (1975) qui est composé de trois items. Un exemple d'item est : « *Je pense souvent à quitter cette entreprise* ». De même, le « *Michigan Organizational Assessment Questionnaire* » développé par Nadler, Jenkins, Cammann et Lawler (1975) et dont la traduction de Neveu

(1996), utilisée notamment par Perrot (2001) auprès d'anciens étudiants, présente un alpha de Cronbach de 0,87. Cependant, nous avons retenu une échelle plus adaptée à notre échantillon car elle s'adresse à des personnes exerçant au sein d'un hôpital. Cette échelle unidimensionnelle (alpha de Cronbach : 0,89), développée par Battistelli, Portoghese, Galletta et Pohl (2013), s'inspire des échelles précédemment citées et se compose de six items présentés dans le tableau 27.

Tableau 27 : Echelle de mesure de l'intention de quitter (Battistelli et al., 2013)

Intention de quitter	<ol style="list-style-type: none"> 1. « J'ai l'intention de chercher un autre emploi dans un autre hôpital pendant l'année prochaine » 2. « J'ai l'intention de chercher un emploi dans un autre hôpital durant les 5 prochaines années » 3. « J'ai l'intention de déposer un dossier de mutation dans une autre unité de cet hôpital pendant l'année prochaine » 4. « J'ai l'intention de déposer un dossier de mutation dans une autre unité de cet hôpital durant les 5 prochaines années » 5. « J'ai l'intention de quitter la profession et de changer de métier pendant l'année prochaine » 6. « J'ai l'intention de quitter la profession et de changer de métier durant les 5 prochaines années »
-----------------------------	---

- *L'opérationnalisation du comportement innovant au travail (CIT) :*

Le comportement d'innovation au travail (CIT) est mesuré avec l'échelle de mesure développée par Janssen (2000, 2001), intitulée « *Innovative Work Behavior* » (IWB). Elle est composée de neuf items répartis sur trois tâches nécessaires au processus d'innovation au travail : **la génération de l'idée, la promotion de l'idée et la réalisation de l'idée**. Le coefficient de fiabilité global de cette échelle est de 0,86. Pour les trois facteurs, il est respectivement de 0,87 ; 0,69 et 0,70. Le tableau 28 illustre les items de l'échelle du CIT.

Tableau 28 : Echelle de mesure du CIT (Janssen, 2000 ; 2001)

Génération de l'idée	« Je produis de nouvelles idées pour résoudre des problèmes difficiles » « Je crée de nouvelles méthodes de travail, techniques ou outils » « Je trouve des solutions originales à des problèmes »
Promotion de l'idée	« Je mobilise le soutien d'autres personnes pour les idées innovatrices » « Je fais en sorte que les personnes importantes dans l'organisation soient enthousiastes au sujet d'idées innovatrices » « J'obtiens l'approbation des autres pour des idées innovatrices »
Réalisation de l'idée	« Je transforme les idées innovatrices en applications utiles dans de travail » « J'introduis systématiquement de nouvelles idées dans l'environnement de travail » « J'évalue l'utilité des idées innovatrices »

3.4 L'opérationnalisation des stratégies d'ajustement

- *L'opérationnalisation du coping :*

L'étude exploratoire a permis d'identifier une série de stratégies utilisées par les cadres de santé pour faire face aux tensions de rôle qu'ils vivent au quotidien. Nous avons cherché dans la littérature une échelle de mesure du *coping* qui reprenne au mieux ces différentes stratégies identifiées.

La littérature cite de nombreuses échelles de *coping* (plus d'une vingtaine d'après la synthèse de De Ridder en 1997). Le « *Coping Inventory For Stressful Situations* » (CISS) de Endler et Parker (1990) est un instrument très satisfaisant qui dispose d'excellentes qualités psychométriques. Il repose sur trois dimensions (stratégies centrées sur le problème, stratégies centrées sur les émotions et stratégies d'évitement) à travers quarante-huit items. Notons que cette échelle ne comprend pas la stratégie fondamentale de la recherche du soutien social (que les auteurs identifient comme une ressource) (Bruchon-Schweitzer, 2001). La WCC-R de Vitaliano, Russo, Maiuro et Becker (1985) qui est une version revisitée de la WCC de Folkman et Lazarus (1988) et de Lazarus et Folkman (1984), a été traduite en français par Cousson-Gélie, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Nuissier et Rasclen (1996). Cette version traduite (quarante-deux items) est composée de trois dimensions : le *coping* centré sur le problème, le *coping* centré sur l'émotion et la recherche de soutien social. Pour la version finale (vingt-sept items), les coefficients de consistance interne vont de 0,71 à 0,82.

Carver, Scheier et Weintraub (1989) ont élaboré l'inventaire « COPE » qui permet d'évaluer le *coping*. Il est construit à partir du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman. En 1997, Carver a réalisé une version abrégée (**quatorze dimensions**) de cet instrument de mesure (**le Brief-COPE**) dans laquelle chaque dimension du *coping* comprend deux items (soit vingt-huit items au total). Ces différentes stratégies sont issues des *coping centrés sur le problème ou sur l'émotion*. Le Brief-COPE a été traduit et validé par Müller et Spitz en 2003. Il a également été validé en version française lors d'une étude menée sur une population de femmes atteintes de cancer du sein, avec un coefficient de consistance interne entre 0,69 et 0,89 selon les dimensions, avec une moyenne à 0,77 (Fillion et al., 2002). Nous retenons cette échelle, rapide à compléter et qui mesure des stratégies se rapprochant des stratégies identifiées lors de notre phase exploratoire, ainsi que d'autres stratégies non identifiées (dénier ; blâme ; utilisation de substances ; expression des sentiments ; acceptation ; religion) mais qui pourraient émerger avec un échantillon de cadres de santé plus important (Tableau 29).

Tableau 29 : Stratégies d'ajustement identifiées avec l'étude exploratoire et correspondant aux dimensions du Brief-COPE de Carver (1997)

Dimensions du Brief-COPE	Stratégies identifiées avec l'étude exploratoire
Stratégies centrées sur l'émotion :	
Soutien émotionnel	Soutien des collègues, de la hiérarchie et de la famille
Réinterprétation positive	Prise de recul
Déni	
Blâme	
Humour	Jeu et Humour
Utilisation de substances	
Désengagement comportemental	Renoncement au travail parfait, Fuite
Stratégies centrées sur le problème :	
<i>Coping</i> actif	Négociation, Stratégie de contournement, Communication
Planification	Tri et Gestion des priorités
Soutien instrumental	Soutien des collègues et de la hiérarchie
Expression des sentiments	
Acceptation	
Religion	
Distraction	Repos, Loisirs, Voyages, Activités physiques

Il existe deux formes du Brief-COPE : une forme dispositionnelle où le répondant doit indiquer la façon habituelle qu'il a de répondre face à une situation stressante ; et une forme situationnelle, face à une situation particulière. Dans notre cas, nous utilisons la forme situationnelle (situation particulière : les tensions de rôle). Par conséquent, dans notre enquête, nous introduirons les items de la façon suivante : « *Nous sommes intéressés par la façon dont les cadres de santé répondent lorsqu'ils sont confrontés aux événements difficiles ou stressant dans leur vie professionnelle. Il y a beaucoup de manière d'essayer de faire face au stress. Indiquez ce que vous faites ou ressentez habituellement lors d'un événement stressant tel que ceux énumérés dans la partie précédente* ». Le tableau 30 illustre les vingt-huit items du Brief-COPE que nous avons utilisés dans notre enquête.

Tableau 30 : Items du Brief-COPE de Carver (1997)

Stratégies d'ajustement (Coping)	Items
Soutien émotionnel	« <i>J'ai recherché un soutien émotionnel de la part des autres</i> » « <i>J'ai recherché le soutien et la compréhension de quelqu'un</i> »
Réinterprétation positive	« <i>J'ai essayé de voir la situation sous un jour plus positif</i> » « <i>J'ai recherché les aspects positifs dans ce qu'il m'arrivait</i> »
Déni	« <i>Je me suis dit que ce n'était pas réel</i> » « <i>J'ai refusé de croire que ça m'arrivait</i> »
Blâme	« <i>Je me suis critiqué</i> » « <i>Je me suis reproché les choses qui m'arrivaient</i> »
Humour	« <i>J'ai pris la situation avec humour</i> » « <i>Je me suis amusé de la situation</i> »
Utilisation de substances	« <i>J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux</i> » « <i>J'ai consommé de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation</i> »
Désengagement comportemental	« <i>J'ai renoncé à essayer de résoudre la situation</i> » « <i>J'ai abandonné l'espoir de faire face</i> »
Coping actif	« <i>J'ai déterminé une ligne d'action et je l'ai suivie</i> » « <i>J'ai concentré mes efforts pour résoudre la situation</i> »
Planification	« <i>J'ai essayé d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y avait à faire</i> » « <i>J'ai planifié les étapes à suivre</i> »

Soutien instrumental	« J'ai recherché l'aide et le conseil d'autres personnes » « J'ai essayé d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il fallait faire »
Expression des sentiments	« J'ai évacué mes sentiments déplaisants en en parlant » « J'ai exprimé mes sentiments négatifs »
Acceptation	« J'ai accepté la réalité de ma nouvelle situation » « J'ai appris à vivre dans ma nouvelle situation »
Religion	« J'ai essayé de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles » « J'ai prié ou médité »
Distraction	« Je me suis tourné vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées » « J'ai fait quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins) »

- *L'opérationnalisation du soutien social :*

Pour compléter le Brief-COPE qui distingue uniquement le soutien instrumental et émotionnel, nous avons rajouté des échelles permettant d'évaluer la nature du soutien mobilisé par les cadres de santé. Comme nous l'avons observé lors de la phase exploratoire, différentes sources de soutien peuvent être mobilisées par les cadres de santé pour gérer les tensions de rôle : la famille, les amis, les collègues et le supérieur hiérarchique. Nous avons donc cherché dans la littérature des échelles de mesure permettant l'opérationnalisation de ces différents supports.

Rappelons que certains auteurs considèrent le soutien social comme une ressource dont l'individu peut bénéficier, et non comme une stratégie de coping (Bruchon-Schweitzer, 2001). A ce sujet, nous nous rapprochons d'autres auteurs postulant que la recherche de soutien social implique des efforts pour solliciter et obtenir l'aide d'autrui. Nous considérons donc qu'il s'agit bien d'une stratégie élaborée par l'individu (Bruchon-Schweitzer, 2001). Par ailleurs, précisons qu'il semble y avoir un manque de consensus quant à la définition et l'opérationnalisation du concept de soutien social (Beauregard et Dumont, 1996). Par conséquent, il existe une multitude d'instrument de mesure de ce concept.

– *L'opérationnalisation du soutien de la famille et des amis :*

Pour mesurer le support de la famille et des amis, nous avons retenu l'échelle de Baruch-Feldman, Brondolo, Ben-Dayana et Schwartz (2002). Cette échelle (alpha de Cronbach : 0,91) est élaborée sur la base de celle de Karasek (1985) : « *The Karasek's Job Content Survey* ». Elle est composée de quatre items illustrés dans le tableau 30.

Tableau 31 : Items de l'échelle du soutien de la famille et des amis (Baruch et al., 2002)

Soutien Social de la famille et des amis	<ol style="list-style-type: none"> 1. « <i>Quand quelque chose va mal au travail, je peux toujours en parler avec ma famille ou mes amis</i> » 2. « <i>Ma famille ou mes amis se soucient vraiment de ce qui m'arrive au travail</i> » 3. « <i>Ma famille ou mes amis m'aident à me sentir mieux lorsque j'ai une dure journée de travail</i> » 4. « <i>Ma famille ou mes amis partagent ce que je vis au travail</i> »
---	---

– *L'opérationnalisation du soutien du supérieur hiérarchique et des collègues :*

Tout comme Sassi (2012), nous avons mobilisé l'échelle de Caplan, Cobb et French (1975), utilisée par McIntoch (1991) pour mesurer le soutien du supérieur hiérarchique et le soutien des collègues. De la même manière, nous avons répliqué les quatre items de cette échelle, d'une part pour le soutien du supérieur, et d'autre part pour le soutien des collègues. L'étude de McIntoch (1991) menée auprès d'infirmières donne un alpha de Cronbach satisfaisant de 0,81. De même, l'étude de Sassi (2012) menée auprès de personnels soignants donne un alpha de Cronbach de 0,889 pour le soutien du supérieur hiérarchique et de 0,867 pour le soutien des collègues. Le tableau 32 illustre les items de cette échelle.

Tableau 32 : Items de l'échelle du soutien du supérieur hiérarchique et du soutien des collègues (Caplan et al., 1975)

Soutien Social du supérieur hiérarchique	<p>« <i>Mon supérieur hiérarchique direct fait tout son possible pour me faciliter les choses au travail</i> »</p> <p>« <i>Il m'est facile de parler avec mon supérieur direct</i> »</p> <p>« <i>Je peux compter sur mon supérieur direct quand les choses vont mal au travail</i> »</p> <p>« <i>Je peux parler librement avec mon supérieur direct</i> »</p>
Soutien Social des collègues	<p>« <i>Mes collègues font tout leur possible pour me faciliter les choses au travail</i> »</p> <p>« <i>Il m'est facile de parler avec mes collègues</i> »</p> <p>« <i>Je peux compter sur mes collègues quand les choses vont mal au travail</i> »</p> <p>« <i>Je peux parler librement avec mes collègues</i> »</p>

Conclusion de la section 3

La dernière section de ce chapitre avait pour objectif de présenter le modèle et les hypothèses de notre recherche tout en exposant l'opérationnalisation des différentes variables étudiées. À l'issue de cette section, nous avons une vision plus claire du modèle et des hypothèses qu'il soulève (Figure 15). Ce modèle comporte de nombreuses variables qui nécessitent, pour la majorité d'entre elles, l'utilisation d'échelles de mesure.

Pour mesurer les antécédents des tensions de rôle que sont les variables individuelles et organisationnelles, nous avons mobilisé deux échelles existantes : **la DUWAS (version courte) de Schaufeli et al. (2009)** pour mesurer le *workaholisme* ; **l'échelle de Abord de Chatillon et Desmarais (2012)** pour mesurer la perception des changements liés au Nouveau Management Public.

Pour mesurer le conflit et l'ambiguïté de rôle, nous avons utilisé les échelles reconnues de **Rizzo et al. (1970)** que nous avons complétées avec **l'échelle de Netemeyer et al. (1996)** pour mesurer le conflit travail-famille/famille-travail, ainsi qu'avec **l'échelle de Harris (1989)** pour mesurer la surcharge de travail.

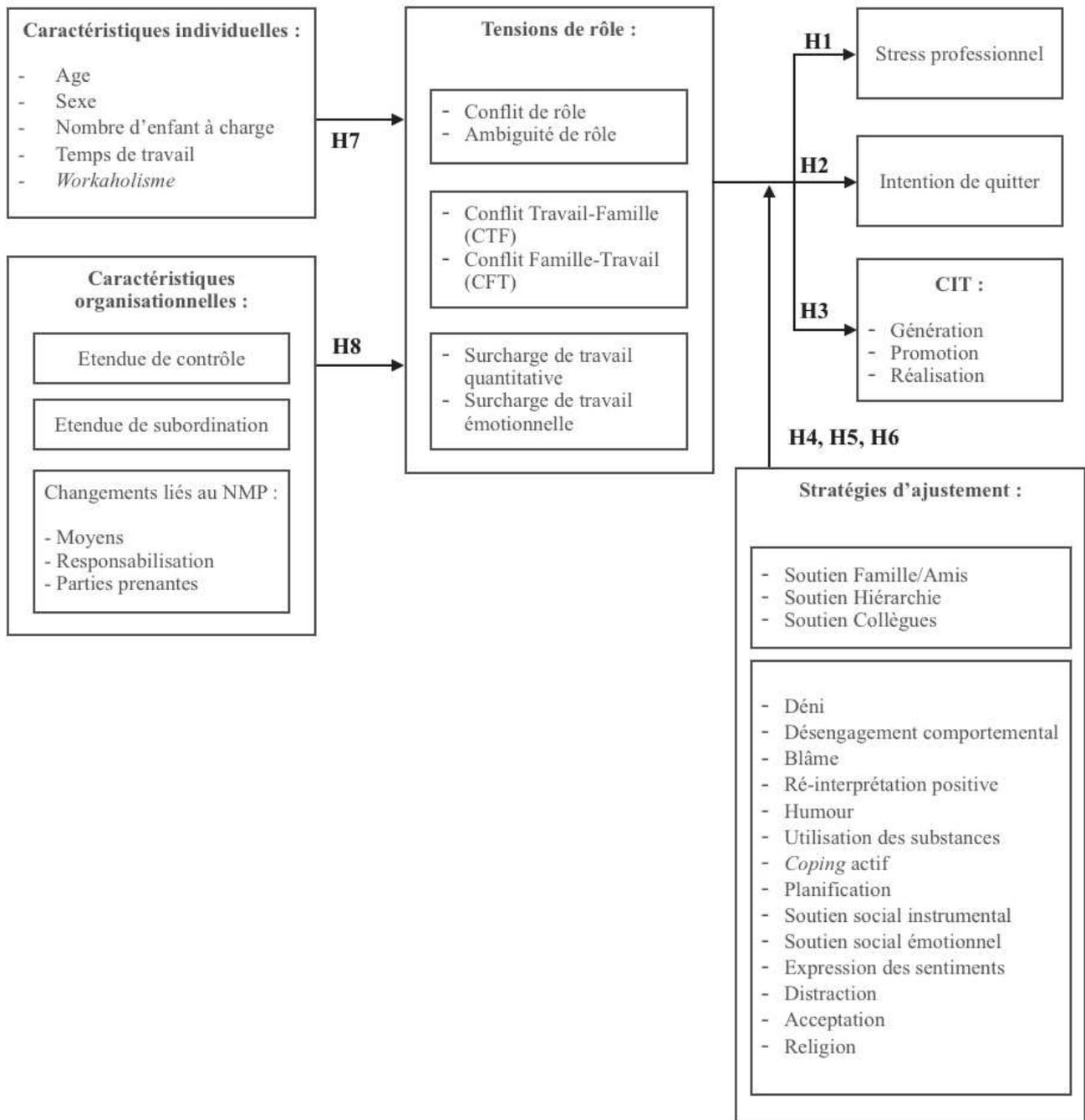
Pour mesurer les conséquences des tensions de rôle, nous avons adaptée **la MSP-9 de Lemyre et Tessier (1988)** pour l'opérationnalisation du stress professionnel. Nous avons utilisé **l'échelle de Battisteli et al. (2013)** pour l'opérationnalisation de l'intention de quitter, et **l'échelle de Janssen (2000, 2001)** pour l'opérationnalisation du comportement innovant au travail.

Enfin, concernant l'opérationnalisation des stratégies d'ajustement, nous avons mobilisé **le Brief-COPE de Carver (1997)** que nous complété par **l'échelle de Baruch et al. (2002)** et celle de **Caplan et al. (1975)** pour évaluer plus précisément et respectivement, le soutien social de la famille, du supérieur hiérarchique et des collègues.

Au final, le questionnaire de notre enquête, qui sera présenté dans la sous-section suivante, nécessitera la mobilisation de **douze échelles de mesure préexistantes**. En résumé, la figure

15 illustre le modèle de recherche détaillé avec l'ensemble des variables étudiées et mesurées avec ce questionnaire.

Figure 15 : Modèle de recherche détaillé



CONCLUSION DU CHAPITRE 3

Les deux premières sections de ce chapitre nous ont permis de présenter les objectifs, la méthodologie et les résultats de l'étude qualitative exploratoire. Cette étude qualitative nous a permis d'explorer le terrain d'un important établissement hospitalier ayant vécu les changements engendrés par le Nouveau Management Public. Ce terrain d'étude a favorisé le développement de nos connaissances sur l'organisation d'un hôpital en pleine modernisation. Désormais, nous pouvons mieux appréhender les problématiques managériales liées à cette modernisation. Les multiples échanges que nous avons eus au sein de cet établissement nous ont permis de nous familiariser avec les nouvelles organisations et autres changements vécus à l'hôpital durant ces dernières années (tarification à l'activité, mise en place des pôles d'activité, délégation de gestion...). Par ailleurs, la méthodologie qualitative utilisée dans cette étude a permis une analyse en profondeur d'un métier en pleine évolution et a enrichi les recherches quantitatives qui portent sur le comportement organisationnel.

Cette étude exploratoire nous a aussi éveillé aux différents facteurs pouvant influencer le développement des tensions de rôle chez les cadres de santé. Par conséquent, nous avons intégré dans le modèle de recherche des antécédents pouvant avoir une influence sur le développement de tensions de rôle chez les cadres de santé à l'hôpital public.

En outre, il semblerait que le développement de tensions de rôle soit l'occasion de développer de nouveaux comportements individuels dans l'organisation. En effet, d'après cette étude exploratoire, il s'avèrerait que les cadres de santé introduisent de nouvelles compétences et procédures pour diminuer les tensions de rôle qu'ils vivent au quotidien. Il semblerait que les cadres de santé tentent de s'adapter en innovant et en adoptant de nouveaux comportements pour faire face à de nouveaux rôles. Une question se pose alors : quel pourrait être le rôle à jouer des tensions de rôle dans le développement de nouveaux comportements organisationnels chez les cadres de santé ?

Par ailleurs, d'autres questions se posent quant aux conséquences des tensions de rôle en termes de stress professionnel mais aussi d'intention de quitter la profession. Les données collectées lors de cette phase exploratoire confirment les réflexions émises à l'issue de la revue de littérature et nous mènent à penser qu'il est intéressant d'étudier de plus près

l'intention qu'ont les cadres de santé de quitter leur poste. Une réflexion indispensable sur la fidélisation et l'attractivité de ce métier serait nécessaire si cette intention s'avère significative. Rappelons que depuis 1999 (et jusqu'en 2015) les hôpitaux font face au départ à la retraite de 85% des cadres de santé, selon l'étude prospective des métiers sensibles de la FHP (2007).

En résumé, toutes les réflexions qui ont émergé de l'étude exploratoire présentée dans ce chapitre nous ont menés à compléter le modèle de recherche proposé dans le chapitre 2 à l'issue de notre revue de littérature. Le nouveau modèle inclut des antécédents (les caractéristiques individuelles et organisationnelles) des tensions de rôle. De plus, il précise d'avantage les variables modératrices des stratégies d'ajustement (Figure 15). Ce modèle de recherche pose différentes hypothèses qui ont été précisées dans la troisième section de ce chapitre. Enfin, ce troisième chapitre nous a permis de présenter l'opérationnalisation (instruments de mesure) des différentes variables qui composent le modèle de notre recherche.

Chapitre 4 :

L'étude quantitative confirmatoire sur les tensions de rôle et les stratégies d'ajustement des cadres de santé

INTRODUCTION DU CHAPITRE 4

L'objectif de notre recherche est de comprendre, de décrire et d'expliquer les comportements adoptés par les cadres de santé à l'hôpital public pour faire face aux tensions de rôle, afin d'apporter aux gestionnaires les solutions permettant de prévenir et de gérer ce phénomène. Le cadre théorique et l'étude exploratoire présentés dans les précédents chapitres de cette thèse, nous ont permis d'appréhender et de comprendre les tenants et aboutissants de cette problématique.

Désormais, il s'agit de présenter la démarche qui a été utilisée pour confronter les différentes hypothèses, qui ont émergé de ce travail exploratoire, à la réalité du terrain. Avec une approche hypothético-déductive, nous avons choisi de tester notre modèle de recherche via une démarche quantitative. L'étude quantitative nous a permis d'étudier les comportements des cadres de santé à une grande échelle. Pour cela, nous avons utilisé un outil structuré qui permet de recueillir un très grand nombre d'informations sur de larges échantillons de répondants : le questionnaire.

Ce chapitre consacré à l'étude confirmatoire de notre recherche débutera avec une **première section** qui présentera la méthodologie utilisée. Pour faire suite, la **deuxième section** sera dédiée à la validation des instruments de mesure utilisés pour cette étude quantitative. Nous utiliserons la méthode des équations structurelles pour tester leur validité et leur fiabilité. La **troisième section** présentera le test du modèle et de ses hypothèses. Enfin, la **quatrième section** sera consacrée à la discussion des résultats qui sera mise en relation avec la revue de littérature présentée au début de ce travail de recherche, ainsi qu'avec les conclusions exposées à l'issue de l'enquête exploratoire.

Section 1 : La méthodologie de l'étude quantitative confirmatoire

Dans cette première section, il s'agira, tout d'abord, de présenter succinctement les objectifs de l'étude quantitative. Ensuite, nous exposerons la méthodologie utilisée pour le traitement statistique des données. Nous poursuivrons cette section avec la méthode de collecte des données et terminerons avec la présentation de l'échantillon étudié.

1 Les objectifs de l'étude quantitative

Dans le cadre d'une triangulation (Thiétart et al., 2007), nous avons décidé d'utiliser conjointement des méthodes qualitatives et quantitatives avec un objectif de complémentarité. L'approche qualitative offre des possibilités qui ont déjà été énoncées dans le troisième chapitre de cette thèse. L'approche quantitative, quant à elle, offre des possibilités différentes. Il nous semble donc enrichissant d'utiliser les qualités respectives de ces deux approches. Après avoir présenté les buts de l'étude qualitative dans le chapitre précédent, nous allons désormais présenter ceux de l'étude quantitative.

Nous réalisons une étude quantitative afin de confirmer les premiers résultats obtenus avec l'étude qualitative exploratoire. Dans un premier temps, l'enquête qualitative nous a permis d'explorer les phénomènes complexes que nous étudions dans le cadre de cette recherche. Les entretiens semi-directifs et les observations non participantes nous ont permis de mieux connaître le terrain d'étude et de mieux appréhender les concepts étudiés. Pourtant, l'étude qualitative menée auprès de quinze cadres de santé, au sein d'un seul établissement, ne nous permet pas de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des cadres de santé français. L'approche qualitative a une limite qui est celle de s'inscrire dans une démarche d'étude d'un contexte particulier (Thiétart et al., 2007). Dans un second temps, l'étude quantitative va nous permettre de vérifier les hypothèses que nous avons posées à l'issue de la revue de littérature et de l'étude exploratoire. A travers le test d'un modèle de recherche, l'étude quantitative va nous donner la possibilité d'analyser la réalité des relations causales entre les différents concepts étudiés. Elle nous permettra de quantifier les phénomènes étudiés, et de mettre en évidence des liens entre les variables concernées.

En général, l'approche quantitative est reconnue comme offrant une plus grande garantie d'objectivité que l'approche qualitative historiquement attachée à la subjectivité (Thiétart et

al., 2007). Avec l'approche quantitative, le chercheur est extérieur à l'observation qu'il mène. De plus, il utilise des techniques statiques de précision qui appuient ce postulat. L'étude quantitative permet également de quantifier un certain nombre de variables auprès d'une population. Elle donne la possibilité d'évaluer, quantitativement, les attitudes et les comportements de cette population. Dans le cadre de notre recherche, l'étude quantitative nous est parue nécessaire et enrichissante. A notre connaissance, l'étude des tensions de rôle et des stratégies d'ajustement utilisées par les cadres de santé pour y faire face, n'a jamais été quantifiée. Même si les tensions de rôle sont largement abordées dans les études portant sur le personnel soignant, aucune recherche, nous semble-t-il, n'a utilisé d'échelles de mesure pour appréhender ce phénomène chez les cadres de santé français.

Pour cette étude quantitative confirmatoire nous avons fait le choix d'utiliser un questionnaire. Il semble que le questionnaire soit un mode de collecte approprié pour répondre à l'objectif de notre recherche : connaître les comportements et les perceptions des cadres de santé vis à vis des phénomènes que nous étudions (tensions de rôle, stress professionnel...). Il est d'ailleurs largement utilisé dans les études traitant des tensions de rôle et des stratégies de *coping*. Le questionnaire est un outil de collecte de données primaires très efficace qui permet de recueillir un très grand nombre d'informations sur de larges échantillons de répondants (Thiétart et al., 2007). Nous pourrions collecter des données auprès d'un nombre important de cadres de santé. En effet, nous allons vérifier les hypothèses posées auprès d'un échantillon large de cadres de santé français. Cet outil va nous permettre de faciliter la standardisation, la comparabilité de la mesure et les traitements statistiques (Thiétart et al., 2007). Par ailleurs, en comparaison de l'entretien, le questionnaire permet une meilleure uniformité car il n'y a pas de variantes dans l'interrogation. Cela supprime les biais liés à l'interviewer qui peut, sans le vouloir, influencer les réponses. De plus, c'est un outil qui permet de collecter un maximum d'informations dans un délai très court. Sachant que les cadres de santé sont très fortement sollicités dans leur quotidien, le questionnaire paraît plus adapté. Il permet au cadre de santé de répondre en quelques minutes à des questions qui auraient pris beaucoup plus de temps lors d'un entretien difficile à planifier et qui dure souvent plus d'une heure.

2 La méthodologie utilisée pour le traitement statistique des données

Pour le traitement statistique des données, nous avons choisi d'utiliser les méthodes des équations structurelles. Nous allons expliquer les raisons de ce choix en présentant tout d'abord les objectifs et les intérêts de telles méthodes. Ensuite, nous aborderons plus en détail l'analyse factorielle confirmatoire qui est une méthode d'équations structurelles que nous mettrons en application lors de cette étude quantitative.

2.1 Les objectifs et les intérêts des méthodes d'équations structurelles

L'utilisation des méthodes d'équations structurelles se développe progressivement depuis le début des années 1980 dans les recherches empiriques, notamment en gestion des ressources humaines, et s'accroît avec la multiplication des travaux portant sur les tests de validation de construits théoriques et d'échelles de mesure (Roussel, Durrieu, Campoy et El Akremi, 2002). Il est intéressant de noter que les revues scientifiques internationales publient un nombre croissant de recherches mobilisant ce type de méthodes d'analyse des données (Roussel et al., 2002).

Les méthodes d'équations structurelles dites avancées, ou de seconde génération, « *apportent de nouvelles possibilités pour traiter de problèmes de relations linéaires simultanées* » (Roussel et al., 2002). Ces méthodes ont été créées pour étudier des rapports de causalité multiples entre un ensemble de variables, dites latentes, indépendantes et dépendantes (Roussel et al., 2002). Leur objectif est de « *mesurer simultanément les effets estimés de plusieurs déterminants sur plusieurs causes... Ces méthodes permettent, à la fois de tester les effets de variables, prises isolément, sur d'autres variables, et les effets conjoints de plusieurs variables sur une ou plusieurs autres.* » (Roussel et al., 2002).

Ces méthodes avancées ont aussi l'avantage de permettre la mesure des validités des construits théoriques, des fiabilités et des validités des échelles utilisées dans les questionnaires (Roussel et al., 2002). Elles ont l'intérêt de « *permettre, d'une part, le traitement d'estimations simultanées de plusieurs relations de dépendances inter-reliées, d'autre part, l'incorporation d'erreurs de mesure directement dans le processus d'estimation* » (Roussel et al., 2002). La prise en compte des erreurs de mesure permet d'obtenir des estimations plus précises des coefficients de régression qu'avec les méthodes classiques, dites de première génération (Hair, Anderson, Tatham et Black, 1998). Ces

méthodes offrent aussi la possibilité d'évaluer de manière globale les modèles de recherche sans se restreindre uniquement à l'examen de la significativité des coefficients estimés.

En résumé, les méthodes d'équations structurelles peuvent servir soit de méthodes descriptives destinées à mesurer des variables, soit de méthodes explicatives vouées aux tests de relations causales hypothétiques (Roussel et al., 2002). Dans cette section, nous nous intéresserons aux méthodes descriptives. Les méthodes explicatives seront étudiées dans la prochaine section (section 3).

2.2 Les étapes de résolution d'un Modèle d'Equations Structurelles (MES)

Avant de présenter l'analyse factorielle confirmatoire, nous allons présenter la démarche méthodologique utilisée pour développer et tester un modèle d'équations structurelles (MES). Cela permettra de clarifier la méthode des équations structurelles utilisée pour le traitement de nos données quantitatives.

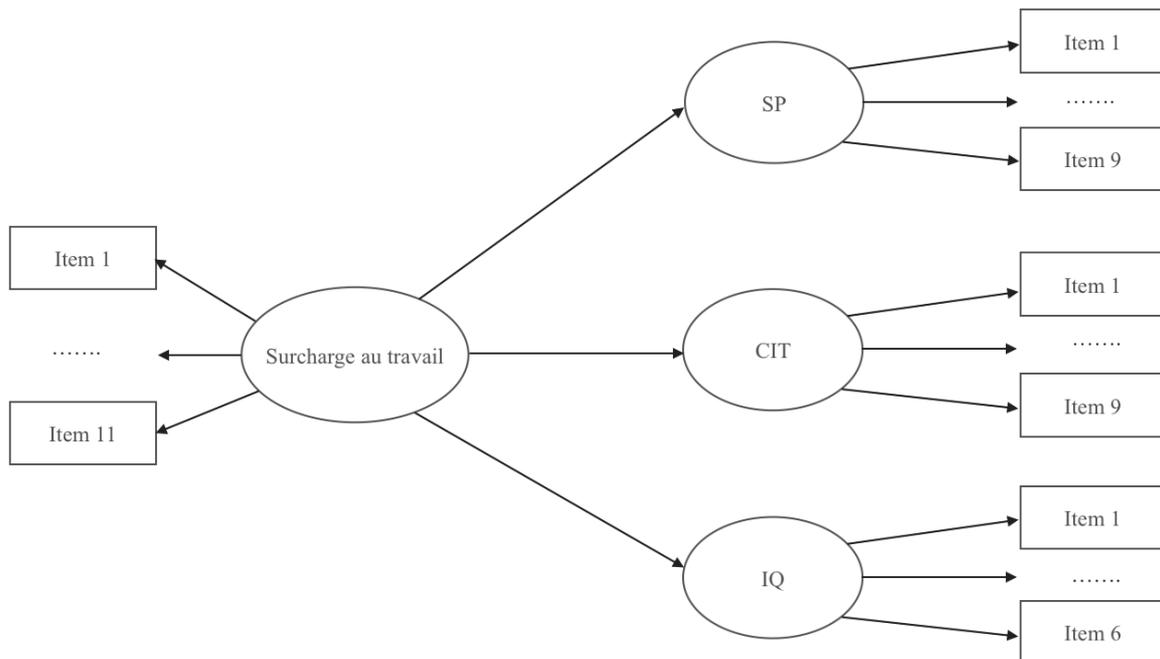
- *Du modèle d'analyse au modèle d'équations structurelles :*

L'objectif final de ce travail doctoral est de tester un modèle global de recherche qui pose différentes hypothèses. Pour atteindre cet objectif, plusieurs étapes nécessaires ont été réalisées et restent encore à l'être. Une des premières étapes a été d'élaborer un modèle fondé sur des bases théoriques (Figure 9 en fin de première partie de cette thèse). Ensuite, ce **modèle théorique** a été précisé avec une enquête qualitative exploratoire (Figure 14 à la fin du chapitre 3). Dans ce **modèle d'analyse** ainsi obtenu, chaque relation entre variables a été justifiée par une hypothèse définie mais qu'il reste encore à tester. Dans le cas d'un **modèle d'équations structurelles**, les relations entre les concepts doivent être soutenues par des hypothèses qui désignent les **variables explicatives** (concepts supposés déterminer d'autres concepts) et les **variables à expliquer** (concepts dont on cherche à connaître les déterminants).

Pour réaliser les méthodes d'équations structurelles, nous devons formaliser le modèle d'analyse en modèles d'équations structurelles. Dans ces nouveaux modèles, les **variables latentes** (concepts non directement observables) sont représentées par des figures ovales et les **indicateurs manifestes** (items) pour mesurer les variables latentes sont représentés par des

rectangles. Les variables latentes à expliquer sont positionnées sur la droite de la représentation graphique du modèle d'analyse d'ensemble, et les variables explicatives sur la gauche (voir exemple figure 16).

Figure 16 : Exemple de formalisation d'un modèle d'analyse en modèle d'équation structurelles



Les étapes suivantes consistent à construire un schéma de relations linéaires et à le transposer en modèles structurel et de mesure. Il s'agit de la **spécification du modèle**.

Le **modèle de mesure** est celui qui spécifie la nature des relations entre les variables manifestes (indicateurs) et les variables latentes. Lorsque les indicateurs manifestes sont supposés refléter les variables latentes, on parle alors d'**indicateurs réflexifs** (exemple : pour mesurer le conflit de rôle). Dans ce cas, les concepts sont étudiés avec des mesures indirectes qui ne sont pas parfaites et qui supposent l'existence d'erreurs de mesure qui sont elles-mêmes modélisées. Lorsque les indicateurs manifestes forment la variable latente, on parle alors d'**indicateurs formatifs** (exemple : pour l'âge du répondant). Dans ce cas, la mesure ne présente pas d'erreur (Gavard-Perret et al., 2008).

Le **modèle structurel**, quant à lui, spécifie les relations entre les variables latentes du modèle. On qualifie alors de **variables exogènes** celles qui se trouvent en tête de la chaîne causale

modélisée, et de **variables endogènes** celles qui ont pour cause d'autres variables latentes modélisées. Notons que les relations entre variables peuvent être unidirectionnelles (causales), bidirectionnelles (covariances), directes ou indirectes (Gavard-Perret et al., 2008).

Suite à la spécification du modèle, il va s'agir de faire **l'estimation du modèle**. « *L'estimation consiste à calculer les paramètres des relations spécifiées par le modèle de façon à maximiser l'adéquation de celui-ci aux données observées* » (Gavard-Perret et al., 2008). Les paramètres qui lient les variables sont significatifs si les mesures sont bien attachées aux variables latentes prévues. Pour l'estimation du modèle nous utiliserons la méthode la plus connue qui est celle du maximum de vraisemblance (ML pour *Maximum Likelihood*). Cette méthode nécessite quelques conditions d'application. D'abord, les données doivent respecter la condition de normalité multivariée (Gavard-Perret et al., 2008). Cette vérification sera faite lors de la description de l'échantillon. Par ailleurs, il faut vérifier que le nombre de paramètres à estimer ne dépasse pas le nombre d'équations issues du modèle. Ce contrôle sera fait en vérifiant que le degré de liberté du modèle ne soit pas négatif. Enfin, la méthode du maximum de vraisemblance n'est pas recommandée pour des échantillons inférieurs à 150 répondants. A ce sujet, la taille de notre échantillon (> 400) respecte la condition d'application.

Enfin, pour interpréter les résultats obtenus à l'issue de l'estimation du modèle d'équations structurelles, il faut évaluer la **qualité de l'ajustement du modèle aux données**. « *Un bon ajustement est une condition de validité interne des résultats qui pourront ensuite être interprétés* » (Roussel et al., 2002). C'est l'examen des indicateurs d'ajustement qui permet de réaliser cette évaluation. L'évaluation de la qualité d'ajustement est réalisée en parallèle pour le modèle global, le modèle de mesure et le modèle structurel.

– *L'ajustement du modèle global :*

Pour évaluer la qualité d'ajustement du modèle global, on peut utiliser différents indices. Les **indices absolus** mesurent l'ajustement du modèle global. Les **indices incrémentaux** permettent la comparaison de plusieurs modèles. Les **indices de parcimonie** indiquent dans quelle mesure le modèle présente un bon ajustement pour chaque coefficient estimé (Roussel et al., 2002). Le tableau 32 résume les valeurs clés des principaux indices d'ajustement du modèle global.

Tableau 33 : Valeurs clés communément admises des principaux indices d'ajustement (Roussel et al., 2002, p. 74)

Indices	Valeur clé
INDICES ABSOLUS	
χ^2 et Scaled χ^2 (Chi-Deux et Chi-Deux ajusté)	Aucune (p associé)
GFI et AGFI, Gamma 1 et Gamma 2	> 0.9
PNI	PNI le plus faible possible
PNNI	PNNI > 0.95
Hoelter's critical N	> 200
RMR et SRMR	La plus proche de 0. Valeur fixée par le chercheur
RMSEA	< 0.08 et si possible < 0.05
INDICES INCREMENTAUX	
NFI et BL86	> 0.9
TLI (NNFI) et IFI (BL89)	> 0.9
CFI et BFI (RNI)	> 0.9
INDICES DE PARCIMONIE	
χ^2 normé	La plus faible ente 1 et 2/3, voire 5
AIC, CAIC, CAK et ECVI	La plus faible possible (comparaison)
PNFI et PGFI	La plus forte possible (comparaison)

– *L'ajustement du modèle de mesure :*

En ce qui concerne le modèle de mesure, on étudie son degré d'ajustement (de la même manière que pour le modèle global), mais aussi la fiabilité et la validité de chaque construit. Ces trois étapes correspondent au processus mis en œuvre lors d'une **analyse factorielle confirmatoire** (développée ci-après).

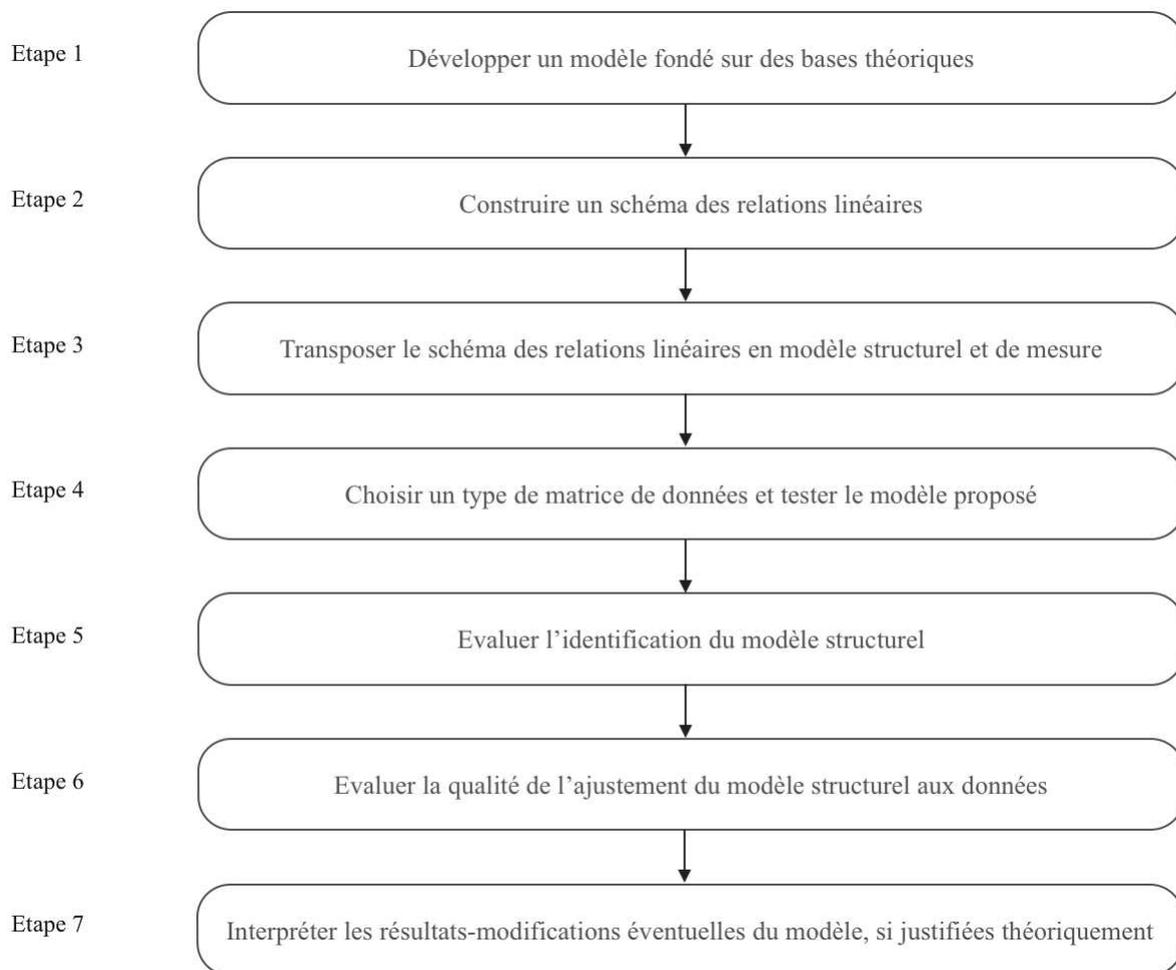
– *L'ajustement du modèle structurel :*

L'évaluation de l'ajustement du modèle structurel consiste à vérifier que les relations entre les construits sont statistiquement significatives (différentes de zéro). Pour cela, on utilise la **valeur du test *t* de Student**. Le seuil de signification dépend de la taille de l'échantillon. Au delà de 200 observations, il est recommandé de choisir un seuil de 5%. Dans ce cas, la valeur du *t* **doit être supérieure à 1,96** (Roussel et al., 2002). Il est aussi possible d'utiliser les **coefficients de régression ou structurels standardisés** qui varient entre -1 et $+1$ et dont les variances sont toutes égales. **Plus la valeur absolue d'un coefficient est proche de 1 et plus la relation linéaire est forte**. En revanche, un coefficient égal à zéro traduit une relation linéaire inexistante (Roussel et al., 2002). Enfin, il est recommandé, pour chaque variable exogène, de calculer le **pourcentage de variance expliquée par les relations linéaires**. Plus le résultat est élevé et plus on peut considérer que la variable exogène est bien expliquée par les autres variables qui lui sont associées (Roussel et al., 2002).

• *Synthèse de la démarche de résolution d'un modèle d'équations structurelles :*

La démarche qui vient d'être présentée suit les différentes étapes de résolution d'un modèle d'équations structurelles illustrées dans le schéma suivant (Figure 17). A l'issue des six premières étapes, les questions de spécification, d'identification et d'ajustement sont résolues et le modèle est considéré comme acceptable pour examiner et analyser les résultats. Dès lors, les résultats peuvent être confrontés aux hypothèses qui sous-tendent le modèle testé (voir section 3).

Figure 17 : Les étapes de résolution d'un MES adaptées de Hair, Anderson, Tatham et Black (1998), dans Roussel et al., 2002



- *Objectifs de l'analyse factorielle confirmatoire (AFC) :*

L'analyse factorielle confirmatoire (AFC) est une méthode d'équations structurelles descriptive. A ce titre, l'objectif de l'AFC est de proposer une mesure fiable d'un concept. Plus précisément, l'AFC, est « *destinée à résumer l'information commune (les facteurs communs, les dimensions) contenue dans un concept qui serait mesuré par une série d'indicateurs (items d'un questionnaire, batterie de ratios d'un bilan social ou financier, résultats de performances commerciales, etc)* » (Roussel et al., 2002).

L'analyse factorielle confirmatoire diffère de l'analyse en composantes principales (ACP) qui définit une structure factorielle *a posteriori*. En effet, l'AFC, elle, permet de confirmer une structure factorielle qui a déjà été définie *a priori*, par un modèle théorique ou par une ACP. Elle permet de vérifier sur l'échantillon étudié que la structure factorielle (ensemble des

facteurs communs du concept issu de la littérature) est représentée correctement par les observations de la population étudiée (Roussel et al., 2002).

Le questionnaire qui a servi à ce travail de recherche a été construit à l'aide d'échelles pré-existantes, issues de la littérature. Nous avons veillé à choisir des instruments reconnus, avec de bonnes consistances internes, qui ont fait l'objet de validations antérieures. C'est pourquoi nous réaliserons directement des analyses factorielles confirmatoires sans réaliser d'analyses factorielles exploratoires (telles que les ACP) au préalable. Les AFC nous permettront ainsi de vérifier la bonne qualité des échelles utilisées pour cette enquête menée auprès d'un échantillon de cadres de santé. Les échelles pré-existantes ont cependant une première limite liée au contexte pour lequel elles ont été créées (Thiétart et al. (2007)). Pour pallier cette limite, nous avons pris soin, quand cela a été possible, de choisir des échelles ayant été utilisées dans des contextes similaires (par exemple, des échelles ayant été testées auprès de personnel soignant ou d'infirmières). La deuxième limite des échelles pré-existantes est liée au fait qu'elles ont été, dans la majorité des cas, développées et testées aux Etats-Unis. Pour cela, nous avons choisi des échelles qui avaient été traduites en français et aussi testées en France.

- *Présentation de l'analyse factorielle confirmatoire (AFC) :*

L'analyse factorielle confirmatoire (AFC) se concentre sur le modèle de mesure. « *Les relations structurelles ne sont pas modélisées mais remplacées par de simples covariances entre toutes les variables latentes. Le modèle ne comprend donc que des variables manifestes et des variables latentes exogènes. L'objectif est de confirmer les liens entre les variables manifestes et latentes, tout en laissant libre la possibilité pour les variables latentes de covarier* » (Gavard-Perret et al., 2008).

L'analyse factorielle confirmatoire consiste à tester les différentes échelles de mesure retenues pour cette étude. Pour cela, nous vérifierons la fiabilité et la validité de chaque construit. Le test de la fiabilité des construits permet de savoir si les questions posées partagent suffisamment une notion commune pour qu'elles puissent produire des résultats similaires quand elles sont administrées à différentes populations. Le test de la validité des construits, quant à lui, consiste à savoir si les questions posées permettent d'appréhender l'ensemble du construit, et seulement lui, tel qu'il a été défini (Roussel et al., 2002).

La **fiabilité de la cohérence interne** correspond au degré selon lequel les items de l'échelle mesurent conjointement le même concept. Elle peut être mesurée par le coefficient alpha de Cronbach ou le rhô de Jöreskog.

Pour chaque facteur donné, le **coefficient α de Cronbach** prend la valeur :

$$\alpha = \frac{kr}{1 + r(k - 1)}$$

où k est le nombre de variables affectées au facteur et r la corrélation moyenne entre ces variables. Plus sa valeur est proche de 1, plus il témoigne d'une forte cohérence entre les variables affectées au facteur (Gavard-Perret et al., 2008). **On considère que, pour une étude confirmatoire, une valeur supérieure à 0,8 est recommandée (Evrard, Pras et Roux, 2009).** La valeur de l'alpha est liée au nombre d'items. En général, un nombre restreint d'items (de 2 à 3) donne une alpha plus faible (0,6) qu'une mesure de 4 énoncés (0,7) (Carricano, Poujol et Bertrandias, 2010). Dans le cas d'un alpha trop faible (inférieur à 0,65), il faut alors tenter d'améliorer l'échelle en supprimant les items les moins bien corrélés. De Vellis (2003) propose une typologie (Tableau 34).

Tableau 34 : Valeurs de l'alpha de Cronbach (De Vellis, 2003)

Valeurs de l'alpha de Cronbach	Degré d'acceptabilité
< 0,6	Insuffisant
Entre 0,6 et 0,65	Faible
Entre 0,65 et 0,7	Minimum acceptable
Entre 0,7 et 0,8	Bon
Entre 0,8 et 0,9	Très bon
> 0,9	Considérer la réduction du nombre d'items

Le **coefficient rhô de Jöreskog** (1971) est l'indicateur usuel qui permet de vérifier la cohérence entre les variables manifestes attachées à une même variable latente, car il serait moins sensible au nombre d'items que le coefficient alpha de Cronbach (Roussel et al., 2002). Il s'appuie sur une mesure des contributions factorielles ou *loadings* des items. En l'absence

de règle précise d'interprétation de la cohérence interne par ce coefficient, on applique les mêmes critères que pour le coefficient alpha de Cronbach. On considère alors que **la fiabilité du construit est bonne si la valeur du rhô est supérieure à 0,7 ou 0,8** (selon les auteurs) (Roussel et al., 2002). Le **coefficient rhô de Jöreskog** est calculé avec la formule suivante :

$$\rho_{(A)} = \frac{(\sum_{i=1}^n \lambda_i)^2}{(\sum_{i=1}^n \lambda_i)^2 + \sum_{i=1}^n Var(\varepsilon_i)}$$

où $\rho_{(A)}$ est le coefficient de fiabilité de la cohérence interne, A est le construit à tester, λ_i est la contribution factorielle de l'item, n est le nombre d'items et ε_i l'erreur de mesure de l'item.

Ce sont les tests de validité convergente et discriminante qui sont les plus utilisés pour évaluer la validité interne des construits (Roussel et al., 2002). **Lorsque la validité convergente et la fiabilité de cohérence interne sont vérifiées, l'homogénéité de l'échelle servant à mesurer un construit est confirmée** (Roussel et al., 2002).

La **validité convergente** permet de vérifier si les mesures d'un même concept obtenues à l'aide d'un instrument sont corrélées avec celles obtenues par d'autres instruments (Roussel et al., 2002). **Un construit montre une bonne validité convergente, si et seulement si le test t de Student associé à chacune des contributions factorielles (lien significatif entre une variable latente et un de ses indicateurs) est supérieur à 1,96 au seuil de significativité de 5%**. Par ailleurs, chaque indicateur doit partager plus de variance avec son construit, qu'avec l'erreur de mesure qui lui est associée. C'est à dire qu'**il faut que la moyenne des variances entre le construit et ses mesures (coefficient « rhô de validité convergente ») soit supérieure à 0,5** (Roussel et al., 2002). On peut associer à ce critère celui de **la variance moyenne extraite (qui est un autre rhô de validité convergente) qui doit être supérieur à 0,5** (Roussel et al., 2002). Ce rhô de validité convergente est calculé avec la formule suivante :

$$\rho_{vc(A)} = \frac{\sum_{i=1}^n (\lambda_i^2)}{\sum_{i=1}^n (\lambda_i^2) + \sum_{i=1}^n Var(\varepsilon_i)}$$

où ρ_{vc} est le rhô de validité convergente, A est le construit à tester, λ_i est la contribution factorielle de l'item, n est le nombre d'items et ε_i l'erreur de mesure de l'item.

La **validité discriminante**, quant à elle, permet de vérifier que les mesures de plusieurs construits ne sont pas ou peu corrélées entre elles (Roussel et al., 2002). Le test de validité discriminante examine l'aptitude d'un instrument de mesure à distinguer plusieurs concepts mesurés par un même instrument. Pour cela, **on vérifie que la variance partagée entre les variables latentes soit inférieure à la variance partagée entre les variables latentes et leurs indicateurs manifestes** (Roussel et al., 2002). On peut aussi comparer un modèle dans lequel les corrélations entre les concepts sont laissées libres, avec un modèle dans lequel les corrélations sont contraintes à être égales à 1. *« Si la différence des Chi-deux entre les deux modèles est significative, les corrélations entre les concepts sont alors significativement différentes de 1. On peut donc en conclure que la validité discriminante est vérifiée »* (Gavard-Perret et al., 2008).

3 La collecte des données de l'étude quantitative

Pour vérifier des hypothèses auprès d'un large échantillon d'individus, il est nécessaire d'avoir recours à un mode de recueil d'information structuré. Nous avons choisi d'utiliser le **questionnaire**. Les prochains paragraphes vont expliquer comment ce questionnaire a été élaboré et administré auprès d'un échantillon de cadres de santé français.

3.1 Elaboration du questionnaire

« Un questionnaire bien structuré et bien présenté permet d'obtenir le maximum de données pertinentes et exploitables » (Thiéart et al. (2007)). Pour cette raison, nous avons été attentifs à plusieurs points. D'abord, le questionnaire a été construit sous une forme traditionnelle, avec un préambule introductif suivi par un corps de questions. L'introduction a été rédigée avec l'objectif de présenter le but du questionnaire (Tableau 35).

Tableau 35 : Préambule du questionnaire

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un travail de thèse au sein du Laboratoire MRM (Montpellier Recherche en Management), je mène une étude sur l'évolution du métier de Cadre de Santé à l'hôpital public et ses conséquences éventuelles sur le stress professionnel. Aujourd'hui, je vous sollicite pour répondre à un questionnaire qui concerne certaines caractéristiques de votre emploi ainsi que des attitudes et des comportements qui pourraient se manifester dans des situations particulières de votre quotidien. Le temps de réponse est estimé à environ 20 minutes.

Les informations collectées dans le cadre de ce questionnaire seront traitées de manière strictement confidentielle et anonyme et ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.

Veillez à lire attentivement l'introduction en haut de chaque page du questionnaire.

En vous remerciant de votre aimable collaboration à cette étude et de l'intérêt que vous y accordez.

Si vous avez des questions ou des commentaires à me communiquer concernant cette recherche, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : riviere.audrey@hotmail.fr.

Audrey Rivière

Doctorante – Université de Montpellier 2 – MRM

Quant aux questions (157 au total), elles ont été agencées dans un ordre logique et relatif aux différents thèmes abordés, à travers les six pages du questionnaire :

- *1^{ère} partie du questionnaire : Le contexte de travail et le comportement au travail :*

Les questions concernant ce thème font référence au Nouveau management Public, aux tensions de rôle, au stress professionnel, au comportement innovant au travail, au *workaholisme*, ainsi qu'à l'intention de quitter. Cette partie du questionnaire est composée de

trois pages. La première page est constituée de trente-sept questions. La deuxième page est constituée de trente-six questions, et la troisième page de vingt-sept questions.

- *2^{ème} partie du questionnaire : Les réactions face aux évènements stressants :*

Les questions concernant ce thème font référence aux stratégies d'ajustement utilisées face aux évènements stressants énoncés dans la partie précédente du questionnaire. Cette partie du questionnaire est composée de deux pages. La première page est constituée de vingt questions et la deuxième page de vingt-unes questions.

- *3^{ème} partie du questionnaire : Les informations générales :*

La dernière partie du questionnaire est relative aux informations générales concernant le répondant (âge, sexe, situation familiale...), son poste (ancienneté, temps de travail, unité de soin, étendues de contrôle et de subordination) et son établissement (nom, localisation, taille). Cette partie du questionnaire est composée d'une seule page constituée de seize questions.

Pour chacune des parties, nous avons pris soin de mélanger les questions appartenant à la même échelle pour éviter l'effet de contamination. Nous avons aussi veillé à introduire chaque partie pour expliquer son thème, donner les consignes pour répondre et prévenir du nombre de questions par page.

Précisons que pour faciliter le traitement statistique des données collectées avec ce questionnaire, nous avons favorisé les questions fermées. Cependant, nous avons proposé une question ouverte pour enrichir les réponses relatives aux stratégies d'ajustement.

Excepté pour les questions de la dernière partie du questionnaire relatives aux informations générales, nous avons utilisé des échelles d'intervalles (échelles de Likert à cinq niveaux) comme modalités de réponse : « *Pas du tout d'accord* » ; « *Pas d'accord* » ; « *Sans avis* » ; « *Plutôt d'accord* » ; « *Tout à fait d'accord* ».

Une fois le questionnaire construit, il a fallu le tester. « *Le pré-test permet de mettre à l'épreuve la forme des questions, leur ordonnancement et leur compréhension ainsi que la pertinence des modalités de réponse proposées* » (Thiétart et al., 2007). Pour cela nous avons

contacté deux cadres de santé rencontrés lors de l'étude exploratoire. Ces cadres ont accepté de tester le questionnaire. Ils ont demandé à des collègues de participer à ce test. Par effet boule de neige, nous avons réussi à tester notre questionnaire avec dix cadres de santé d'un même CHRU. Ces tests ont été réalisés en présence du chercheur. Les cadres ont répondu au questionnaire mis en ligne en mentionnant au chercheur les remarques qu'ils avaient à faire sur la formulation, la présentation ou le contenu du questionnaire. Ces tests ont aussi permis de mesurer la durée nécessaire pour répondre à l'enquête (entre vingt et trente-cinq minutes).

Ces tests ont permis de réaliser différents ajustements. Ces ajustements ont concerné le contenu mais aussi la forme du questionnaire. Au sujet du contenu, quelques questions ont été précisées pour plus de clarté et de compréhension. Par exemple : dans l'item « *Je connais avec certitude mon étendue d'autorité* », nous avons précisé « *autorité hiérarchique* » ; dans l'item « *Dans mon service, les moyens à disposition pour travailler sont de plus en plus limités* », nous avons précisé « *moyens (matériels ou humains)* » ; dans l'item « *Je reçois des demandes incompatibles d'une personne* », nous avons précisé « *incompatibles entre elles* »...

Au sujet de la forme, suite aux tests, nous avons précisé en première page du questionnaire de lire attentivement l'introduction de chaque page (certains cadres n'y ont pas prêté attention lors des tests). En outre, les tests ont permis de réorganiser les pages du questionnaire. Les cent-cinquante-sept questions étaient initialement réparties sur seulement trois pages qui paraissaient trop longues, ce qui rajoutait de la lourdeur à l'enquête. Le questionnaire final est présenté en annexe 3.

3.2 La démarche de collecte des données

Une fois le questionnaire testé, il a fallu l'administrer. Pour cela, nous avons fait le choix de nous adresser aux directions de soins des établissements de santé ciblés. Ce choix a été fait suite aux différents conseils donnés par les cadres de santé rencontrés lors de l'enquête exploratoire. La collecte des données a donc débuté par la prise de contact par courriel avec les directeurs de soins des établissements. Avec leur aval, l'administration du questionnaire à proprement dite a pu commencer auprès des cadres de santé.

- *Le choix des répondants :*

Pour des raisons de délais et d'accessibilité des répondants, il n'a pas été possible d'interroger l'ensemble des cadres de santé français (représentants environ vingt-six-mille individus). Nous avons donc été contraints d'en extraire un échantillon. Notre enquête étant accessible en ligne via un lien internet, il a fallu contacter les cadres de santé par courriel pour leur envoyer ce lien. Nous n'avons trouvé aucun annuaire répertoriant les adresses email des cadres de santé français. Par conséquent, il n'a pas été possible d'utiliser des méthodes d'échantillonnage probabilistes. L'identification des cadres de santé français étant difficile, **l'échantillonnage par convenance** a donc été la méthode utilisée pour constituer notre échantillon.

- *Le choix des établissements de santé :*

Notre ambition de départ pour cette étude était de toucher un échantillon de cadres de santé exerçant dans un maximum de régions françaises et dans des établissements de tailles différentes. Pour cela, nous avons cherché les contacts des directions de soins d'établissements se situant dans **cinq zones de France : le sud, le centre, l'est, l'ouest, et le nord**. Pour chaque région française (hors Corse et départements d'outre-mer), nous avons ciblé un à cinq départements (Tableau 36).

Tableau 36 : Situations géographiques ciblées

Localisation en France	Région	Département
Sud	Languedoc-Roussillon	34, 30, 11, 66, 48
	PACA	13, 83
	Midi-Pyrénées	31, 32
Centre	Centre	45, 28, 37
	Bourgogne	71, 21, 89
	Auvergne	63
	Limousin	87
Est	Alsace	67, 68

	Lorraine	54, 57
	Franche-Comté	25
	Rhône-Alpes	69, 42, 38
Ouest	Aquitaine	33, 64
	Bretagne	35, 29
	Pays de la Loire	44, 49
	Poitou-Charentes	86, 17
Nord	Champagne-Ardenne	51
	Ile-de-France	75, 92
	Nord-Pas-de-Calais	59, 62
	Basse-Normandie	14
	Haute-Normandie	76
	Picardie	80

La recherche de contacts a été menée grâce au site internet « Hôpital.fr » et au site internet d'information de la Fédération Hospitalière de France (FHF), qui répertorie des informations générales sur les CH (Centre Hospitalier) et CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de France. Le site internet « Hôpital.fr » nous a permis de faire des recherches d'établissements de santé par département français. Pour chaque département choisi (référencés dans le tableau précédent), nous avons sélectionné des établissements publics de tailles différentes (capacité en lits et places allant de 135 à 5362 selon les établissements contactés). Ensuite, sur le site de la FHF, nous avons cherché les coordonnées des directions de soins de ces établissements sélectionnés. Cela nous a permis de trouver les courriels des directions de soins de **156 établissements**.

- *Le contact avec les établissements de santé :*

Nous avons adressé un courriel aux directeurs de soins (ou coordonnateur général des soins, ou cadre supérieur de santé) des 156 établissements sélectionnés pour prendre contact avec eux et pour leur présenter l'étude. Ce courriel comprenait aussi une requête : celle de diffuser

notre enquête auprès de l'ensemble des cadres de santé de l'établissement contacté. Les courriels adressés aux directeurs de soins ont tous été envoyés au mois de juillet 2013. Les retours se sont étalés sur environ un mois (du mois de juillet au mois d'août).

Parmi les **78 retours** à notre courriel, certains directeurs de soins ont directement accepté la diffusion de l'enquête. Nous leur avons donc demandé de diffuser auprès des cadres de santé un message que nous avons pris soin d'écrire auquel été joint le lien internet qui permettait de se connecter directement au questionnaire. Tout comme l'introduction du questionnaire, ce message précisait aux cadres de santé que nous souhaitions les solliciter pour répondre à une enquête menée dans le cadre d'une recherche en Doctorat (Sciences de Gestion) sur le métier de Cadre de Santé à l'hôpital public.

D'autres directeurs de soins ont souhaité consulter le questionnaire avant d'accepter de le diffuser. Nous leur avons donc envoyé le questionnaire accompagné du message et du lien à adresser aux cadres de santé. Après consultation, certains ont diffusé l'enquête, d'autres pas. Parmi ces derniers, peu nous ont expliqué leur refus. Ceux qui l'ont fait nous ont exposé différentes raisons : « *les cadres de santé ont répondu à deux enquête de ce type au cours de la période récente* » ; « *les cadres de santé sont beaucoup sollicités en ce moment et un travail sur l'encadrement est déjà en projet* » ; « *une enquête sur le même thème est déjà prévue* » ; « *contexte social mouvant dans l'établissement* ».

Au final, **39 établissements** ont répondu favorablement à la diffusion de notre enquête. Ces établissements sont répartis sur **15 régions** françaises et **22 départements** (cf. annexe 2). Précisons que parmi les 39 directeurs de soins ayant donné une réponse positive, une **quinzaine** a exprimé le désir d'avoir un retour des résultats. Certains nous ont aussi remerciés de l'intérêt que nous portons à la situation de l'encadrement qui préoccupe de nombreux directeurs de soins.

- *L'administration des questionnaires :*

Les 39 établissements ayant accepté la diffusion de notre enquête, ont transféré par email à leurs cadres de santé, notre message accompagné du lien internet permettant de répondre au questionnaire. Nous avons pris soin de demander à ces établissements de nous préciser le nombre de cadres de santé à qui seraient adressés le message et le lien. Pour ceux qui nous ont

répondu, nous pouvons affirmer que cette enquête a été adressée à près de **2000 cadres de santé**.

Dans le message qui a été transféré aux cadres, nous avons précisé que les informations collectées dans le cadre du questionnaire seraient traitées de manière strictement confidentielle et anonyme et ne seraient utilisées qu'à des fins scientifiques. Par ailleurs, nous avons pris soin de mentionner nos coordonnées pour les cadres de santé désirant avoir des compléments d'informations. Certains cadres de santé nous ont contactés pour nous faire part de leur souhait d'accéder aux résultats de l'étude, se plaignant de « *répondre à de nombreux questionnaires tout au long de l'année, sans avoir jamais aucun retour* ». Ces quelques retours faisaient aussi part d'encouragements pour cette étude jugée « *pertinente* » et pour laquelle les répondants souhaitaient « *avoir un retour d'analyse par rapport au mal-être des cadres d'autres établissements* ». Nous avons aussi été contacté par un cadre « *en difficulté* » dans son établissement et souhaitant être rassuré sur l'anonymat de l'enquête. Nous avons répondu à ces cadres, d'une part pour les rassurer sur l'anonymat de l'enquête, et d'autre part, pour les informer que les résultats leur seraient communiqués à l'issue de l'étude.

- *La collecte des données par voie électronique :*

Pour des raisons de délai et de coût, nous avons opté pour un questionnaire auto-administré. « *Les questionnaires auto-administrés sont généralement communiqués par voie postale ou par internet* » (Thiétart et al., 2007). Pour renforcer la perception d'anonymat des répondants, nous avons choisi la voie électronique. C'est un mode de collecte pratique et souple qui offre une rapidité de retour ainsi qu'une maîtrise du déroulement du questionnaire. Il permet aussi une analyse permanente des données collectées (Evrard et al., 2009).

Les enquêtes par internet peuvent être administrées par courriel ou en ligne (dans ce cas, le répondant doit se connecter à un site où les questions lui sont posées). Pour des raisons techniques (liées au logiciel d'enquête mobilisé), nous avons utilisé l'enquête en ligne. L'enquête en ligne permet, d'une part, de développer une présentation graphiquement soignée et interactive du questionnaire, et d'autre part, de garantir l'anonymat des répondants (Gavard-Perret et al., 2008). De plus, cette procédure a permis de réduire le temps de saisie des réponses puisqu'elles ont été enregistrées dans un fichier de données. Nous avons utilisé un logiciel d'enquête en ligne qui donne la possibilité de créer un questionnaire et de le

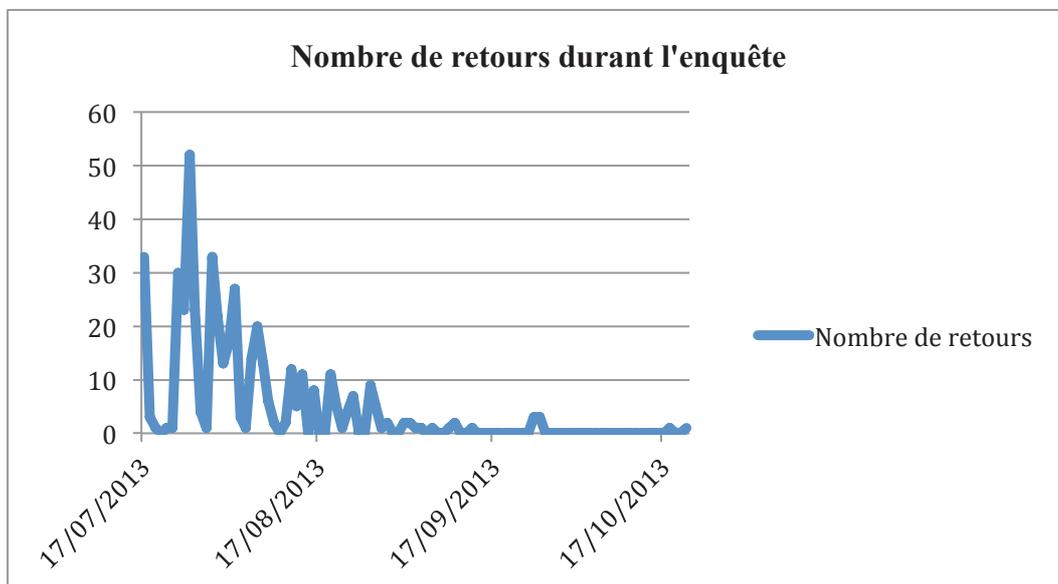
publier via un lien internet. Ce logiciel permet aussi d'enregistrer les réponses dans un fichier de données transférable dans les logiciels Excel et SPSS. L'inconvénient majeur de ce procédé réside dans l'identité du répondant. L'enquête en ligne conduit à une auto-sélection des répondants qui rend difficile le contrôle de la structure de l'échantillon. De plus, ce mode d'administration ne permet pas de contrôler l'identité du répondant (Evrard et al., 2009).

Notons que le lien internet (permettant la connexion à l'enquête en ligne) a été adressé par courriel, à des cadres de santé possédant tous une boîte électronique professionnelle à laquelle ils accèdent plusieurs fois par jour sur le poste informatique de leur bureau. De plus, les postes informatiques des cadres de santé sont toujours connectés à Internet, ce qui leur a permis de se connecter à tout moment à l'enquête en ligne.

- *Le taux de réponse de l'enquête :*

Notre stratégie de diffuser l'enquête via les directions de soins a été payante. En effet, les cadres de santé ont apparemment porté plus attention à cette enquête diffusée par l'intermédiaire de leur direction de soins l'ayant validée. Les premières réponses ont été obtenues dès le 17 juillet 2013. Les réponses suivantes se sont étalées jusqu'au 13 septembre 2013. Une relance a été faite le 21 septembre auprès du CHRU étudié en phase exploratoire. Cela a suffi à satisfaire notre objectif de réponses. La dernière réponse obtenue le 21 octobre 2013 a porté la constitution de notre échantillon à **445 répondants**. La figure 18 retrace les retours de questionnaires en fonction du temps.

Figure 18 : Date de retour des questionnaires



Par ailleurs, le nombre d'accès à l'enquête a été de **626 individus** (ce nombre correspond au **nombre de visites**). Cela porte le nombre d'individus connectés à l'enquête et n'ayant pas répondu au questionnaire dans son ensemble à 181. Cela nous permet de calculer le taux de visite de l'enquête. Le **taux de visite** correspond au rapport entre le nombre de visite (626) et le nombre d'envois (estimé à 2000). Dans notre cas, il est donc de **31,3%**. Ce taux peut paraître assez faible mais nous devons le tempérer car il peut être biaisé par une information manquante. Celle du nombre de personnes ayant visité le lien sans répondre à aucune question. En effet, le logiciel que nous avons utilisé permet uniquement de visualiser les individus ayant répondu (partiellement ou en totalité) au questionnaire.

Les chiffres concernant les réponses nous permettent aussi de calculer le taux d'accessibilité à l'enquête. Le **taux d'accessibilité** mesure le rapport entre le nombre de réponses (445) et le nombre de visites (626). Dans notre cas il est donc de **70,86%**. Par conséquent, le taux de non-accessibilité est de 29,14%. Ce faible taux de non-accessibilité révèle une chose : un faible taux d'abandon en cours de saisie où **le taux d'abandon en cours de saisie** serait le rapport entre le nombre d'abandons en cours d'enquête (181) et le nombre de visites (628). Dans notre cas, il serait donc de **28,82%**. Ce taux semble être d'autant plus faible que nous avons introduit un procédé de contrôle dès la première page rendant impossible la poursuite du questionnaire si tous les champs de la première page n'étaient pas remplis.

Enfin, le **taux de réponse total** qui représente le rapport entre le nombre de réponses (445) et le nombre d'envois (estimé à 2000), est, dans notre cas de **28,9%**. Ce dernier taux est satisfaisant dans le cadre d'une étude menée en sciences de gestion.

4 La présentation de l'échantillon étudié

Nous allons désormais procéder à la description de notre échantillon grâce aux réponses relatives aux caractéristiques individuelles et organisationnelles que nous avons collectées avec les questionnaires. Par la suite, nous examinerons les conditions de normalité des distributions et la présence de valeurs extrêmes ou aberrantes dans les données des 445 répondants.

Pour réaliser cette présentation détaillée de l'échantillon, nous avons importé les réponses (obtenues avec le logiciel d'enquête en ligne) dans le logiciel d'analyse statistique SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), version 21.

4.1 Les caractéristiques des cadres de santé interrogés

Nous allons présenter les caractéristiques individuelles mais aussi les caractéristiques organisationnelles de notre échantillon.

- *Les caractéristiques individuelles :*

- *L'âge :*

Le tableau 37 illustre la répartition de l'échantillon en fonction de l'âge des répondants.

Tableau 37 : Age des répondants

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
26-30 ans	5	1,1	1,1	1,1
31-35 ans	41	9,2	9,2	10,3
36-40 ans	85	19,1	19,1	29,4
41-45 ans	82	18,4	18,4	47,9
46-50 ans	86	19,3	19,3	67,2
51-55 ans	112	25,2	25,2	92,4
+ de 55 ans	34	7,6	7,6	100,0
Total	445	100,0	100,0	

Nous constatons que plus de la moitié (52,1%) des cadres de santé qui constituent notre population d'enquête ont plus de 45 ans. Ainsi, **l'âge moyen** des répondants est de **45 ans environ**, avec un écart type de 1,51. Ce résultat se rapproche des chiffres de la DRESS⁶² qui révèlent qu'en 2009, le personnel d'encadrement (des sages-femmes et du personnel non médical) des établissements de santé en France est âgé de 48,5 ans en moyenne.

⁶² Source : INSEE, SIAP-DADS 2009, traitements DREES.

– *Le genre :*

La répartition des répondants en fonction du genre est de **80% de femmes et 20% d'hommes**. Cette répartition (Tableau 38) fait apparaître un taux de féminisation de la profession très élevé. Ces chiffres se rapprochent des recensements effectués dans le cadre de l'enquête sur la formation aux professionnels de la santé, qui indique que les femmes représentent 81,23% des cadres de santé diplômés en 2004⁶³.

Tableau 38 : Genre des répondants

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Homme	89	20,0	20,0	20,0
Valide Femme	356	80,0	80,0	100,0
Total	445	100,0	100,0	

– *La situation familiale :*

Le tableau 39 illustre la répartition des répondants en fonction de leur situation familiale.

Tableau 39 : Situation familiale des répondants

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide Célibataire	32	7,2	7,2	7,2
Valide Divorcé(e)	43	9,7	9,7	16,9
Valide Marié(e)	273	61,3	61,3	78,2
Valide En concubinage	81	18,2	18,2	96,4
Valide Veuf(ve)	6	1,3	1,3	97,8
Valide Autre	10	2,2	2,2	100,0
Total	445	100,0	100,0	

Ces résultats nous indiquent que la majorité (**plus de 60%**) des cadres de santé interrogés sont **mariés**. Cela correspond avec les résultats de l'étude de Sainsaulieu (2008), menée en 2006 auprès de cadres du secteur hospitalier.

⁶³ Source : Marquier R. (2005), « La formation aux professionnels de la santé en 2004 », DREES, *Document de travail série statistiques*, n°86, Août.

En complément, le tableau 40 indique le nombre d'enfant à charge des répondants.

Tableau 40 : Nombre d'enfant à charge des répondants

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
0	129	29,0	29,0	29,0
1	109	24,5	24,5	53,5
2	157	35,3	35,3	88,8
3	35	7,9	7,9	96,6
4	10	2,2	2,2	98,9
5	2	,4	,4	99,3
+ de 5	3	,7	,7	100,0
Total	445	100,0	100,0	

Nous pouvons en conclure qu'une grande majorité (**71%**) des cadres de santé interrogés ont des **enfants à charge**. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Sainsaulieu (2008), menée en 2006 auprès de cadres du secteur hospitalier.

– *Le temps de travail :*

Le tableau 41 indique le temps de travail des répondants.

Tableau 41 : Temps de travail des répondants

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Temps partiel	30	6,7	6,7	6,7
Temps plein	415	93,3	93,3	100,0
Total	445	100,0	100,0	

Nous pouvons noter que la plupart (**plus de 90%**) des cadres de santé interrogés sont à **temps plein**. En complément, notons que les cadres de santé interrogés (à temps partiel ou à temps plein) mentionnent travailler près de **44 heures par semaine**, en moyenne. Cette durée de travail hebdomadaire effectuée est comprise entre 10 heures (pour les cadres à temps partiel) et 100 heures (pour un cadre supérieur de santé).

– *L'ancienneté à l'hôpital et sur le poste de cadre de santé :*

Parmi les 445 cadres de santé interrogés, près de 91% travaillent depuis plus de dix ans à l'hôpital. **L'ancienneté dans le secteur hospitalier est en moyenne de 21,66 ans** avec un écart type de 8,98. Ce résultat coïncide avec la moyenne d'âge des répondants, laissant supposer qu'ils ont intégré l'hôpital à la suite de leur cursus universitaire. Le tableau 42 illustre cette moyenne.

Tableau 42 : Durée d'ancienneté à l'hôpital (en année)

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
ANCH	445	1	40	21,66	8,982
N valide (listwise)	445				

Par ailleurs, près de la **moitié (48,8%) des cadres interrogés ont 8 ans ou plus de 8 ans d'expérience sur cette fonction**. **L'ancienneté dans la fonction de cadre de santé est en moyenne de 9,04 ans** avec un écart type de 6,46. Le tableau 43 illustre cette moyenne.

Tableau 43 : Durée d'ancienneté sur le poste de cadre de santé (en année)

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
ANCCDS	445	0	30	9,04	6,463
N valide (listwise)	445				

Cette moyenne s'explique en partie par l'une des conditions d'accès à la formation de cadre de santé qui est de justifier d'au moins quatre années d'exercice professionnel effectif à temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection.

Les données descriptives, sexe, âge, situation familiale et ancienneté correspondent aux moyennes observées dans les études de la DRESS ou celles menées plus particulièrement auprès des cadres de santé français.

– *La formation continue :*

Concernant la formation continue, il est intéressant de noter que **près de 77% des cadres de santé interrogés ont suivi une formation continue diplômante, dont plus de 35% en Master**. Ceci est illustré dans le tableau 44.

Tableau 44 : Formation continue des répondants

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	MASTER	156	35,1	35,1
	AUCUNES	104	23,4	58,4
	AUTRES	185	41,6	100,0
	Total	445	100,0	100,0

Enfin, pour terminer cette description des caractéristiques individuelles, le tableau 45 indique que les cadres de santé interrogés sont **assez « addicts » au travail** (moyenne de la variable « *workaholisme excessif* » : 3,64/5 ; moyenne de la variable « *workaholisme compulsif* » : 3,26/5).

Tableau 45 : Moyennes des scores pour le *workaholisme*

<i>Workaholisme excessif</i>		WE1	WE2	WE3	WE4	WE5
N	Valide	445	445	445	445	445
	Manquante	0	0	0	0	0
Moyenne		3,64	3,08	4,19	2,73	4,54

<i>Workaholisme compulsif</i>		WC1	WC2	WC3	WC4	WC5
N	Valide	445	445	445	445	445
	Manquante	0	0	0	0	0
Moyenne		3,45	4,01	3,69	2,68	2,46

- *Les caractéristiques organisationnelles :*
 - *Les étendues de contrôle et de subordination :*

Pour décrire notre échantillon, nous avons retenues deux variables : l'étendue de contrôle (nombre de personnes supervisées par les cadres de santé) et l'étendue de subordination (nombre de personnes susceptibles de donner des directives aux cadres de santé).

Une première analyse nous permet de constater que **les cadres de santé interrogés supervisent près de 47 personnes en moyenne**. Ceci est illustré par le tableau 46.

Tableau 46 : Etendue de contrôle des répondants

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
CONTRÔLE	445	0	563	46,78	56,709
N valide (listwise)	445				

Une deuxième analyse nous permet de constater que **les cadres de santé interrogés sont susceptibles de recevoir des directives de la part de 6 personnes en moyenne**. Ceci est illustré par le tableau 47.

Tableau 47 : Etendue de subordination des répondants

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
SUBOR	445	1	200	6,04	11,496
N valide (listwise)	445				

– *Identification des établissements de santé :*

Les réponses au questionnaire nous ont permis d'identifier **39 établissements (ou regroupements d'établissements) de santé différents** au sein desquels les cadres interrogés exercent. Ces 39 établissements sont répartis sur 15 régions et 22 départements (cf. annexe 2). Ces établissements sont de différents types. Parmi eux, on trouve 2 CHRU⁶⁴, 1 CHR⁶⁵, 5 CHU⁶⁶, 29 CH⁶⁷, 1 CHIC⁶⁸ et 1 groupement d'établissements.

Dans le questionnaire, nous avons introduit une question relative à la **taille de l'établissement** en adoptant le critère du nombre de séjours proposé par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Selon ce critère, les hôpitaux sont « petits », « moyens » ou « grands » selon qu'ils ont moins de 5000, entre 5000 et 10000 ou plus de 10000 séjours dans l'année. Malheureusement, nous n'avons pas pu utiliser les réponses relatives à cette question (« *Quel est le nombre annuel de séjours patients dans votre centre hospitalier ?* »). Ce critère de taille est mal connu par les cadres de santé. En effet, la majorité

⁶⁴ CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire.

⁶⁵ CHR : Centre Hospitalier Régional.

⁶⁶ CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

⁶⁷ CH : Centre Hospitalier.

⁶⁸ CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal.

de ces derniers a répondu ne pas savoir. Cette variable n'étant pas quantifiable avec les réponses obtenues, nous avons supprimé l'hypothèse y faisant référence.

Cependant, nous avons mené une recherche supplémentaire sur le site internet de la Fédération Hospitalière de France pour connaître la capacité (lits et places) des établissements mentionnés dans les réponses du questionnaire. Ces établissements, de taille variable, ont une capacité **entre 75 (pour le plus petit établissement qui est un CH) et 2774 (pour l'établissement le plus important qui est un CHRU) lits et places**. Plus précisément, 13 établissements ont une capacité inférieure à 500 lits, 13 établissements ont une capacité entre 500 et 1000 lits, 13 établissements ont une capacité supérieure à 1000 lits.

– *L'identification du service/unité de soins :*

Un grand nombre de services (ou d'unités de soins, ou de pôles d'activité...) différents a été identifié et nous ne présenterons que les plus fréquemment cités en réponse. Le tableau 48 illustre la répartition des réponses les plus fréquentes pour la question relative à l'identification du ou des service(s) dans le(s) quel(s) les cadres interrogés exercent. Cette variable étant difficilement quantifiable avec les réponses variées obtenues, nous n'avons pas pu exploiter ces données brutes.

Tableau 48 : Identification des services où exercent les répondants

Service	Effectif	Pourcentage
Psychiatrie	40	9%
Médecine	30	7%
Chirurgie	25	6%
Urgences	20	4%
Imagerie	18	4%
EHPAD	16	4%
Réanimation	16	4%
Bloc opératoire	15	3%
Cardiologie	15	3%
Pédiatrie	15	3%
SSR	15	3%
X (Sans réponse)	13	3%
Laboratoire	12	3%
Nuit	12	3%
Gériatrie	11	2%
Neurologie	8	2%

Direction des soins	7	2%
Pneumologie	7	2%
Rééducation	7	2%
Mission transversale	6	1%
Orthopédie	6	1%
Néonatalogie	5	1%
Autre	126	28%

– *La perception des changements liés au Nouveau Management Public (NMP) :*

Enfin, selon les données (Tableau 49), **les cadres de santé interrogés perçoivent de manière importante les changements liés au Nouveau Management Public** (moyenne générale : 4,27/5).

Tableau 49 : Moyenne des scores pour le NMP

Dimensions		Contrôle des moyens		Responsabilisation		Parties prenantes	
		NMP1	NMP2	NMP3	NMP4	NMP5	NMP6
N	Valide	445	445	445	445	445	445
	Manquante	0	0	0	0	0	0
Moyenne		4,02	4,59	4,18	4,14	4,25	4,48

4.2 La multi-normalité des distributions

Avant de débiter les analyses statistiques des données collectées avec les questionnaires, nous allons nous assurer que la distribution de chaque variable soit proche de celle d'une loi normale. Pour cela, nous allons utiliser : **la variance et l'écart type ; le coefficient de symétrie ; le coefficient d'aplatissement.**

- *La variance et l'écart type :*

La variance et l'écart type font partie des indicateurs qui représentent la dispersion de la distribution d'une variable métrique. « *Dans la variance, les observations ont un poids implicite proportionnel au carré de leur écart à la moyenne : plus une observation est « marginale », plus elle contribue à la variance* » (Evrard et al., 2009). Une analyse détaillée des variances nous mène à nous pencher plus précisément sur les variables pour lesquelles les variances sont élevées.

Nous pouvons constater que **notre échantillon est constitué de cadres dont l'ancienneté sur la fonction est très variée**. En effet, cet échantillon est composé de très jeunes cadres (moins d'un an sur la fonction) mais aussi de cadres plus anciens (jusqu'à 30 ans d'ancienneté). Ceci peut s'expliquer par les nombreux départs à la retraite liés au vieillissement de la population française. Concernant l'ancienneté à l'hôpital, la variance est aussi très élevée (entre 1 et 40 ans) (Tableau 50). Notons qu'une analyse croisée de ces deux variables nous a permis de constater que certains répondants avaient une ancienneté plus grande sur le poste de cadre qu'à l'hôpital. Ceci nous informe que ces répondants ont exercé la fonction de cadre de santé ailleurs qu'à l'hôpital avant de l'intégrer (exemple : cadre de santé issu du secteur privé).

Tableau 50 : Ancienneté à l'hôpital des répondants

	N	Minimum	Maximum	Ecart type	Variance
Ancienneté Hôpital	445	1	40	8,982	80,668
Ancienneté CDS	445	0	30	6,463	41,769
N valide (listwise)	445				

Nous constatons aussi que notre échantillon est constitué de cadres de santé dont **l'étendue de contrôle est très variable**. En effet, le nombre de personnes supervisées varie entre 0 et 563 selon les répondants (Tableau 51).

Tableau 51 : Etendue de contrôle des répondants

	N	Minimum	Maximum	Ecart type	Variance
CONTRÔLE	445	0	563	56,709	3215,878
N valide (listwise)	445				

Une analyse plus fine nous permet d'expliquer ces différences. Parmi les cadres de santé interrogés, certains occupent des postes transversaux (exemples : coordination réseau, coordination éducation thérapeutique, direction des soins, recrutement,...) qui ne nécessitent pas ou peu d'encadrement de personnels. A contrario, certains cadres de santé sont responsables de plusieurs services et équipes, notamment dans les établissements de santé de taille importante, ce qui multiplie le nombre de personnes supervisées. Les cadres de santé exerçant leur fonction de nuit, sont aussi responsables de plusieurs services. En outre, notons

que les étendues de contrôle les plus élevées (563, 487 et 476 personnes) correspondent à des cadres responsables de pôle dont nous avons choisi de garder les observations.

De même, **l'étendue de subordination est très variable** selon les répondants (Tableau 52).

Tableau 52 : Etendue de subordination des répondants

	N	Minimum	Maximum	Ecart type	Variance
SUBORDINATION	445	1	200	11,496	132,165
N valide (listwise)	445				

Une analyse plus fine des données nous permet de constater que seuls 6 cadres de santé interrogés sont susceptibles de recevoir des directives de la part de plus de 20 personnes. Près de **94% des répondants disent recevoir des directives de la part de 10 personnes maximum**. Concernant les réponses données pour cette variable, nous supposons que les cadres interrogés n'ont pas tous perçu de la même manière la question posée.

Enfin, **le temps de travail hebdomadaire effectué est très variable** selon les répondants (Tableau 53).

Tableau 53 : Temps de travail hebdomadaire effectué par les répondants

	N	Minimum	Maximum	Ecart type	Variance
HEBDO	445	10	100	6,250	39,060
N valide (listwise)	445				

Tout d'abord, cette variance s'explique par le fait que près de **7% des cadres interrogés sont à temps partiels**. Par ailleurs, parmi les répondants, nous trouvons quelques (une quinzaine) cadres supérieurs de santé qui semblent effectuer un nombre d'heures de travail hebdomadaire important (entre 40 et 100 heures), en raison de leurs nombreuses responsabilités. Rappelons que les cadres supérieurs de santé ont pour fonction d'encadrer plusieurs unités fonctionnelles, services ou départements regroupés en pôles d'activité.

- *Le coefficient de symétrie (ou « skewness ») :*

Le coefficient de symétrie est un indicateur de la distribution d'une variable métrique. Il permet de comparer la distribution observée à celle de la loi normale. Il « *indique si les observations sont réparties également autour de la moyenne (le coefficient est alors nul) ou si elles sont plutôt concentrées vers les valeurs les plus faibles (coefficient positif) ou vers les valeurs les plus élevées (coefficient négatif)* » (Evrard et al., 2009). On estime que le **coefficient de symétrie doit être compris dans un intervalle de deux écarts types autour de la moyenne pour considérer que la variable suit bien une loi normale** (Evrard et al., 2009).

Nous avons vérifié le **coefficient de symétrie** de chaque variable étudiée. Celui-ci est **supérieur en valeur absolue à 2, à l'exception de 6 variables** (coefficient de symétrie compris entre 2,375 et 12,444 en valeur absolue) :

NMP2 : « *Les contraintes budgétaires prennent une place de plus en plus importante* » (coefficient de symétrie : - 2,375).

SUB1 : « *Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux* » (coefficient de symétrie : 2,669).

SUB2 : « *Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation* » (coefficient de symétrie : 3,181).

TPLEIN : « *Vous êtes : à temps plein ou à temps partiel* » (coefficient de symétrie : - 3,462).

CONTROLE : « *Dans votre fonction de cadre de santé, combien de personnes avez-vous sous votre responsabilité hiérarchique ?* » (coefficient de symétrie : 5,211).

SUBOR : « *Dans votre fonction de cadre de santé, combien de personnes sont susceptibles de vous donner des directives de manière directe ?* » (coefficient de symétrie: 12,444).

Concernant les variables NMP2 (relative au Nouveau Management Public), SUB1, SUB2 (relatives à l'usage de substances comme stratégie de *coping*) et TPLEIN (relative au temps de travail) nous expliquons leur coefficient de symétrie par les réponses très similaires des cadres de santé au sujet des items concernés. Les cadres de santé interrogés, quasi unanimement, estiment que les **contraintes budgétaires** prennent une place de plus en plus importante dans les établissements de soin. **94,4% d'entre eux ont répondu être plutôt**

d'accord ou tout à fait d'accord pour cet item. Notons que ces résultats correspondent tout à fait à ceux de notre étude exploratoire et à ceux des études menées sur ce sujet (abordées dans les premiers chapitres de cette thèse). Par ailleurs, les cadres de santé interrogés ont quasiment tous répondu qu'ils ne consommaient pas d'**alcool** ni d'**autres substances** pour se sentir mieux ou s'aider à traverser les situations de tensions. **91,6% et 93,9% d'entre eux ont répondu être pas du tout d'accord ou pas d'accord pour ces deux items.** Notons que ces deux items concernent des comportements addictifs « sensibles et délicats » qu'il peut être difficile de reconnaître ou d'avouer en tant que répondant à un questionnaire. Il est aussi important de noter à ce sujet que **28 cadres interrogés révèlent consommer de l'alcool** (ou d'autres substances) pour se sentir mieux, et 20 pour s'aider à traverser les situations de tensions. Il en est de même pour la variable TPLEIN qui concerne le **temps de travail** des cadres de santé interrogés. **93,3% d'entre eux travaillent à temps plein.** Ceci s'explique par le nombre important de responsabilités attribuées aux cadres (de manière générale) dont la fonction d'encadrement nécessite une présence quasi permanente sur le lieu de travail.

Les coefficients de symétrie concernant les **étendues de contrôle et de subordination** s'expliquent par les mêmes raisons déjà évoquées pour la variance élevée.

- *Le coefficient d'aplatissement (ou « kurtosis ») :*

Le coefficient d'aplatissement permet également de confronter la répartition des observations obtenues avec celle de la loi normale. Ce coefficient concerne l'étalement de la distribution. Il « *compare la forme de la courbe de distribution des observations à celle de la loi normale : un coefficient positif indique une plus forte concentration des observations ; un coefficient négatif indique une courbe plus « aplatie* » » (Evrard et al., 2009). On estime que le **coefficient d'aplatissement doit être compris dans un intervalle de deux écarts types autour de la moyenne pour considérer que la variable suit bien une loi normale** (Evrard et al., 2009).

Nous avons vérifié le **coefficient d'aplatissement** de chaque variable étudiée. Celui-ci est supérieur en valeur absolue à 2, à l'exception de 27 variables. Le coefficient d'aplatissement **est proche de 2 pour 23 d'entre elles, mais il est particulièrement élevé pour 8 variables d'entre elles** (coefficient compris entre 4,690 et 193,312 en valeur absolue). Ces 8 variables correspondent aux 6 variables citées et analysées précédemment (NMP2 : coefficient égal à

7,170 ; SUB1 : coefficient égal à 6,485 ; SUB2 : coefficient égal à 9,961 ; TPLEIN : coefficient égal à 10,031 ; CONTROLE : coefficient égal à 34,909 ; SUBOR : coefficient égal à 193,312), ainsi qu'à **2 autres variables supplémentaires** :

WE5 : « *Je me trouve souvent à faire deux ou trois choses en même temps* » (coefficient d'aplatissement : 4,690).

HEBDO : « *Quel est votre temps hebdomadaire effectué ?* » (coefficient d'aplatissement : 16,745).

Au sujet de la variable WE5, relative au **workaholisme excessif**, le coefficient d'aplatissement de 4,690, associé à un coefficient de symétrie de $-1,888$, démontre que la plupart des cadres interrogés (**94,6%**) sont **plutôt d'accord ou tout à fait d'accord** avec l'item concerné. Ces résultats révèlent que les cadres de santé interrogés s'investissent excessivement dans leur travail. Cela corrobore les résultats de Harpaz et Snir (2003) qui établissent que le *workaholisme* semble d'autant plus prégnant chez les cadres dont la charge de travail et les responsabilités sont importantes.

Enfin, en ce qui concerne la variable HEBDO, relative au **temps de travail hebdomadaire effectué** par les cadres de santé interrogés, le coefficient d'aplatissement s'explique par les mêmes raisons déjà évoquées pour la variance élevée.

Ayant justifié chacune des valeurs excessives pour les indicateurs de dispersion et de distribution examinés, nous décidons de conserver les items concernés. Précisons qu'il est rare d'obtenir des distributions normales en sciences sociales (Miccerri, 1989). Par ailleurs, nous utiliserons la méthode des équations structurelles qui permettra de réduire les problèmes liés aux erreurs de mesures, à la multi-colinéarité et à la non normalité des distributions (Moulder et Algina, 2002 ; Shrout et Bolger, 2002).

4.3 Les valeurs extrêmes

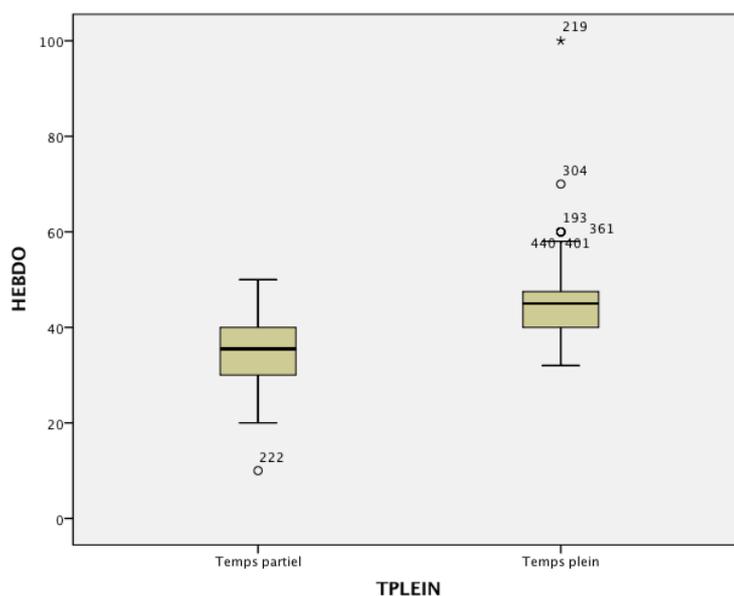
Les valeurs extrêmes sont les valeurs éloignées de la médiane de plus de 1,5 fois l'intervalle interquartile. Elles correspondent aux observations très différentes des autres. Il est nécessaire de vérifier l'existence de ces valeurs extrêmes avant de réaliser l'analyse multi-variée. Par

ailleurs, il est important de déceler si ces observations reflètent une variabilité naturelle (individus particuliers dans l'échantillon) du phénomène étudié ou une erreur systématique (Evrard et al., 2009). En effet, ces valeurs risquent d'influencer les résultats (par exemple : modifier une moyenne). Après identification des causes de ces valeurs extrêmes, on choisit de conserver les observations concernées ou de les retirer de l'échantillon. Il est possible de repérer graphiquement ces valeurs extrêmes en utilisant la « boîte à moustaches » dans le logiciel SPSS. La « boîte à moustaches » est une représentation graphique qui récapitule une variable numérique en représentant la médiane, les quartiles et les valeurs extrêmes.

Nous avons repéré plusieurs valeurs extrêmes qui ont été expliquées précédemment. Elles sont relatives à l'ancienneté, aux étendues de contrôle et de subordination, et au temps de travail hebdomadaire effectué par les cadres de santé. Ces valeurs correspondent à des observations d'individus particuliers dans l'échantillon (exemples : cadres supérieurs de santé, cadres de santé à temps partiel, cadres de santé ayant exercé dans le secteur privé avant d'intégrer l'hôpital...). Nous avons donc fait le choix de les conserver.

Pour illustration, la figure 19 représente l'ensemble des observations et les valeurs extrêmes pour le temps de travail hebdomadaire effectué en fonction du temps de travail à temps plein ou à temps partiel.

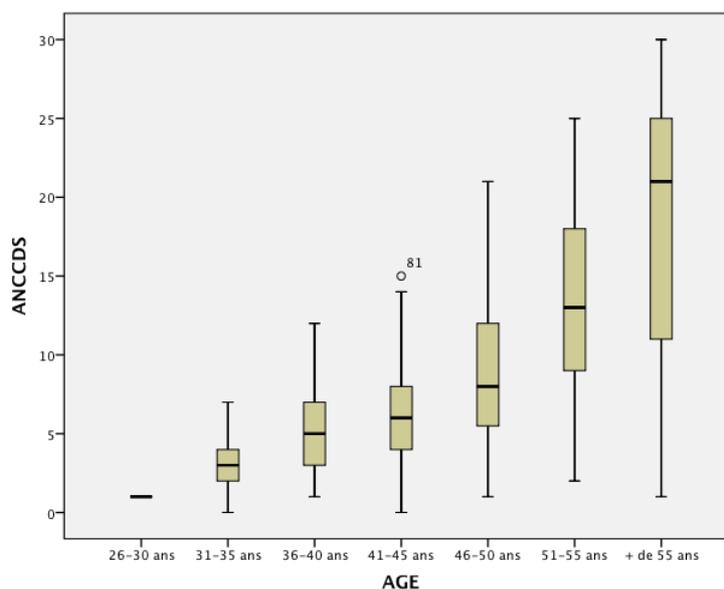
Figure 19 : Boîte à moustaches représentant des observations sur le temps de travail hebdomadaire effectué en fonction du temps de travail (plein ou partiel)



En analysant de plus près la base de données, on voit que l'observation n° 219 correspond à un cadre supérieur de pôle.

La figure 20 représente les observations de l'ancienneté sur le poste de cadre de santé en fonction de l'âge.

Figure 20 : Boîte à moustaches représentant les observations pour l'ancienneté sur le poste de cadre de santé en fonction de l'âge



En analysant de plus près la base de données, on voit que l'observation n° 81 correspond à un individu ayant exercé la fonction de cadre de santé durant 10 ans, avant d'intégrer l'hôpital.

4.4 Les valeurs manquantes

Pour terminer l'analyse des données de l'échantillon étudié, nous avons fait un bilan des données manquantes (non-réponses aux questions). Les données manquantes empêchent d'effectuer les traitements statistiques. Afin d'éviter cet inconvénient, nous avons utilisé le système de contrôle des répondants proposé par le logiciel de questionnaire. Chaque réponse a été rendue obligatoire pour que le répondant ne puisse pas accéder à la page suivante du questionnaire s'il n'avait pas répondu à une question. Cela nous a permis d'obtenir un nombre de questionnaires complets important (445 sur 626).

Nous avons écarté les 181 questionnaires incomplets, mais parmi les 445 questionnaires complets, nous avons décelé des réponses insatisfaisantes. Ces réponses concernent **l'identification de l'établissement et du service** où exerce le cadre de santé ayant répondu (pour ces variables, nous avons utilisé des échelles nominales). Par souci d'anonymat, certains répondants ont noté « *questionnaire anonyme* » au lieu du nom de l'établissement ou du service. Nous supposons qu'ils ont craint de pouvoir être identifiés en répondant à ces questions. Dans ces cas là, nous avons recodé les réponses en introduisant un code spécifique (« X »).

Conclusion de la section 1

La première partie de cette section a permis d'indiquer la méthodologie utilisée pour cette étude confirmatoire. Après avoir exposé les objectifs de l'étude quantitative, nous avons expliqué notre choix d'utiliser la méthode des équations structurelles pour le traitement statistiques des données. Nous avons plus précisément présenté l'analyse factorielle confirmatoire.

Pour suivre, nous avons développé le mode de collecte des données pour cette étude quantitative. Nous avons choisi d'administrer un questionnaire auprès de cadres de santé exerçant au sein de différents établissements publics, dans plusieurs régions françaises. Ainsi, nous avons obtenu un échantillon varié et représentatif de cette population. Notre stratégie a été d'administrer ce questionnaire avec la collaboration des directions de soins des établissements. Cela a favorisé **un taux de retour important (près de 29%)**. Le **questionnaire a été administré par internet** pour recueillir un très grand nombre d'informations sur un échantillon large de répondants. Pour garantir l'anonymat des répondants, nous avons utilisé le questionnaire **en ligne** (avec un logiciel d'enquête en ligne). Pour réaliser le questionnaire, nous avons opté pour des **échelles de mesure pré-existantes**, déjà validées et testées en France. Les différentes questions du questionnaire ont été organisées avec soin, en fonction des résultats des pré-tests et des grands thèmes abordés.

Enfin, cette section nous a permis de décrire l'échantillon étudié (**445 individus**). Nous avons présenté les **caractéristiques individuelles et organisationnelles des répondants**. En

synthèse, cet échantillon est composé de cadres de santé français, majoritairement féminins (**80% de femmes**) dont **l'âge moyen est de 45 ans** environ. Ces cadres de santé sont pour **la plupart à temps plein** (plus de 90%), **mariés (60%), avec des enfants à charge (71%)**. **En moyenne, ils travaillent près de 44 heures par semaine** et ont une **ancienneté de 9 ans** dans cette fonction. **Ils supervisent, en moyenne, 47 personnes** et **sont susceptibles de recevoir des directives de quelques personnes (6 en moyenne)**. Ils exercent au sein de **39 établissements différents** (CHRU, CHU, CHR, CH, CHIC et groupement d'établissements), de taille variable (capacité : entre 75 et 2774 lits), répartis sur **15 régions et 22 départements de France**. Cette première analyse descriptive révèle que **les cadres de santé interrogés perçoivent de manière importante les changements liés au Nouveau Management Public** (ils sont près de 95% à être plutôt d'accord ou tout à fait d'accord que les contraintes budgétaires prennent une place de plus en plus importante à l'hôpital).

Cette section a aussi permis de vérifier la normalité de distribution des différentes variables étudiées. Grâce à plusieurs indicateurs (variance, écart type, coefficients de symétrie et d'aplatissement), nous nous sommes assurés que la distribution de chaque variable soit proche de celle d'une loi normale. De même, nous avons pu expliquer les valeurs qui apparaissaient comme extrêmes ou anormales.

Section 2 : Le test des échelles de mesure retenues

Dans le chapitre précédent, nous avons présenté les items du questionnaire permettant de mesurer les différents concepts étudiés pour ce travail doctoral. Désormais, nous allons vérifier que ces différents items mesurent bien ce que l'on cherche à mesurer afin d'obtenir des résultats le plus proche de la réalité. Pour cela, nous utiliserons la méthode de **l'analyse factorielle confirmatoire (AFC)** grâce au logiciel SPSS-Amos, version 21. Ayant utilisé des échelles de mesure déjà existantes et testées à plusieurs reprises, nous ne les soumettrons pas au préalable à une analyse factorielle exploratoire⁶⁹. Ainsi, nous testerons la validité et la fiabilité des instruments de mesure utilisés. Nous réaliserons les **tests de validité interne des construits** pour apprécier la capacité des instruments à mesurer précisément et uniquement les construits étudiés (sans biais d'instrumentation), et à produire des données les moins tributaires possible de la méthode utilisée (Roussel et al., 2002). Cela consistera à examiner la **validité convergente et la validité discriminante** des construits. Nous testerons aussi la fiabilité de cohérence interne des construits grâce aux coefficients **alpha de Cronbach** et **rhô de Jöreskog**.

Nous allons réaliser l'**analyse factorielle confirmatoire (AFC)** de l'ensemble des instruments de mesure que nous avons retenus pour cette étude. De cette manière, nous pourrons les ajuster pour qu'ils respectent au mieux les critères de validité exigés. Les tests des échelles de mesure nous permettront de savoir si nous devons les conserver telles quelles ou procéder à l'élimination de certains items. **Pour chaque échelle de mesure, nous étudierons la fiabilité, la validité et la qualité d'ajustement.**

1 Test de l'échelle du conflit et de l'ambiguïté de rôle de Rizzo et al. (1970)

L'échelle de Rizzo et al. (1970) que nous avons mobilisée pour mesurer le conflit et l'ambiguïté de rôle est, *a priori*, unidimensionnelle. Cependant, l'existence de deux dimensions a été vérifiée en comparant les qualités d'ajustements du modèle unidimensionnel et du modèle bidimensionnel. Le modèle bidimensionnel est statistiquement supérieur au modèle unidimensionnel. Par conséquent, l'échelle est composée d'une dimension qui mesure

⁶⁹ Contrairement à l'analyse factorielle confirmatoire, l'analyse factorielle exploratoire (comme l'Analyse factorielle en Composantes Principale : ACP), ne permet pas de valider une structure factorielle, mais de la faire émerger (Roussel et al. (2002).

le conflit de rôle (CR), avec 8 items, et d'une dimension qui mesure l'ambiguïté de rôle (AR), avec 6 items. Le test du modèle de mesure, réalisé sous SPSS-Amos, va nous permettre de savoir quels items nous devons conserver. Nous commençons par examiner la fiabilité et la validité convergente du modèle. Les rhô de validité convergente (CR : 0,31 ; AR : 0,35) n'étant pas satisfaisants, nous devons supprimer plusieurs items. Pour atteindre des seuils acceptables, nous examinons le tableau des contributions factorielles standardisées et supprimons un à un les items dont les valeurs sont les plus faibles. Nous obtenons ainsi un nouveau modèle de mesure après suppressions successives des items CRP1, CRP2, CRP3, CRER1 et CRER2 pour la variable latente « conflit de rôle », et des items AR3, AR1 et AR4 pour la variable latente « ambiguïté de rôle ». **Il reste alors, 3 items relatifs au conflit de rôle (CRRA1, CRRA2 et CRRA3) et 3 items relatifs à l'ambiguïté de rôle (AR2, AR5 et AR6).** Notons que les 3 items restants pour le conflit de rôle sont identifiés par Rizzo et al. (1970) comme des conflits de rôle intra-émetteurs.

Nous obtenons alors le modèle de mesure dont les qualités d'ajustements, ainsi que les fiabilités et validités convergentes sont représentées dans le tableau 54.

Tableau 54 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Rizzo et al. (1970)

Indicateurs	Critère d'acceptation	Variable latente 1 : Conflit de rôle	Variable latente 2 : Ambiguïté de rôle
Indicateurs d'ajustement du modèle :			
CMIN/DF	< 5	3,139	
GFI	> 0,9	0,981	
AGFI	> 0,8	0,951	
RMSEA	< 0,08	0,069	
NFI	> 0,9	0,964	
CFI	> 0,9	0,975	
CAIC	CAIC du modèle testé < CAIC du modèle saturé	117,386 < 149,060	
Rhô de Jöreskog	> 0,7	0,77	0,72
Alpha de Cronbach	> 0,65	0,75	0,71
Rhô de validité convergente	> 0,5	0,53	0,46

La variable latente 1 relative au conflit de rôle (CR) présente un ρ de Jöreskog (0,77) et un de validité convergente (0,53) acceptables. En ce qui concerne la variable latente 2 relative à l'ambiguïté de rôle (AR), elle présente un ρ de Jöreskog satisfaisant (0,72) et un ρ de validité convergente un peu faible (0,46). Cela corrobore les nombreuses critiques qui ont été faites dans la littérature sur l'échelle de Rizzo et al. (1970). Notons que le test t associé à chacune des contributions factorielles (lien significatif entre une variable latente et un de ses indicateurs) est supérieur à 1,96 au seuil de 5%.

Par ailleurs, les indices relatifs à la qualité d'ajustement du modèle sont tous satisfaisants. En effet, le Chi-deux ajusté au degré de liberté (CMIN/DF : 3,139), le GFI (0,981), l'AGFI (0,951), le RMSEA (0,069), le NFI (0,964), le CFI (0,975) et le CAIC respectent tous les critères d'acceptation.

Enfin, nous vérifions que les variables latentes soient bien discriminées l'une de l'autre, en comparant la variance que chaque variable latente (VL) partage avec ses variables manifestes (ρ de validité convergente), avec le carré de sa corrélation avec l'autre variable latente. Les ρ de validité convergente (0,53 ; 0,46) sont supérieurs au carré de la corrélation (0,32). **La validité discriminante (Tableau 55) est donc vérifiée. Le modèle ne doit donc pas être respecifié. Nous retenons donc ce modèle de mesure pour le test des hypothèses.**

Tableau 55 : Validité discriminante de l'échelle du conflit et de l'ambiguïté de rôle

Variables latentes (VL)	Corrélation entre VL	Carré de la corrélation
CR <--> AR	0,543	0,29

2 Test de l'échelle du Conflit travail-famille de Netmeyer et al. (1996)

Pour mesurer le conflit travail-famille, nous avons mobilisé l'échelle de Netmeyer et al. (1996), qui est, *a priori*, composée de 2 dimensions : le conflit travail-famille (relatif à l'empiètement du travail sur les responsabilités et les rôles familiaux : CTF) et le conflit famille-travail (relatif aux tensions vécues dans la vie privée qui empêchent une personne de

mener à bien son travail : CFT). Nous allons réitérer les étapes précédentes avec le modèle de mesure de ce conflit qui concerne la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle.

Nous commençons par examiner la fiabilité et la validité convergente du modèle de mesure. Les rhô de Jöreskog et de validité convergente étant tous satisfaisants, nous ne supprimons aucun item. Les qualités d'ajustements, ainsi que les fiabilités et validités convergentes sont représentées dans le tableau 56.

Tableau 56 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Netmeyer et al. (1996)

Indicateurs	Critère d'acceptation	Variable latente 1 : CFT	Variable latente 2 : CTF
Indicateurs d'ajustement du modèle :			
CMIN/DF	< 5	2,361	
GFI	> 0,9	0,964	
AGFI	> 0,8	0,942	
RMSEA	< 0,08	0,055	
NFI	> 0,9	0,962	
CFI	> 0,9	0,977	
CAIC	CAIC du modèle testé < CAIC du modèle saturé	229,340 < 390,394	
Rhô de Jöreskog	> 0,7	0,84	0,89
Alpha de Cronbach	> 0,65	0,83	0,89
Rhô de validité convergente	> 0,5	0,51	0,61

La variable latente 1 relative au conflit famille-travail (CFT) présente un rhô de Jöreskog (0,84) et un rhô de validité convergente (0,51) satisfaisants. Il en est de même pour la variable latente 2 relative au conflit travail-famille (rhô de Joreskog : 0,89 ; rhô de validité convergente : 0,61). Notons que le test *t* associé à chacune des contributions factorielles (lien significatif entre une variable latente et un de ses indicateurs) est supérieur à 1,96 au seuil de 5%.

Par ailleurs, les indices relatifs à la qualité d'ajustement du modèle sont tous satisfaisants. En effet, le Chi-deux ajusté au degré de liberté (CMIN/DF : 2,361), le GFI (0,964), l'AGFI (0,942), le RMSEA (0,055), le NFI (0,962), le CFI (0,977) et le CAIC respectent tous les critères d'acceptation.

Enfin, nous vérifions que les variables latentes soient bien discriminées l'une de l'autre, en comparant la variance que chaque variable latente (VL) partage avec ses variables manifestes (rhô de validité convergente), avec le carré de sa corrélation avec l'autre variable latente (Tableau 57). Les rô de validité convergente (0,51 ; 0,61) sont supérieurs au carré de la corrélation (0,26). **La validité discriminante est donc vérifiée. Le modèle ne doit donc pas être re-spécifié. Nous retenons donc ce modèle de mesure pour le test des hypothèses.**

Tableau 57 : Validité discriminante de l'échelle de conflit travail-famille

Variables latentes (VL)	Corrélation entre VL	Carré de la corrélation
CFT <--> CTF	0,507	0,26

3 Test de l'échelle de la charge de travail de Harris (1989)

Pour mesurer la surcharge de travail, nous avons mobilisé l'échelle de Harris (1989), qui est, *a priori*, composée de 2 dimensions : la charge de travail émotionnelle (CTE) et la charge de travail quantitative (CTQ). En calculant les fiabilités et validités, nous constatons que la validité convergente du construit CTQ n'est pas satisfaisante (0,41). Pour atteindre un seuil acceptable, nous examinons le tableau des contributions factorielles standardisées et supprimons un à un les items dont les valeurs sont les plus faibles. En conséquence, nous supprimons l'item CTQ5 et CTQ2 relatifs à la charge de travail quantitative.

L'examen des indices d'ajustement obtenus avec ce nouveau modèle de mesure n'est pas tout à fait satisfaisant. En effet, le RMSEA dépasse le seuil de 0,08. Après vérification des données, nous créons une covariance entre les erreurs (e6 et e11) de deux items relatifs à la charge de travail émotionnelle (CTE1 et CTE6). Cela permet d'obtenir un RMSEA plus satisfaisant.

Nous obtenons alors le modèle de mesure dont les qualités d'ajustements, ainsi que les fiabilités et validités convergentes sont représentées dans le tableau 58.

Tableau 58 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Harris (1989)

Indicateurs	Critère d'acceptation	Variable latente 1 : CTQ	Variable latente 2 : CTE
Indicateurs d'ajustement du modèle :			
CMIN/DF	< 5	3,667	
GFI	> 0,9	0,956	
AGFI	> 0,8	0,921	
RMSEA	< 0,08	0,078	
NFI	> 0,9	0,943	
CFI	> 0,9	0,958	
CAIC	CAIC du modèle testé < CAIC du modèle saturé	233,648 < 319,413	
Rhô de Jöreskog	> 0,7	0,76	0,87
Alpha de Cronbach	> 0,65	0,75	0,87
Rhô de validité convergente	> 0,5	0,52	0,54

La variable latente 1 relative à la charge de travail quantitative (CTQ) présente un rhô de Jöreskog (0,76) et un rhô de validité convergente (0,52) acceptables. Il en est de même pour la variable latente 2 relative à la charge de travail émotionnelle (rhô de Joreskog : 0,87 ; rhô de validité convergente : 0,54). Notons que le test t associé à chacune des contributions factorielles (lien significatif entre une variable latente et un de ses indicateurs) est supérieur à 1,96 au seuil de 5%.

Par ailleurs, les indices relatifs à la qualité d'ajustement du modèle sont tous satisfaisants. En effet, le Chi-deux ajusté au degré de liberté (CMIN/DF : 3,667), le GFI (0,956), l'AGFI (0,921), le RMSEA (0,078), le NFI (0,943), le CFI (0,958) et le CAIC respectent tous les critères d'acceptation.

Enfin, nous vérifions que les variables latentes soient bien discriminées l'une de l'autre, en comparant la variance que chaque variable latente (VL) partage avec ses variables manifestes

(rhô de validité convergente), avec le carré de sa corrélation avec l'autre variable latente. Les rô de validité convergente (0,52 ; 0,54) sont supérieurs au carré de la corrélation (proche de 0). **La validité discriminante (Tableau 59) est donc vérifiée. Le modèle ne doit donc pas être re-spécifié. Nous retenons donc ce modèle de mesure pour le test des hypothèses.**

Tableau 59 : Validité discriminante de l'échelle de la charge de travail

Variables latentes (VL)	Corrélation entre VL	Carré de la corrélation
CTQ <--> CTE	0,034	0,001

4 Test de l'échelle du stress professionnel de Lemyre et Tessier (1988)

Pour mesurer le stress professionnel, nous avons mobilisé l'échelle de Lemyre et Tessier (1988), qui est, *a priori*, unidimensionnelle. Nous commençons par examiner la fiabilité et la validité convergente du modèle de mesure. Les rô de Jöreskog (0,91) et de validité convergente (0,54) étant tous les deux acceptables, nous ne supprimons aucun item. Notons que le test *t* associé à chacune des contributions factorielles (lien significatif entre une variable latente et un de ses indicateurs) est supérieur à 1,96 au seuil de 5%. Les qualités d'ajustements, ainsi que les fiabilités et validités convergentes du modèle de mesure sont représentées dans le tableau 60.

Tableau 60 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Lemyre et Tessier (1988)

Indicateurs	Valeur obtenue	Critère d'acceptation
CMIN/DF	3,595	< 5
GFI	0,955	> 0,9
AGFI	0,925	> 0,8
RMSEA	0,076	< 0,08
NFI	0,957	> 0,9
CFI	0,968	> 0,9
CAIC	224,819 < 319,413	CAIC du modèle testé < CAIC du modèle saturé
Rhô de Joreskog	0,91	0,7
Alpha de Cronbach	0,91	0,65
Rhô de validité convergente	0,54	0,5

Les indices relatifs à la qualité d’ajustement du modèle sont aussi satisfaisants. En effet, le Chi-deux ajusté au degré de liberté (CMIN/DF : 3,595), le GFI (0,955), l’AGFI (0,925), le RMSEA (0,076), le NFI (0,957), le CFI (0,968) et le CAIC respectent tous les critères d’acceptation. **Le modèle de mesure ne doit donc pas être re-spécifié. Il est donc retenu pour le test des hypothèses.**

5 Test de l’échelle de l’Intention de quitter de Battistelli et al. (2013)

Pour mesurer l’intention de quitter, nous avons mobilisé l’échelle de Battistelli et al. (2013), qui est, *a priori*, unidimensionnelle. Le test du modèle de mesure unidimensionnel (réalisé sous SPSS-Amos) donne les indices présentés dans le tableau 61.

Tableau 61 : Qualité d’ajustement de l’échelle de Battistelli et al. (2013)

Indice	Valeur obtenue	Critère d’acceptation
CMIN/DF	45,957	< 5
GFI	0,790	> 0,9
AGFI	0,510	> 0,8
RMSEA	0,318	< 0,08
NFI	0,707	> 0,9
CFI	0,710	> 0,9
CAIC	498,786 > 149,060	CAIC du modèle testé < CAIC du modèle saturé

Les indices relatifs à la qualité d’ajustement du modèle ne sont pas du tout satisfaisants. En effet, aucun de ces indices ne respectent les critères d’acceptation demandés. En conséquence, **le modèle doit être re-spécifié**. Après analyse, nous concluons qu’il faut supprimer l’item IQ3 (« *J’ai l’intention de déposer un dossier de mutation dans une autre unité de cet hôpital pendant l’année prochaine* »), mais cela ne suffit pas à obtenir des résultats satisfaisants. Nous supprimons alors l’item IQ5 (« *J’ai l’intention de quitter la profession et de changer de métier pendant l’année prochaine* »). Par ailleurs, nous vérifions la fiabilité et la validité convergente du nouveau modèle de mesure. Les indicateurs d’ajustement ainsi que la validité et la fiabilité obtenus sont présentés dans le tableau 62.

Tableau 62 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Battistelli et al. (2013)

Indicateurs	Valeur obtenue	Critère d'acceptation
CMIN/DF	2,059	< 5
GFI	0,995	> 0,9
AGFI	0,977	> 0,8
RMSEA	0,049	< 0,08
NFI	0,993	> 0,9
CFI	0,997	> 0,9
CAIC	60,902 < 70,981	CAIC du modèle testé < CAIC du modèle saturé
Rhô de Jöreskog	0,80	0,7
Alpha de Cronbach	0,79	0,65
Rhô de validité convergente	0,52	0,5

Pour ce nouveau modèle, le rhô de Jöreskog (0,80) et le rhô de validité convergente (0,52) sont acceptables. Il en est de même pour les indices de qualité d'ajustement. En effet, ils respectent tous les critères d'acceptabilité. Notons que le test t associé à chacune des contributions factorielles (lien significatif entre une variable latente et un de ses indicateurs) est supérieur à 1,96 au seuil de 5%. Par conséquent, nous retenons ce nouveau modèle de mesure.

6 Test de l'échelle du Comportement Innovant au Travail (CIT) de Janssen (2000, 2001)

Pour mesurer le comportement innovant au travail (CIT), nous avons mobilisé l'échelle de Janssen (2000, 2001), qui est, *a priori*, tridimensionnelle. Nous commençons par examiner la fiabilité et la validité convergente du modèle de mesure, et constatons que les rhô de Jöreskog (CITG : 0,72 ; CIP : 0,51 ; CIR : 0,67) et les rhô de validité convergente (CITG : 0,46 ; CIP : 0,26 ; CIR : 0,40) des différentes variables latentes ne sont pas satisfaisants. Notons que le test t associé à chacune des contributions factorielles (lien significatif entre une variable latente et un de ses indicateurs) est supérieur à 1,96 au seuil de 5%.

Pour suivre, nous vérifions la validité discriminante et constatons que les rhô de validité convergente (CITG : 0,46 ; CITP : 0,26 ; CITR : 0,40) ne sont pas supérieurs au carré des corrélations (0,984 ; 0,553 ; 0,891) entre les variables latentes. La validité discriminante (Tableau 63) n'est donc pas prouvée. Il semble qu'il y a un chevauchement des construits qui peut expliquer les valeurs faibles de fiabilité et de validité convergente. Pour cette raison, nous décidons alors de réaliser un construit de second ordre.

Tableau 63 : Validité discriminante de l'échelle du CIT

Variables latentes (VL)	Corrélation entre VL	Carré de la corrélation
CITG <--> CITR	0,992	0,984
CITG <--> CITP	0,730	0,553
CITP <--> CITR	0,944	0,891

Avec ce construit de second ordre, nous obtenons le modèle dont les qualités d'ajustement, ainsi que les fiabilités et validités convergentes sont représentées dans le tableau 64.

Tableau 64 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Janssen (2000, 20001)

Indicateurs	Valeur obtenue	Critère d'acceptation
CMIN/DF	2,924	< 5
GFI	0,965	> 0,9
AGFI	0,935	> 0,8
RMSEA	0,066	< 0,08
NFI	0,934	> 0,9
CFI	0,955	> 0,9
CAIC	219,231 < 319,413	CAIC du modèle testé < CAIC du modèle saturé
Rhô de Jöreskog	0,97	0,7
Alpha de Cronbach	0,82	0,65
Rhô de validité convergente	0,92	0,5

Pour ce modèle de second ordre, le rhô de Jöreskog (0,97) et le rhô de validité convergente (0,92) sont acceptables. Le test *t* associé à chacune des contributions factorielles (lien significatif entre une variable latente et un de ses indicateurs) est supérieur à 1,96 au seuil de 5%. Par ailleurs, les indices relatifs à la qualité d'ajustement du modèle sont tous satisfaisants. En effet, le Chi-deux ajusté au degré de liberté (CMIN/DF : 2,924), le GFI (0,965), l'AGFI (0,935), le RMSEA (0,066), le NFI (0,340), le CFI (0,955) et le CAIC respectent tous les critères d'acceptation. **Le modèle ne doit donc pas être re-spécifié. Nous décidons de retenir ce construit de second ordre pour le test des hypothèses sur le comportement innovant au travail.**

7 Test de l'échelle du *workaholisme* de Schaufeli et al. (2009)

Pour mesurer le *workaholisme*, nous avons mobilisé la version courte de la DUWAS (Schaufeli et al., 2009), qui est, *a priori*, bidimensionnelle (*workaholisme* excessif : WE ; *workaholisme* compulsif : WC). Nous commençons par examiner la fiabilité et la validité convergente du modèle de mesure, et constatons que les rhô de Jöreskog (WE : 0,72 ; WC : 0,68) et les rhô de validité convergente (WE : 0,35 ; WC : 0,31) ne sont pas toujours satisfaisants. Notons que le test *t* associé à chacune des contributions factorielles (lien significatif entre une variable latente et un de ses indicateurs) est supérieur à 1,96 au seuil de 5%.

Pour suivre, nous vérifions la validité discriminante et constatons que rhô de validité convergente (*Workaholisme* Excessif : 0,35 ; *Workaholisme* Compulsif : 0,31) ne sont pas supérieurs au carré de la corrélation (0,36) entre les variables latentes. La validité discriminante (tableau 65) n'est donc pas prouvée. Il semble qu'il y a un chevauchement des construits qui peut expliquer les valeurs faibles de fiabilité et de validité convergente. Pour cette raison, nous décidons alors de réaliser un construit de second ordre.

Tableau 65 : Validité discriminante de l'échelle du *workaholisme*

Variables latentes (VL)	Corrélation entre VL	Carré de la corrélation
WE <--> WC	0,598	0,36

Avec ce construit de second ordre, nous obtenons une qualité d'ajustement qui n'est pas satisfaisante (CMIN/DF : 4,803 ; CFI : 0,853 ; NFI : 0,823 ; RMSEA : 0,093). Après analyse, nous concluons qu'il faut supprimer l'item WC4, mais cela ne suffit pas à obtenir des résultats satisfaisants. Nous supprimons alors l'item WC5. Par ailleurs, nous vérifions la fiabilité et la validité convergente du nouveau modèle de mesure, qui sont assez acceptables. Les indicateurs d'ajustement ainsi que la validité et la fiabilité obtenus sont présentés dans le tableau 66.

Tableau 66 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Schaufeli et al. (2009)

Indicateurs	Valeur obtenue	Critère d'acceptation
CMIN/DF	3,146	< 5
GFI	0,967	> 0,9
AGFI	0,937	> 0,8
RMSEA	0,070	< 0,08
NFI	0,915	> 0,9
CFI	0,940	> 0,9
CAIC	180,435 < 255,531	CAIC du modèle testé < CAIC du modèle saturé
Rhô de Joreskog	0,67	0,7
Alpha de Cronbach	0,74	0,65
Rhô de validité convergente	0,50	0,5

Pour le modèle de second ordre, le rhô de Jöreskog (0,67) est proche du seuil d'acceptation, et le rhô de validité convergente (0,50) est acceptable. Le test t associé à chacune des contributions factorielles (lien significatif entre une variable latente et un de ses indicateurs) est supérieur à 1,96 au seuil de 5%. Par ailleurs, les indices relatifs à la qualité d'ajustement du modèle sont tous satisfaisants. En effet, le Chi-deux ajusté au degré de liberté (CMIN/DF : 3,146), le GFI (0,967), l'AGFI (0,937), le RMSEA (0,070), le NFI (0,915), le CFI (0,940) et le CAIC respectent tous les critères d'acceptation. **Le modèle ne doit donc pas être spécifié. Il est retenu pour le test des hypothèses.**

8 Test de l'échelle des changements liés au Nouveau Management Public (NMP) de Abord de Chatillon et Desmarais (2012)

Pour mesurer la perception des changements liés au Nouveau Management Public (NMP), nous avons mobilisé l'échelle de Abord de Chatillon et Demarais (2012), qui est, *a priori*, tridimensionnelle (le contrôle des moyens : NMPCont ; la responsabilisation des acteurs : NMPResp ; la prise en compte des parties prenantes : NMPpp). Nous commençons par examiner la fiabilité et la validité convergente du modèle de mesure, et constatons que les rhô de Jöreskog (NMPCont : 0,60 ; NMPResp : 0,58 ; NMPpp : 0,50) et les rhô de validité convergente (NMPCont : 0,43 ; NMPResp : 0,41 ; NMPpp : 0,35) ne sont pas satisfaisants. Pour suivre, nous vérifions la validité discriminante et constatons que les rhô de validité convergente (NMPCont : 0,43 ; NMPResp : 0,41 ; NMPpp : 0,35) ne sont pas toujours supérieurs au carré de la corrélation entre les variables latentes (Tableau 67). La validité discriminante n'est donc pas prouvée. Il semble qu'il y a un chevauchement des construits qui peut expliquer les valeurs faibles de fiabilité et de validité convergente. Pour cette raison, nous décidons alors de réaliser un construit de second ordre.

Tableau 67 : Valeur discriminante du NMP

Variables latentes (VL)	Corrélation entre VL	Carré de la corrélation
NMPCont <--> NMPpp	0,337	0,114
NMPCont <--> NMPResp	0,649	0,421
NMPResp <--> NMPpp	0,702	0,493

Nous obtenons le modèle de mesure dont les qualités d'ajustement, ainsi que les fiabilités et validités convergentes sont représentées dans le tableau 68.

Tableau 68 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Abord de Chatillon et Desmarais (2012)

Indicateurs	Valeur obtenue	Critère d'acceptation
CMIN/DF	1,162	< 5
GFI	0,995	> 0,9
AGFI	0,982	> 0,8
RMSEA	0,019	< 0,08
NFI	0,981	> 0,9
CFI	0,997	> 0,9
CAIC	113,444 < 149,060	CAIC du modèle testé < CAIC du modèle saturé
Rhô de Jöreskog	0,85	0,7
Alpha de Cronbach	0,66	0,65
Rhô de validité convergente	0,68	0,5

Pour le modèle de second ordre, le rhô de Jöreskog (0,85) et le rhô de validité convergente (0,68) sont acceptables. Le test t associé à chacune des contributions factorielles (lien significatif entre une variable latente et un de ses indicateurs) est supérieur à 1,96 au seuil de 5%. Par ailleurs, les indices relatifs à la qualité d'ajustement du modèle sont tous satisfaisants. En effet, le Chi-deux ajusté au degré de liberté (CMIN/DF : 1,162), le GFI (0,995), l'AGFI (0,982), le RMSEA (0,019), le NFI (0,981), le CFI (0,997) et le CAIC respectent tous les critères d'acceptation. **Le modèle ne doit donc pas être re-spécifié. Il est retenu pour le test des hypothèses.**

9 Test des échelles du soutien social

Nous avons défini le soutien social comme un construit tridimensionnel composé du facteur « Soutien Famille : SF » (mesuré par l'échelle de Baruch-Feldman et al., 2002), du facteur « Soutien Collègues : SC » (mesuré par l'échelle de Caplan et al., 1975) et du facteur « Soutien Hiérarchie : SH » (mesuré par l'échelle de Caplan et al., 1975). Pour chaque facteur (mesuré par 4 items), nous avons calculé la fiabilité et la validité convergente. Les résultats, plutôt acceptables, sont présentés dans le tableau 69. Notons que le test t associé à chacune des contributions factorielles (lien significatif entre une variable latente et un de ses indicateurs) est supérieur à 1,96 au seuil de 5%.

Tableau 69 : Fiabilité et validité convergente du Soutien social

Facteurs	Rh� de validité convergente	Alpha de Cronbach	Rh� de Jöreskog
Soutien Famille (SF)	0,49	0,79	0,80
Soutien Collègues (SC)	0,67	0,88	0,89
Soutien Hiérarchie (SH)	0,76	0,93	0,93

Nous poursuivons l'analyse factorielle confirmatoire en étudiant la qualité d'ajustement du modèle de mesure dont les résultats sont présentés dans le tableau 70 (notons que nous avons du créer une covariance entre deux variables pour améliorer les indices).

Tableau 70 : Qualité d'ajustement du modèle de mesure du Soutien social

Indice	Valeur obtenue	Critère d'acceptation
CMIN/DF	2,391	< 5
GFI	0,956	> 0,9
AGFI	0,932	> 0,8
RMSEA	0,056	< 0,08
NFI	0,964	> 0,9
CFI	0,979	> 0,9
CAIC	318,283 < 553,650	CAIC du modèle testé < CAIC du modèle saturé

Les indices relatifs à la qualité d'ajustement du modèle sont tous satisfaisants. En effet, le Chi-deux ajusté au degré de liberté (CMIN/DF : 2,391), le GFI (0,956), l'AGFI (0,932), le RMSEA (0,056), le NFI (0,964), le CFI (0,979) et le CAIC respectent tous les critères d'acceptation.

Enfin, nous vérifions que les variables latentes soient bien discriminées les unes des autres, en comparant la variance que chaque variable latente (VL) partage avec ses variables manifestes (rh  de validité convergente), avec le carré de sa corrélation avec chacune des autres variables latentes. Les rh  de validité convergente (SF : 0,49 ; SC : 0,67 ; SH : 0,76) sont supérieurs

aux carrés des corrélations (0,004 ; 0,227 ; 0,027). **La validité discriminante (Tableau 71) est donc vérifiée. Le modèle ne doit donc pas être re-spécifié. Nous le retenons pour le test des hypothèses.**

Tableau 71 : Validité discriminante du Soutien social

Variables latentes (VL)	Corrélation entre VL	Carré de la corrélation
SF <--> SH	0,061	0,004
SH <--> SC	0,476	0,227
SF <--> SC	0,163	0,027

10 Test de l'échelle des stratégies de *Coping* de Carver (1997)

Pour mesurer les stratégies de *Coping*, nous avons mobilisé le *Brief COPE* (Carver, 1997), qui est, *a priori*, composée de 14 dimensions (Distraction : DIS ; *Coping* actif : CAC ; Dénier : DEN ; Utilisation de substances : SUB ; Soutien émotionnel : SEM ; Désengagement comportemental : DC ; Religion : REL ; Acceptation : ACC ; Expression des sentiments : EXP ; Soutien instrumental : SINS ; Réinterprétation positive : RINT ; Planification : PLAN ; Humour : HUM). Conscients de la difficulté à tester les hypothèses liées à l'ensemble de ces dimensions, nous choisissons d'alléger notre modèle de mesure avant de commencer l'analyse factorielle confirmatoire. L'auteur de l'échelle recommande aux chercheurs d'utiliser le *Brief COPE* de manière flexible et suggère de sélectionner uniquement un sous ensemble de dimensions. Avant de réaliser l'analyse factorielle confirmatoire, nous allons donc réaliser une **analyse factorielle exploratoire** (AFE) pour identifier les différentes dimensions qui émergent de notre échantillon d'étude.

10.1 Analyse factorielle exploratoire de l'échelle du *Coping*

La taille de l'échantillon nécessaire pour réaliser une analyse factorielle exploratoire (AFE) dépend du nombre d'items soumis à cette AFE. Il faut un minimum de 5 observations par item (un ratio de 10 pour 1 est préférable). Cette analyse factorielle exploratoire sera réalisée par une **Analyse en Composantes Principales** (ACP) avec le logiciel SPSS, version 21. « L'ACP est une technique exploratoire dont l'objet est de chercher, à partir d'un ensemble de k variables mesurées sur des échelles d'intervalle ou de rapport, une logique, une

structure sous-jacente aux données collectées. Si une telle structure existe, l'identifier permet de simplifier l'information brute contenue dans une base de données, en substituant aux k variables initiales un nombre plus petit de m facteurs. Ces facteurs sont formés par des combinaisons linéaires des variables initiales » (Gavard-Perret et al., 2008).

Pour débiter l'ACP, nous allons vérifier que les variables soient factorisables en réalisant le **test de sphéricité de Barlett** et le **test de Meyer et Olkin** (indice KMO jugé acceptable s'il est inférieur à 0,5). Ensuite, nous chercherons le nombre de facteur à retenir en utilisant le critère de la valeur propre. La **valeur propre** d'un facteur est le rapport entre la variance qu'il restitue et la proportion avec laquelle chaque variable contribue à la variance totale. Si ce rapport est inférieur à 1, cela signifie que le facteur restitue moins de variance qu'une variable initiale (mauvais résultat). En revanche, s'il est supérieur à 1, il restitue davantage de variance qu'une variable initiale (ce qui va dans le sens recherché). La **règle de Keiser (la plus usuelle) est de retenir les facteurs correspondant à des valeurs propres supérieures à 1**. Enfin, nous interpréterons les axes factoriels grâce à l'**examen des communautés**⁷⁰ et à la **rotation factorielle**. La rotation factorielle permet de maximiser les différences entre les facteurs en faisant « tourner » dans l'espace le repère constitué par les facteurs (Gavard-Perret et al., 2008). « La rotation peut être **orthogonale** (les nouveaux axes après rotation sont orthogonaux) ou **oblique** (les nouveaux axes après rotation peuvent être corrélés). (...) Les algorithmes de rotation les plus connus sont **Varimax** (basé sur la maximisation des coefficients de corrélation des variables les plus corrélés), et **Quartimax** (basé sur leur minimisation), ainsi que **Oblimin** en ce qui concerne la rotation oblique » (Evrard et al., 2009).

L'échelle de mesure du *Coping* de Carver (1997) est composée de 28 items. Nous pouvons donc réaliser une analyse en composante principale (ACP). Nous débutons l'ACP en vérifiant que les données sont factorisables. Pour cela, nous réalisons les **tests de Barlett et de Meyer et Olkin** (Tableau 72). Les résultats (indice KMO : 0,750 et test de Barlett significatif) indiquent que nous pouvons poursuivre l'analyse.

⁷⁰ « Une règle consiste à identifier les variables dont les communautés sont inférieures à 0,5. Celles-ci doivent être retirées de la liste des variables initiales et l'analyse factorielle refaite » (Gavard-Perret et al., 2008).

Tableau 72 : Résultats des tests de Barlett et de Meyer et Olkin

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,750
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	3449,328
	ddl	378
	Signification de Bartlett	0,000

Sur les 28 composantes extraites (pour 28 variables initiales), l'application du **critère de la valeur propre (règle de Keiser)** conduit à ne garder que 8 composantes principales qui expliquent 58,469% de la variance initiale. Le **tableau des communautés** permet de les identifier. Par itérations successives, **nous éliminons un par un, les items dont les communautés sont inférieures à 0,5** car ils ne partagent pas assez de variances avec les autres. Cela nous permet de faire une nouvelle analyse factorielle à chaque suppression. Ainsi, nous supprimons les items DIS1, EXP2 puis DIS2. Nous conservons donc les 25 items restants pour mesurer le *coping*. Pour cette nouvelle solution factorielle, l'indice KMO reste satisfaisant (0,748). Sur les 25 composantes restantes, 8 composantes principales expliquent 62,809% de la variance initiale.

Afin de pouvoir interpréter les 8 composantes principales, nous réalisons des rotations orthogonales et obliques. Nous retenons la rotation qui restitue le plus de variance, c'est la **rotation Quartimax**. Cette dernière restitue 62,824 % de la variance. Nous obtenons ainsi le tableau 73.

Tableau 73 : Analyse Factorielle Exploratoire de l'échelle du *Coping*

	Composante							
	1	2	3	4	5	6	7	8
CAC1	,696	,029	,027	,007	-,126	,069	,037	,082
CAC2	,573	,309	-,121	-,122	,062	-,174	-,164	,071
DEN1	-,072	-,034	,753	-,034	,125	-,020	-,073	-,020
DEN2	,104	,068	,766	,019	,045	-,129	-,202	,072
SUB1	-,104	-,005	,071	,941	,043	-,057	,018	-,007
SUB2	-,120	-,009	,113	,936	,050	-,053	,001	,040
SEM1	-,108	,727	,176	,022	,096	,016	,191	-,001
SEM2	-,042	,729	,087	,094	,060	-,065	-,041	,168
DC1	-,239	-,006	,618	,141	-,026	,140	,250	-,140
DC2	-,325	-,032	,537	,236	-,037	-,130	,280	-,025
REL1	,072	,085	,061	,040	,910	,041	,052	,005
REL2	,048	,096	,092	,047	,904	,087	,070	,021
ACC1	,258	,003	-,297	-,054	-,027	,373	,015	,584
ACC2	,211	,089	,041	,052	,036	,025	,063	,833
EXP1	,205	,642	-,096	,007	-,104	,243	,121	-,067
SINS1	,206	,664	-,115	-,044	,023	,065	-,030	-,091
SINS2	,237	,537	-,069	-,168	,142	-,314	-,060	,117
RINT1	,582	,131	-,148	-,107	,019	,360	-,016	,097
RINT2	,581	,001	,011	-,064	,118	,382	,034	,033
BLA1	,271	,066	-,133	-,034	,034	-,052	,761	-,035
BLA2	-,173	,177	,206	,070	,177	-,204	,570	,223
PLAN1	,651	,162	-,143	,005	,153	-,020	,172	-,090
PLAN2	,746	-,090	,032	-,006	-,014	,027	,021	,107
HUM1	,301	,034	-,154	,012	,020	,741	-,059	,073
HUM2	,075	,011	,036	-,085	,090	,715	-,102	,049
Alpha de Cronbach	0,756	0,700	0,666	0,913	0,863	0,631	0,311	0,500

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Quartimax avec normalisation de Kaiser.

a. La rotation a convergé en 6 itérations.

- *Interprétation des axes factoriels :*

Le nombre de facteurs identifiés avec l'AFE est de 8 (ce qui diffère de l'échelle initiale pré-existante qui est composée de 14 dimensions). D'après le tableau précédant qui positionne les différents items sur les facteurs et qui reprend les communautés de ces items, nous tentons de préciser ces 8 facteurs.

– *L'axe factoriel 1 :*

L'axe 1 reprend deux items relatifs au « *coping* actif », deux items relatifs à la « réinterprétation positive » et deux items relatifs à la « planification ». Nous identifions donc que cet axe 1 comme celui du « **Coping actif et positif** » (Tableau 74).

Tableau 74 : Items de l'axe 1 "Coping actif et positif"

Intitulé de l'item	Code de l'item
Je détermine une ligne d'action et je la suis.	CAC1
Je concentre mes efforts pour résoudre la situation.	CAC2
J'essaie de voir la situation sous un jour plus positif.	RINT1
Je recherche les aspects positifs dans ce qu'il m'arrive.	RINT2
J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire.	PLAN1
Je planifie les étapes à suivre.	PLAN2

– *L'axe factoriel 2 :*

L'axe 2 reprend deux items relatifs au « soutien émotionnel », deux items relatifs au « soutien instrumental » et un item relatif à l' « expression des sentiments ». Nous identifions donc que cet axe 2 comme celui du « **Soutien social** » (Tableau 75).

Tableau 75 : Items de l'axe 2 "Soutien social"

Intitulé de l'item	Code de l'item
Je recherche un soutien émotionnel de la part des autres.	SEM1
Je recherche le soutien et la compréhension de quelqu'un.	SEM2
Je recherche l'aide et le conseil d'autres personnes.	SINS1
J'essaie d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il faut faire.	SINS2
J'évacue mes sentiments déplaisants en en parlant.	EXP1

– *L'axe factoriel 3 :*

L'axe 3 reprend deux items relatifs au « déni » et deux items relatifs au « désengagement comportemental ». Nous identifions donc que cet axe comme celui du « **Déni et renoncement** » (Tableau 76).

Tableau 76 : Items de l'axe 3 "Déni et renoncement"

Intitulé de l'item	Code de l'item
Je me dis que ce n'est pas réel.	DEN1
Je refuse de croire que ça m'arrive.	DEN2
Je renonce à essayer de résoudre la situation.	DC1
J'abandonne l'espoir de faire face.	DC2

– *L'axe factoriel 4 :*

L'axe 4 reprend deux items relatifs à l' « utilisation de substances ». Nous concluons donc que cet axe 4 est celui de l' « **Utilisation de substances** » (Tableau 77).

Tableau 77 : Items de l'axe 4 "Utilisation de substances"

Intitulé de l'item	Code de l'item
Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.	SUB1
Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.	SUB2

– *L'axe factoriel 5 :*

L'axe 5 reprend deux items relatifs à la « religion ». Nous concluons donc que cet axe 5 est celui de la « **Religion** » (Tableau 78).

Tableau 78 : Items de l'axe 5 "Religion"

Intitulé de l'item	Code de l'item
J'essaie de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.	REL1
Je prie ou médite.	REL2

– *L'axe factoriel 6 :*

L'axe 6 reprend deux items relatifs à l' « humour ». Nous concluons donc que cet axe 6 est celui de l' « **Humour** » (Tableau 79).

Tableau 79 : Items de l'axe 6 "Humour"

Intitulé de l'item	Code de l'item
Je prends la situation avec humour.	HUM1
Je m'amuse de la situation.	HUM2

– *L'axe factoriel 7 :*

L'axe 7 reprend deux items relatifs au « blâme ». Nous concluons donc que cet axe 6 est celui du « **Blâme** » (Tableau 80).

Tableau 80 : Items de l'axe 7 "Blâme"

Intitulé de l'item	Code de l'item
Je me critique.	BLA1
Je me reproche les choses qui m'arrivent.	BLA2

– *L'axe factoriel 8 :*

L'axe 8 reprend deux items relatifs à l' « acceptation ». Nous concluons donc que cet axe 6 est celui de l' « **Acceptation** » (Tableau 81).

Tableau 81 : Items de l'axe 8 "Acceptation"

Intitulé de l'item	Code de l'item
J'accepte la réalité de ma nouvelle situation.	ACC1
J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation.	ACC2

• *Le test de fiabilité de l'échelle de mesure du Coping :*

Nous procédons au calcul des alphas de Cronbach de chaque facteur identifié. **On considère que, pour une étude exploratoire, l'alpha est acceptable s'il est compris entre à 0,6 et 0,8 (Evrard et al., 2009).** Le facteur 1 « **Coping actif et positif** » présente un alpha de Cronbach de 0,756 (acceptable). Le facteur 2 « **Soutien social** » présente un alpha de Cronbach de 0,700 (acceptable). Le facteur 3 « **Déni ou renoncement** » présente un alpha de Cronbach de 0,666 (acceptable). Le facteur 4 « **Utilisation de substances** » présente un alpha de Cronbach de 0,666 (acceptable). Le facteur 5 « **Religion** » présente un alpha de Cronbach de 0,863 (acceptable). Le facteur 6 « **Humour** » présente un alpha de Cronbach de 0,631 (acceptable). Le facteur 7 « **Blâme** » présente un alpha de Cronbach de 0,311 (trop faible). Et enfin, le facteur 8 « **Acceptation** » présente un alpha de Cronbach de 0,500 (trop faible).

Au vu de ces résultats, nous décidons de supprimer les facteurs 7 et 8 (« Blâme » et « Acceptation ») dont les fiabilités sont trop faibles. Nous décidons de supprimer aussi le facteur 2 « Soutien social » que nous mesurons déjà par ailleurs. **Il reste alors les 5**

dimensions : « *Coping* actif et positif » ; « Dénier et renoncement » ; « Utilisation de substances » ; « Religion » et « Humour ».

10.2 Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle du *Coping*

Nous débutons l'analyse factorielle confirmatoire en vérifiant la fiabilité et la validité convergente pour chacune des 5 dimensions restantes. Les résultats n'étant pas satisfaisants, nous examinons le tableau des contributions factorielles standardisées et supprimons un à un les items dont les valeurs sont les plus faibles. En conséquence, nous supprimons successivement les deux items relatifs au *coping* actif (CAC1 et CAC2), les deux items relatifs à la planification (PLAN1 et PLAN2) et les deux items relatifs au déni (DEN1 et DEN2). Ce qui nous amène à ré-intituler deux dimensions : « Réinterprétation positive » et « Désengagement comportemental ». Nous obtenons alors les fiabilités et validités convergentes présentées dans le tableau 82. Ces résultats, tout juste acceptables, s'expliquent par le nombre d'items très restreint (deux par dimension).

Tableau 82 : Fiabilité et validité convergente de l'échelle du *Coping*

Dimensions/variables latentes (VL)	Rhô de validité convergente	Alpha de Cronbach	Rhô de Jöreskog
Réinterprétation positive (RINT)	0,47	0,64	0,64
Désengagement comportemental (DC)	0,49	0,63	0,64
Utilisation de substances (SUB)	0,86	0,91	0,92
Religion (REL)	0,76	0,86	0,86
Humour (HUM)	0,49	0,63	0,66

Les qualités d'ajustement, la fiabilité et la validité convergente de ce nouveau modèle sont représentées dans le tableau 83. Notons que le test *t* associé à chacune des contributions factorielles (lien significatif entre une variable latente et un de ses indicateurs) est supérieur à 1,96 au seuil de 5%.

Tableau 83 : Résultats de l'AFC de l'échelle du Coping de Carver (1997) à 5 dimensions

Indicateurs	Critère d'acceptation	VL 1 : RINT	VL 2 : DC	VL 3 : SUB	VL 4 : REL	VL 5 : HUM
Indicateurs d'ajustement du modèle :						
CMIN/DF	< 5	1,820				
GFI	> 0,9	0,978				
AGFI	> 0,8	0,957				
RMSEA	< 0,08	0,043				
NFI	> 0,9	0,967				
CFI	> 0,9	0,984				
CAIC	CAIC du modèle testé < CAIC du modèle saturé	242,600 < 390,394				
Rhô de Joreskog	> 0,7	0,64	0,64	0,92	0,86	0,66
Alpha de Cronbach	> 0,65	0,64	0,63	0,91	0,86	0,63
Rhô de validité convergente	> 0,5	0,47	0,49	0,86	0,76	0,49

Les indices relatifs à la qualité d'ajustement du modèle sont tous satisfaisants. En effet, le Chi-deux ajusté au degré de liberté (CMIN/DF : 1,820), le GFI (0,978), l'AGFI (0,957), le RMSEA (0,043), le NFI (0,967), le CFI (0,984) et le CAIC respectent tous les critères d'acceptation.

Enfin, nous vérifions que les variables latentes soient bien discriminées les unes des autres, en comparant la variance que chaque variable latente (VL) partage avec ses variables manifestes (rhô de validité convergente), avec le carré de sa corrélation avec chacune des autres variables latentes. Les rhô de validité convergente (0,47 ; 0,49 ; 0,86 ; 0,76 et 0,49) sont supérieurs aux carrés des corrélations (Tableau 84). **La validité discriminante est donc vérifiée. Le modèle ne doit donc pas être re-spécifié.** Il est donc retenu pour le test des hypothèses.

Tableau 84 : Valeur discriminante du *Coping*

Variabes latentes (VL)	Corrélation entre VL	Carré de la corrélation
RINT <--> DC	-0,484	0,23
RINT <--> SUB	-0,244	0,06
RINT <--> REL	0,154	0,02
RINT <--> HUM	0,687	0,47
DC <--> SUB	0,362	0,13
DC <--> REL	0,059	0,00
DC <--> HUM	-0,383	0,15
SUB <--> REL	0,082	0,01
SUB <--> HUM	-0,104	0,01
REL <--> HUM	0,101	0,01

Cette analyse factorielle confirmatoire nous permet de développer et de préciser les hypothèses émises lors du précédent chapitre.

H4 : Les stratégies d'ajustement modèrent la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car elles diminuent le stress professionnel engendré par les tensions de rôle.

H4a : La réinterprétation positive modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car elle diminue le stress professionnel engendré par les tensions de rôle.

H4b : Le désengagement comportemental modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car il diminue le stress professionnel engendré par les tensions de rôle.

H4c : L'utilisation de substances modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car elle diminue le stress professionnel engendré par les tensions de rôle.

H4d : La religion modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car elle diminue le stress professionnel engendré par les tensions de rôle.

H4e : L'humour modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car il diminue le stress professionnel engendré par les tensions de rôle.

H4f : Le soutien familial modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car il diminue le stress professionnel engendré par les tensions de rôle.

H4g : Le soutien des collègues modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car il diminue le stress professionnel engendré par les tensions de rôle.

H4h : Le soutien de la hiérarchie modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car il diminue le stress professionnel engendré par les tensions de rôle.

H5 : Les stratégies d'ajustement modèrent la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car elles diminuent l'intention de quitter engendrée par les tensions de rôle.

H5a : La réinterprétation positive modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car elle diminue l'intention de quitter engendrée par les tensions de rôle.

H5b : Le désengagement comportemental modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car il diminue l'intention de quitter engendrée par les tensions de rôle.

H5c : L'utilisation de substances modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car elle diminue l'intention de quitter engendrée par les tensions de rôle.

H5d : La religion modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car elle diminue l'intention de quitter engendrée par les tensions de rôle.

H5e : L'humour modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car il diminue l'intention de quitter engendrée par les tensions de rôle.

H5f : Le soutien familial modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car il diminue l'intention de quitter engendrée par les tensions de rôle.

H5g : Le soutien des collègues modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car il diminue l'intention de quitter engendrée par les tensions de rôle.

H5h : Le soutien de la hiérarchie modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car il diminue l'intention de quitter engendrée par les tensions de rôle.

H6 : Les stratégies d'ajustement modèrent la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail, car elles diminuent le comportement innovant au travail engendré par les tensions de rôle.

H6a : La réinterprétation positive modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail, car elle diminue le comportement innovant au travail engendré par les tensions de rôle.

H6b : Le désengagement comportemental modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail, car il diminue le comportement innovant au travail engendré par les tensions de rôle.

H6c : L'utilisation de substances modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail, car elle diminue le comportement innovant au travail engendré par les tensions de rôle.

H6d : La religion modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail, car elle diminue le comportement innovant au travail engendré par les tensions de rôle.

H6e : L'humour modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail, car il diminue le comportement innovant au travail engendré par les tensions de rôle.

H6f : Le soutien familial modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail, car il diminue le comportement innovant au travail engendré par les tensions de rôle.

H6g : Le soutien des collègues modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail, car il diminue le comportement innovant au travail engendré par les tensions de rôle.

H6h : Le soutien de la hiérarchie modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail, car il diminue le comportement innovant au travail engendré par les tensions de rôle.

11 Synthèse des tests des échelles de mesure retenues

En résumé, nous avons réalisé les tests de 10 modèles de mesure. Les résultats relatifs aux fiabilités et aux validités convergentes sont représentés dans le tableau 85.

Tableau 85 : Synthèse des AFC des modèles de mesure

Variables latentes	Nombre d'items restants	Rhô de validité convergente	Rhô de Jöreskog
Conflit de Rôle (CR)	3	0,53	0,77
Ambiguïté de rôle (AR)	3	0,46	0,72
Conflit travail – famille (CTF)	5	0,61	0,89
Conflit famille – travail (CFT)	5	0,51	0,84
Charge de travail quantitative (CTQ)	3	0,52	0,76
Charge de travail émotionnelle (CTE)	6	0,54	0,87

Stress professionnel (SP)	9	0,54	0,91
Comportement innovant au travail (CIT)	8	0,92	0,97
Intention de quitter (IQ)	4	0,52	0,80
<i>Coping</i> Réinterprétation positive (RINT)	2	0,47	0,64
<i>Coping</i> Désengagement comportemental (DC)	2	0,49	0,64
<i>Coping</i> Utilisation de substances (SUB)	2	0,86	0,92
<i>Coping</i> Religion (REL)	2	0,76	0,86
<i>Coping</i> Humour (HUM)	2	0,49	0,66
Soutien Social famille (SF)	4	0,49	0,80
Soutien Social hiérarchie (SH)	4	0,76	0,93
Soutien Social collègue (SC)	4	0,67	0,89
<i>Workaholisme</i> (WORK)	8	0,50	0,67
Changements liés au NMP (NMP)	6	0,68	0,85

Conclusion de la section 2

Dans cette seconde section, nous avons procédé aux analyses confirmatoires des échelles de mesure que nous avons retenues dans cette étude. Nous avons épuré les échelles de plusieurs items pour respecter les critères d'ajustement des données. Désormais, toutes ces échelles possèdent les qualités psychométriques nécessaires à l'élaboration des tests des hypothèses. À l'issue de ces analyses factorielles confirmatoires, nous possédons 3 modèles bidimensionnels (conflit/ambiguïté de rôle ; conflit travail-famille/famille-travail ; charge de travail quantitative/émotionnelle) pour mesurer les tensions de rôle, et 3 modèles unidimensionnels (stress professionnel ; comportement innovant au travail ; intention de quitter) pour mesurer les effets étudiés des tensions de rôle. Notons que nous avons élaboré un construit de second ordre pour mesurer le comportement innovant au travail. Par ailleurs, nous avons élaboré deux construits de second ordre pour mesurer le *workaholisme* et le changement lié au nouveau management public, qui sont deux antécédents des tensions de rôle que nous étudions dans notre recherche. Enfin, nous possédons un modèle tridimensionnel pour mesurer le soutien social (famille/collègues/hiérarchie) et un modèle à cinq dimensions pour mesurer les stratégies de *coping* utilisées par les cadres de santé. Rappelons que ce dernier modèle de mesure (très généraliste) a fait l'objet d'une analyse factorielle exploratoire pour coller aux données de notre échantillon de cadres de santé français.

Section 3 : Les résultats de l'étude quantitative confirmatoire

La première section de ce chapitre nous a permis de présenter la méthodologie utilisée pour l'étude quantitative confirmatoire. Par ailleurs, elle nous a permis de décrire notre échantillon. Pour suivre, la seconde section a présenté la démarche d'épuration des échelles de mesure pour atteindre des qualités psychométriques acceptables. Dans la troisième section de chapitre, nous allons désormais développer le test de notre modèle de recherche qui permettra de confirmer ou de réfuter les différentes hypothèses que nous avons posées. Au préalable, nous débiterons avec une analyse des corrélations entre les différentes variables du modèle global pour estimer les liens entre les construits mobilisés pour cette recherche.

1 Une analyse préalable des corrélations entre les variables étudiées

Nous débiterons par l'analyse des corrélations entre les tensions de rôle et le stress professionnel, l'intention de quitter et le comportement innovant au travail. Nous poursuivrons avec l'analyse des corrélations entre les variables individuelles/organisationnelles et les tensions de rôle. Nous terminerons avec l'analyse des corrélations avec les variables modératrices (stratégies d'ajustements).

1.1 Analyse des corrélations entre les tensions de rôle et leurs effets

Le premier tableau des corrélations (Tableau 86) indique que les tensions de rôle ont des corrélations significatives avec plusieurs effets étudiés.

Tableau 86 : Corrélations de Pearson entre les tensions de rôle et leurs effets

	CR	CTQ	CTE	CFT	CTF	AR	SP	CIT	IQ
Conflit de rôle (CR)	1								
Charge de travail quantitative (CTQ)	,647**	1							
Charge de travail émotionnelles (CTE)	,160**	,082	1						
Conflit famille-travail (CFT)	,170**	,255**	,023	1					
Conflit travail-famille (CTF)	,466**	,614**	,058	,438**	1				
Ambiguïté de rôle (AR)	,432**	,395**	-,032	,231**	,298**	1			
Stress professionnel (SP)	,515**	,684**	-,035	,259**	,609**	,391**	1		
Comportement innovant au travail (CIT)	,018	-,102*	,103*	-,056	-,002	-,344**	-,153**	1	
Intention de quitter (IQ)	,419**	,387**	-,008	,219**	,432**	,289**	,542**	-,063	1

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

- *Le stress professionnel (SP) :*

En ce qui concerne la variable « stress professionnel », il y a des corrélations significatives avec presque toutes les tensions de rôle étudiées (toutes sauf une : la charge de travail émotionnelle). Plus précisément, la corrélation avec le conflit de rôle est de 0.515 ($p < 0.01$), celle avec la charge de travail quantitative est de 0.684 ($p < 0.01$), celle avec le conflit famille-travail est de 0.259 ($p < 0.01$), celle avec le conflit travail-famille est de 0.609 ($p < 0.01$) et celle avec l'ambiguïté de rôle est de 0.391 ($p < 0.01$). Ces résultats confirmeraient le lien entre les tensions de rôle et le stress professionnel perçu par les cadres de santé interrogés.

- *Le comportement innovant au travail (CIT) :*

En ce qui concerne la variable « comportement innovant au travail », il y a des corrélations significatives avec certaines tensions de rôle. Plus précisément, la corrélation avec la charge de travail quantitative est de - 0.102 ($p < 0.05$), celle avec la charge de travail émotionnelle est de - 0.103 ($p < 0.05$) et celle avec l'ambiguïté de rôle est de - 0.344 ($p < 0.01$). Ces résultats indiquent que des tensions de rôle telles que la charge de travail (quantitative et émotionnelle)

et l'ambiguïté de rôle auraient un lien négatif avec le comportement innovant au travail des cadres de santé interrogés.

- *L'intention de quitter (IQ) :*

En ce qui concerne la variable « intention de quitter », il y a des corrélations significatives avec presque toutes les tensions de rôle étudiées (toutes sauf une : la charge de travail émotionnelle). Plus précisément, la corrélation avec le conflit de rôle est de 0.419 ($p < 0.01$), celle avec la charge de travail quantitative est de 0.387 ($p < 0.01$), celle avec le conflit famille-travail est de 0.219 ($p < 0.01$), celle avec le conflit travail-famille est de 0.432 ($p < 0.01$) et celle avec l'ambiguïté de rôle est de 0.289 ($p < 0.01$). Ces résultats indiquent que les tensions de rôle seraient positivement liées à l'intention de quitter des cadres de santé interrogés. Il est aussi intéressant de constater que l'intention de quitter serait aussi corrélée, significativement et positivement, avec le stress professionnel ($r = 0.542$; $p < 0.01$).

1.2 Analyse des corrélations entre les tensions de rôle et leurs antécédents

- *Analyse des corrélations avec les variables individuelles :*

Le deuxième tableau (Tableau 87) des corrélations indique que les tensions de rôle ont des corrélations significatives mais plutôt faibles (sauf pour la variable « *workaholisme* ») avec plusieurs variables individuelles étudiées.

Tableau 87 : Corrélations de Pearson avec les variables individuelles

	CR	CTQ	CTE	CFT	CTF	AR	AGE	SEXE	ENFC	HEB DO
Conflit de rôle (CR)	1									
Charge de travail Quantitative (CTQ)	,647**	1								
Charge de travail émotionnelle (CTE)	,160**	0,082	1							
Conflit famille-travail (CFT)	,170**	,255**	0,023	1						
Conflit travail-famille (CTF)	,466**	,614**	0,058	,438**	1					
Ambiguïté de rôle (AR)	,432**	,395**	-0,032	,231**	,298**	1				
Age (AGE)	-0,065	-0,062	-,111*	-,296**	-,162**	-,161**	1			
Sexe (SEXE)	-0,092	-0,008	,152**	-0,010	0,034	-0,047	0,071	1		
Nombre d'enfants à charge (ENFC)	0,034	0,026	,101*	,151**	,147**	0,020	-,268**	0,026	1	
Nombre d'heures travaillées (HEBDO)	,146**	,220**	0,011	0,021	,255**	0,037	0,007	-0,001	0,007	1
Workaholisme (WORK)	,518**	,656**	0,086	,273**	,691**	,220**	-,154**	0,042	0,049	,292**

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

– *L'âge et le sexe (AGE et SEXE) :*

En ce qui concerne la variable « âge », il y a des corrélations significatives avec certaines tensions de rôle étudiées. Plus précisément, l'âge est négativement corrélé avec la charge de travail émotionnelle ($r = - 0.111$; $p < 0.05$), avec le conflit famille-travail ($r = - 0.296$; $p < 0.01$), avec le conflit travail-famille ($r = - 0.162$; $p < 0.01$) et avec l'ambiguïté de rôle ($r = - 0.161$; $p < 0.01$). Il semblerait que plus les cadres de santé interrogés sont âgés, et moins ils perçoivent la charge de travail émotionnelle, le conflit travail-famille/famille-travail et l'ambiguïté de rôle. En ce qui concerne la variable « sexe », elle est corrélée (positivement) uniquement avec la charge de travail émotionnelle ($r = 0.152$; $p < 0.01$). Les femmes percevraient davantage ce type de tension de rôle.

– *Le nombre d'enfants à charge (ENFC) :*

En ce qui concerne la variable « enfants à charge », il existe des corrélations significatives et positives avec la charge de travail émotionnelle ($r = 0.101$; $p < 0.05$), avec le conflit famille-travail ($r = 0.151$; $p < 0.01$) et avec le conflit travail-famille ($r = 0.147$; $p < 0.01$). Il semblerait que plus les cadres de santé aient des enfants à charge et plus ils développeraient ce type de tensions de rôle.

– *Le temps de travail (HEBDO) :*

En ce qui concerne la variable « temps de travail », les résultats indiquent des corrélations significatives et positives avec le conflit de rôle ($r = 0.146$; $p < 0.01$), avec la charge de travail quantitative ($r = 0.220$; $p < 0.01$) et avec le conflit travail-famille ($r = 0.255$; $p < 0.01$). Il semblerait que la perception de ce type de tensions de rôle augmente avec le nombre d'heures hebdomadaires travaillées.

– *Le workaholisme (WORK) :*

En ce qui concerne la variable « workaholisme », les résultats indiquent des corrélations significatives et positives avec toutes les tensions de rôle étudiées, sauf la charge de travail émotionnelle. Plus précisément, il existe des corrélations significatives avec le conflit de rôle ($r = 0.518$; $p < 0.01$), avec la charge de travail quantitative ($r = 0.656$; $p < 0.01$), avec le conflit famille-travail ($r = 0.273$; $p < 0.01$), avec le conflit travail-famille ($r = 0.691$; $p <$

0.01) et avec l'ambiguïté de rôle ($r = 0.220$; $p < 0.01$). Il semblerait que la perception de ce type de tensions de rôle augmente avec le degré d'addiction au travail.

- *Analyse des corrélations avec les variables organisationnelles :*

Le troisième tableau (Tableau 88) des corrélations indique que certaines tensions de rôle ont des corrélations significatives avec les variables organisationnelles étudiées.

Tableau 88 : Corrélations de Pearson avec les variables organisationnelles

	CR	CTQ	CTE	CFT	CTF	AR
Conflit de rôle (CR)	1					
Charge de travail quantitative (CTQ)	,647**	1				
Charge de travail émotionnelle (CTE)	,160**	0,082	1			
Conflit famille-travail (CFT)	,170**	,255**	0,023	1		
Conflit travail-famille (CTF)	,466**	,614**	0,058	,438**	1	
Ambiguïté de rôle (AR)	,432**	,395**	-0,032	,231**	,298**	1
Etendue de contrôle (CONTRÔLE)	0,018	-0,030	,123**	-0,083	-0,030	-0,025
Etendue de subordination (SUBOR)	0,024	0,030	0,020	0,041	0,045	-0,015
Nouveau management public (NMP)	,549**	,491**	,194**	0,059	,325**	,164**

** . La corrélation est significative au niveau 0.01

* . La corrélation est significative au niveau 0.05

- *L'étendue de contrôle et de subordination (CONTROLE et SUBOR) :*

Concernant les étendues de contrôle et de subordination, les résultats n'indiquent aucune corrélation significative avec les tensions de rôle, si ce n'est entre l'étendue de contrôle et la charge de travail émotionnelle ($r = 0,123$; $p < 0.01$). Plus les cadres de santé auraient de personnel sous leur responsabilité et plus ils percevraient ce type de tension de rôle. Les cadres de santé qui ont une étendue de contrôle importante exercent dans des services de taille importante ou dans plusieurs services. Nous supposons que cela favorise le nombre de relations interpersonnelles et par conséquent la charge de travail émotionnelle.

- *La perception des changements liés au Nouveau Management Public (NMP) :*

Concernant la perception des changements liés au NMP, les résultats indiquent des corrélations significatives et positives avec tous les types de tensions de rôle étudiées, sauf

avec le conflit famille-travail. Plus précisément, il existe des corrélations significatives avec le conflit de rôle ($r = 0.549$; $p < 0.01$), avec la charge de travail quantitative ($r = 0.491$; $p < 0.01$), avec la charge de travail émotionnelle ($r = 0.194$; $p < 0.01$), avec le conflit travail-famille ($r = 0.325$; $p < 0.01$) et avec l'ambiguïté de rôle ($r = 0.164$; $p < 0.01$). Il semblerait que les cadres de santé développent d'autant plus ce type de tensions de rôle qu'ils perçoivent des changements liés au nouveau management public.

1.3 Analyse des corrélations avec les stratégies d'ajustement

- *Analyse des moyennes et des écart-types :*

Avant de débiter l'analyse des corrélations entre les variables modératrices (dimensions issues de l'analyse factorielle confirmatoire) et, d'une part, les tensions de rôle, et d'autre part, leurs effets directs, le tableau 89 présente les moyennes et écart-types relatifs à celles-ci.

Tableau 89 : Moyennes et écart-types des variables

Variable	Moyenne	Ecart-type	N
Charge de Travail Emotionnelle	3,51	1,08	445
Conflit de Rôle	3,40	0,68	445
Charge de Travail Quantitative	3,32	0,88	445
Conflit Travail Famille	2,82	1,13	445
Ambiguïté de Rôle	2,51	0,71	445
Conflit Famille Travail	1,73	0,76	445
RINT	3,95	0,67	445
SH	3,59	1,15	445
SC	3,58	0,94	445
SF	3,37	0,97	445
HUM	2,86	1,02	445
DC	1,76	0,81	445
REL	1,73	1,11	445
SUB	1,31	0,77	445
CIT	3,75	0,53	445
SP	2,83	0,99	445
IQ	2,14	1,03	445

L'analyse des moyennes de scores (échelonnés de 1 à 5), indiquent que les cadres de santé percevraient de manière plus importante la charge de travail émotionnelle (moyenne : 3,51), puis le conflit de rôle (moyenne : 3,40), puis la charge de travail quantitative (moyenne : 3,32), puis le conflit travail-famille (moyenne : 2,82), puis l'ambiguïté de rôle (moyenne : 2,51) et, enfin, le conflit famille-travail (moyenne : 1,73). Les moyennes indiquent aussi que

les cadres de santé utiliseraient davantage les stratégies de la réinterprétation positive, les soutiens de la hiérarchie et des collègues (moyennes entre 3,58 et 3,95), un peu moins le soutien familial (moyenne : 3,37) et l'humour (moyenne : 2,86) et très peu, voire pas du tout le désengagement comportemental (moyenne : 1,76), la religion (moyenne : 1,73) et l'utilisation de substances (moyenne : 1,31). Enfin, les cadres interrogés sembleraient ne pas être trop stressés (moyenne : 2,83), ne pas avoir trop l'intention de quitter leur métier (moyenne : 2,14) et plutôt avoir un comportement innovant au travail (moyenne : 3,75).

- *Analyse des corrélations :*

L'analyse des deux derniers tableaux de corrélations indique qu'il y a des corrélations significatives entre les stratégies d'ajustement et d'une part, les tensions de rôle (Tableau 90), et d'autre part, les effets directs des tensions de rôle (Tableau 91).

Tableau 90 : Corrélations de Pearson entre les tensions de rôle et les stratégies de Coping

	CR	CTQ	CTE	CFT	CTF	AR
Conflit de rôle (CR)	1					
Charge de travail quantitative (CTQ)	,647**	1				
Charge de travail émotionnelle (CTE)	,160**	0,082	1			
Conflit famille travail (CFT)	,170**	,255**	0,023	1		
Conflit travail famille (CTF)	,466**	,614**	0,058	,438**	1	
Ambiguïté de rôle (AR)	,432**	,395**	-0,032	,231**	,298**	1
Réinterprétation positive (RINT)	-,114*	-,203**	,123**	-,097*	-,196**	-,304**
Désengagement comportemental (DC)	,282**	,314**	-,114*	,263**	,293**	,253**
Utilisation de substances (SUB)	,158**	,208**	-0,037	,245**	,224**	,160**
Religion (REL)	-0,020	0,074	,132**	,139**	,115*	0,005
Humour (HUM)	-,126**	-,239**	0,044	-0,086	-,322**	-,223**
Soutien Familial (SF)	-0,005	-0,092	0,075	-,128**	-0,066	-0,053
Soutien Hiérarchie (SH)	-,301**	-,268**	,097*	-0,015	-,249**	-,371**
Soutien Collègues (SC)	-,239**	-,231**	,141**	-,097*	-,241**	-,321**

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Tableau 91 : Corrélations de Pearson entre les effets directs de tensions de rôle et les stratégies de *Coping*

	RINT	DC	SUB	REL	HUM	SF	SH	SC
Stress Professionnel (SP)	-,321**	,403**	,240**	0,063	-,367**	-0,022	-,354**	-,358**
Comportement innovant au travail (CIT)	,350**	-,197**	-,098*	0,032	,186**	0,071	,153**	,196**
Intention de quitter (IQ)	-,216**	,262**	,232**	-0,021	-,206**	0,060	-,305**	-,265**

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

– *Analyse des corrélations entre les stratégies d'ajustement et les tensions de rôle :*

En ce qui concerne le **conflit de rôle**, les résultats indiquent qu'il est corrélé significativement et négativement avec le soutien de la hiérarchie (- 0,301 ; $p < 0.01$), le soutien des collègues (- 0,239 ; $p < 0.01$), l'humour (- 0,126 ; $p < 0.01$) et la réinterprétation positive (- 0,114 ; $p < 0.05$). Par ailleurs, il est significativement et positivement corrélé au désengagement comportemental (0,282 ; $p < 0.01$) et à l'utilisation de substances (0,158 ; $p < 0.01$). La **charge de travail quantitative** est significativement et positivement corrélée au désengagement comportemental (0,314 ; $p < 0.01$) et à l'utilisation de substances (0,208 ; $p < 0.01$). Elle est significativement et négativement corrélée au soutien de la hiérarchie (- 0,268 ; $p < 0.01$), à l'humour (- 0,239 ; $p < 0.01$), au soutien des collègues (- 0,231 ; $p < 0.01$) et à la réinterprétation positive (- 0,203 ; $p < 0.01$). La **charge de travail émotionnelle** est significativement et positivement corrélée au soutien des collègues (0,141 ; $p < 0.01$), à la religion (0,132 ; $p < 0.01$), à la réinterprétation positive (0,123 ; $p < 0.01$) et au soutien de la hiérarchie (0,097 ; $p < 0.05$). Elle est aussi significativement et négativement corrélée au désengagement comportemental (- 0,114 ; $p < 0.05$). Le **conflit famille-travail** est significativement et positivement corrélé au désengagement comportemental (0,263 ; $p < 0.01$), à l'utilisation de substances (0,245 ; $p < 0.01$), à la religion (0,139 ; $p < 0.01$) et à la réinterprétation positive (0,097 ; $p < 0.05$). Il est aussi significativement et négativement corrélé au soutien de la famille (- 0,128 ; $p < 0.01$) et au soutien des collègues (- 0,097 ; $p < 0.05$). Le **conflit travail-famille** est significativement et négativement corrélé à l'humour (- 0,322 ; $p < 0.01$), au soutien de la hiérarchie (- 0,249 ; $p < 0.01$), au soutien des collègues (- 0,241 ; $p < 0.01$), et à la réinterprétation positive (- 0,196 ; $p < 0.01$). Il est aussi

significativement et positivement corrélé au désengagement comportemental (0,293 ; $p < 0.01$), à l'utilisation de substances (0,224 ; $p < 0.01$) et à la religion (0,115 ; $p < 0.05$). Enfin, **l'ambiguïté de rôle** est significativement et négativement corrélé au soutien de la hiérarchie (- 0,371 ; $p < 0.01$), au soutien des collègues (- 0,321 ; $p < 0.01$), à la réinterprétation positive (- 0,304 ; $p < 0.01$) et à l'humour (- 0,223 ; $p < 0.01$). Elle est aussi significativement et positivement corrélée au désengagement comportemental (0,253 ; $p < 0.01$) et à l'utilisation de substances (0,160 ; $p < 0.01$).

D'après ces résultats, nous pouvons conclure que trois stratégies d'ajustement étudiées (**la réinterprétation positive, le désengagement comportemental et le soutien des collègues**) ont des liens significatifs avec toutes les tensions de rôle. **Le soutien de la hiérarchie** est lié à toutes les tensions de rôle, sauf le conflit famille-travail. **L'utilisation de substances** est liée à toutes les tensions de rôle, sauf la charge de travail émotionnelle. **L'humour** est lié à toutes les tensions de rôle, sauf la charge de travail émotionnelle et le conflit famille-travail. **La religion** est uniquement liée à trois types de tension de rôle : la charge de travail émotionnelle, le conflit famille-travail et le conflit travail-famille. Enfin, seul **le soutien familial** est lié à un unique type de tension de rôle (le conflit famille-travail).

– *Analyse des corrélations entre les stratégies d'ajustement et les effets directs des tensions de rôle :*

En ce qui concerne le **stress professionnel**, les résultats indiquent qu'il est significativement et positivement corrélé au désengagement comportemental (0,403 ; $p < 0.01$) et à l'utilisation de substances (0,240 ; $p < 0.01$). Il est aussi significativement et négativement corrélé à l'humour (- 0,367 ; $p < 0.01$), au soutien des collègues (- 0,358 ; $p < 0.01$), au soutien de la hiérarchie (- 0,354 ; $p < 0.01$) et à la réinterprétation positive (- 0,321 ; $p < 0.01$). Concernant le **comportement innovant au travail**, il est significativement et positivement corrélé à la réinterprétation positive (0,350 ; $p < 0.01$), au soutien des collègues (0,196 ; $p < 0.01$), à l'humour (0,186 ; $p < 0.01$), et au soutien de la hiérarchie (0,153 ; $p < 0.01$). Il est aussi significativement et négativement corrélé au désengagement comportemental (- 0,197 ; $p < 0.01$) et à l'utilisation de substances (- 0,098 ; $p < 0.05$). Enfin, **l'intention de quitter** est significativement et négativement corrélée au soutien de la hiérarchie (- 0,305 ; $p < 0.01$), à la réinterprétation positive (- 0,216 ; $p < 0.01$) et à l'humour (- 0,206 ; $p < 0.01$). Elle est aussi

significativement et positivement corrélée au désengagement comportemental (0,262 ; $p < 0.01$) et à l'utilisation de substances (0,232 ; $p < 0.01$).

D'après ces résultats, nous pouvons conclure que les trois effets des tensions de rôle sur les quels nous nous sommes focalisés (stress professionnel, comportement innovant au travail et intention de quitter) ont des liens significatifs avec toutes les stratégies de *coping* étudiées, sauf la religion et le soutien familial.

2 Le test des hypothèses de recherche

Les tests des hypothèses de recherche vont s'organiser en trois temps. Nous débuterons avec les tests des hypothèses concernant les liens directs entre les tensions de rôle et leurs effets (H1, H2 et H3). Nous poursuivrons avec les tests des effets modérateurs des stratégies d'ajustement (H4, H5 et H6). Enfin, nous terminerons avec les tests des hypothèses concernant les antécédents (variables individuelles et organisationnelles) des tensions de rôle (H7et H8). Le tableau 92 récapitule l'ensemble des variables du modèle global.

Tableau 92 : Récapitulatif des variables du modèle global

Dénomination de la variable	Nature de la variable
Tensions de rôle : Conflit de rôle (CR) Conflit travail-famille (CTF) Conflit famille-travail (CFT) Ambiguïté de rôle (AR) Charge de travail quantitative (CTQ) Charge de travail émotionnelle (CTE)	Indépendante et dépendante Indépendante et dépendante Indépendante et dépendante Indépendante et dépendante Indépendante et dépendante Indépendante et dépendante
Effets des tensions de rôle : Stress professionnel (SP) Intention de quitter (IQ) Comportement innovant au travail (CIT)	Dépendante Dépendante Dépendante
Stratégies de coping : Soutien de la famille (SF) Soutien des collègues (SC) Soutien de la hiérarchie (SH) Réinterprétation positive (RINT) Désengagement comportemental (DC)	Modératrice Modératrice Modératrice Modératrice Modératrice

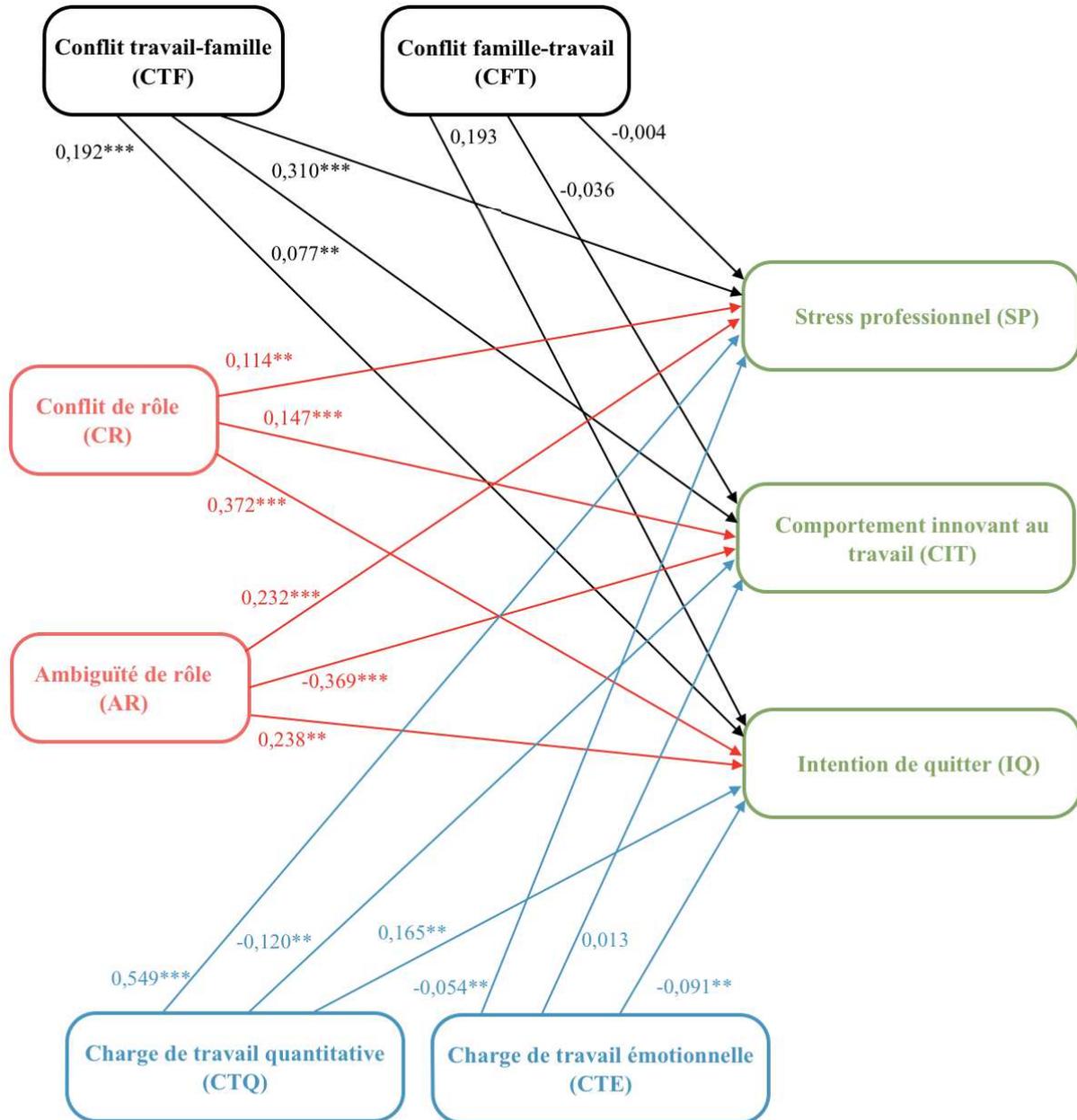
Utilisation de substances (SUBS) Religion (REL) Humour (HUM)	Modératrice Modératrice Modératrice
Caractéristiques individuelles : Age Sexe Nombre d'enfant à charge Temps de travail <i>Workaholisme</i>	Indépendante Indépendante Indépendante Indépendante Indépendante
Caractéristiques organisationnelles : Etendue de contrôle Etendue de subordination Perception des changements liés au NMP	Indépendante Indépendante Indépendante

2.1 Le test des relations directes entre les tensions de rôle et leurs effets

- *Test du modèle :*

Désormais, nous allons tester les hypothèses relatives aux liens directs entre les tensions de rôle et leurs effets. Pour cela, nous devons procéder au test du modèle. La figure 21 illustre les résultats de ces tests (cf. annexe 4 pour le schéma détaillé obtenu avec SPSS-AMOS).

Figure 21 : Test du modèle



*** p < 0,001

** p < 0,01

Les qualités d'ajustement de ce modèle sont présentées dans le tableau suivant (Tableau 93).

Tableau 93 : Qualité d'ajustement du modèle testé

Indice	Valeur obtenue	Critère d'acceptation
CMIN/DF	2,504	< 5
GFI	0,792	> 0,9
AGFI	0,768	> 0,8
RMSEA	0,058	< 0,08
NFI	0,767	> 0,9
CFI	0,845	> 0,9
CAIC	3357,877 < 8006,628	CAIC du modèle testé < CAIC du modèle saturé

Nous considérons que les indices d'ajustement sont acceptables. En effet, le Chi-deux ajusté au degré de liberté (CMIN/DF : 2,504), le CAIC et le RMSEA (0,058) respectent les critères d'acceptation. Par ailleurs, le GFI (0,792), l'AGFI (0,768), le NFI (0,767) et le CFI (0,845) s'en approchent. Nous pouvons donc procéder aux interprétations des estimations linéaires.

C'est la **régression linéaire multiple** qui nous permet de tester les hypothèses du modèle. La régression linéaire vise à expliquer une variable dépendante par une ou un ensemble de variables indépendantes quantitatives (Carricano et al., 2010). Elle permet d'analyser la relation entre la variable à expliquer mesurée sur une échelle d'intervalle ou de rapport et une (régression simple) ou plusieurs (régression multiple) variables explicatives mesurées sur une échelle d'intervalle ou de rapport (Gavard-Perret et al., 2008).

L'interprétation des résultats d'une régression s'effectue grâce à différents indices. Ici, nous examinons le **coefficient de régression** standardisé (compris entre - 1 et + 1) qui permet de comparer la contribution de chaque variable, ainsi que le **test t dont la valeur doit être plus grande que 1,96 pour être significative à $p < 0,05$** (Carricano et al., 2010). Les résultats sont présentés dans le tableau suivant (Tableau 94).

Tableau 94 : Résultats du modèle testé

Lien direct testé			Coefficient de régression	T de Student	P
CIT	<---	CFT	-,036	-,741	,459
CIT	<---	CTF	,077	2,896	,004
CIT	<---	CR	,147	4,194	***
CIT	<---	AR	-,369	-7,366	***
CIT	<---	CTQ	-,120	-3,081	,002
CIT	<---	CTE	,013	,659	,510
SP	<---	CFT	-,004	-,061	,951
IQ	<---	CFT	,193	1,911	,056
SP	<---	CTF	,310	7,856	***
IQ	<---	CTF	,192	3,530	***
SP	<---	CR	,114	2,678	,007
IQ	<---	CR	,372	5,173	***
SP	<---	AR	,232	4,683	***
IQ	<---	AR	,238	3,141	,002
SP	<---	CTQ	,549	7,884	***
IQ	<---	CTQ	,165	2,134	,033
SP	<---	CTE	-,054	-2,086	,037
IQ	<---	CTE	-,091	-2,163	,031

*** significatif pour $p < 0,001$

- *Analyse des résultats :*

- *Les hypothèses concernant le stress professionnel :*

Le tableau 95 résume les coefficients de régression linéaire qui vont permettre de valider les hypothèses relatives aux liens entre l'ensemble des tensions de rôle étudiées et le stress professionnel.

Tableau 95 : Coefficients de régression avec le stress professionnel

Variable explicative	Coefficient de régression	T de Student
Conflit de rôle (CR)	0,114**	2,678
Ambiguïté de rôle (AR)	0,232***	4,683
Conflit famille-travail (CFT)	- 0,004	- 0,061
Conflit travail-famille (CTF)	0,310***	7,856
Charge de travail quantitative (CTQ)	0,549***	7,884
Charge de travail émotionnelle (CTE)	-0,054**	- 2,086

*** $p < 0,001$

** $p < 0,01$

Le test t de Student révèle des liens significatifs (t de Student $> 1,96$ au seuil de 5%) entre le stress professionnel et toutes les tensions de rôle, excepté le conflit famille-travail (t de Student : - 0,061). **Par conséquent, l'hypothèse H1b est rejetée.**

H1b : Les conflits famille-travail sont positivement associés au stress professionnel des cadres de santé. (REJETEE)

Plus précisément, les résultats indiquent que le conflit de rôle est positivement associé (coefficient de régression : 0,114 ; $p < 0,01$) au stress professionnel et l'ambiguïté de rôle est positivement associée (coefficient de régression : 0,232 ; $p < 0,001$) au stress professionnel. De même, le conflit travail-famille est positivement associé (coefficient de régression : 0,310 ; $p < 0,001$) au stress professionnel et la charge de travail quantitative est positivement associée (coefficient de régression : 0,549 ; $p < 0,001$) au stress professionnel. En revanche, la charge de travail émotionnelle est négativement associée (coefficient de régression : - 0,054 ; $p < 0,01$) au stress professionnel. Par conséquent, les hypothèses H1a, H1c, H1d, et H1e sont validées, et l'hypothèse H1f est partiellement validée.

H1a : Les conflits de rôle sont positivement associés au stress professionnel des cadres de santé. (VALIDEE)

H1c : Les conflits travail-famille sont positivement associés au stress professionnel des cadres de santé. (VALIDEE)

H1d : Les ambiguïtés de rôle sont positivement associées au stress professionnel des cadres de santé. (VALIDEE)

H1e : La charge de travail quantitative est positivement associée au stress professionnel des cadres de santé. (VALIDEE)

H1f : La charge de travail émotionnelle est positivement associée au stress professionnel des cadres de santé. (PARTIELLEMENT VALIDEE)

En synthèse, cela signifie que le stress professionnel serait favorisé par la charge de travail quantitative, le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et le conflit travail-famille. Par ailleurs, la charge de travail émotionnelle diminuerait le stress. En revanche, le stress n'aurait aucun lien avec le conflit famille-travail développé par les cadres de santé.

– *Les hypothèses concernant l'intention de quitter :*

Le tableau 96 résume les coefficients de régression linéaire qui vont permettre de valider les hypothèses relatives aux liens entre l'ensemble des tensions de rôle étudiées et l'intention de quitter.

Tableau 96 : Coefficients de régression avec l'intention de quitter

Variable explicative	Coefficient de régression	T de Student
Conflit de rôle (CR)	0,372***	5,173
Ambiguïté de rôle (AR)	0,238**	3,141
Conflit famille-travail (CFT)	0,193	1,911
Conflit travail-famille (CTF)	0,192***	3,530
Charge de travail quantitative (CTQ)	0,165**	2,134
Charge de travail émotionnelle (CTE)	- 0,091**	- 2,163

*** $p < 0,001$

** $p < 0,01$

Le test t de Student révèle des liens significatifs (t de Student $> 1,96$ au seuil de 5%) entre l'intention de quitter et toutes les tensions de rôle, excepté le conflit famille-travail (t de Student : 1,911). **Par conséquent, l'hypothèse H2b est rejetée.**

H2b : Les conflits famille-travail sont positivement associés à l'intention de quitter des cadres de santé. (REJETEE)

Plus précisément, les résultats indiquent que le conflit de rôle est positivement associé (coefficient de régression : 0,372 ; $p < 0,001$) à l'intention de quitter. De même, l'ambiguïté de rôle est positivement associée (coefficient de régression : 0,238 ; $p < 0,01$) à l'intention de quitter. Le conflit travail-famille est positivement associé (coefficient de régression : 0,192 ; $p < 0,001$) à l'intention de quitter. La charge de travail quantitative est positivement associée (coefficient de régression : 0,165 ; $p < 0,01$) à l'intention de quitter. En revanche, la charge de travail émotionnelle est négativement associée (coefficient de régression : - 0,091 ; $p < 0,01$) à l'intention de quitter. Par conséquent, les hypothèses H2a, H2c, H2d et H2e sont validées et l'hypothèse H2f est partiellement validée.

H2a : Les conflits de rôle sont positivement associés à l'intention de quitter des cadres de santé. (VALIDEE)

H2c Les conflits travail-famille sont positivement associés à l'intention de quitter des cadres de santé. (VALIDEE)

H2d : Les ambiguïtés de rôle sont positivement associées à l'intention de quitter des cadres de santé. (VALIDEE)

H2e : La charge de travail quantitative est positivement associée à l'intention de quitter des cadres de santé. (VALIDEE)

H2f : La charge de travail émotionnelle est positivement associée à l'intention de quitter des cadres de santé. (PARTIELLEMENT VALIDEE)

En synthèse, cela signifie que l'intention de quitter serait favorisée par le conflit de rôle, le conflit travail-famille, l'ambiguïté de rôle et la charge de travail quantitative. Par ailleurs, l'intention de quitter diminuerait quand la charge de travail émotionnelle augmenterait. En revanche, l'intention de quitter n'aurait aucun lien avec le conflit famille-travail.

– *Les hypothèses concernant le comportement innovant au travail :*

Le tableau 97 résume les coefficients de régression linéaire qui vont permettre de valider les hypothèses relatives aux liens entre l'ensemble des tensions de rôle étudiées et le comportement innovant au travail.

Tableau 97 : Coefficients de régression avec le comportement innovant au travail

Variable explicative	Coefficient de régression	T de Student
Conflit de rôle (CR)	0,147***	4,194
Ambiguïté de rôle (AR)	- 0,369***	-7,366
Conflit famille-travail (CFT)	- 0,036	-0,741
Conflit travail-famille (CTF)	0,077**	2,896
Charge de travail quantitative (CTQ)	- 0,120**	- 3,081
Charge de travail émotionnelle (CTE)	0,013	0,659

*** $p < 0,001$

** $p < 0,01$

Le test t de Student révèle des liens significatifs (t de Student $> 1,96$ au seuil de 5%) entre le comportement innovant au travail et le conflit de rôle (t de Student : 4,194), l'ambiguïté de rôle (t de Student : - 7,366), le conflit travail-famille (t de Student : 2,896), et la charge de travail quantitative (t de Student : - 3,081). En revanche, il n'y pas de lien significatif avec le conflit famille-travail (t de Student : - 0,741) et la charge de travail émotionnelle (t de Student : 0,659). **Par conséquent, les hypothèses H3b et H3f sont rejetées.**

H3b : Les conflits famille-travail sont positivement associés au comportement innovant au travail des cadres de santé. (REJETEE)

H3f : La charge de travail émotionnelle est positivement associée au comportement innovant au travail des cadres de santé. (REJETEE)

Plus précisément, les résultats indiquent que le conflit de rôle (coefficient de régression : 0,147 ; $p < 0,001$) et le conflit travail-famille (coefficient de régression : 0,077 $p < 0,01$) sont positivement associés au comportement innovant au travail. En revanche, l'ambiguïté de rôle

(coefficient de régression : - 0,369 $p < 0,001$) et la charge de travail quantitative (coefficient de régression : - 0,120 ; $p < 0,01$) sont négativement associées au comportement innovant au travail. **Par conséquent, l'hypothèse H3a et H3c sont validées, et les hypothèses H3d et H3e sont partiellement validées.**

H3a : Les conflits de rôle sont positivement associés au comportement innovant au travail des cadres de santé. (VALIDEE)

H3c : Les conflits travail-famille sont positivement associés au comportement innovant au travail des cadres de santé. (VALIDEE)

H3d : Les ambiguïtés de rôle sont positivement associées comportement innovant au travail des cadres de santé. (PARTIELLEMENT VALIDEE)

H3e : La charge de travail quantitative est positivement associée au comportement innovant au travail des cadres de santé. (PARTIELLEMENT VALIDEE)

En synthèse, cela signifie que le comportement innovant au travail serait favorisé par le conflit de rôle et le conflit travail-famille. Par ailleurs, le comportement innovant au travail diminuerait quand l'ambiguïté de rôle et la charge de travail quantitative augmenteraient. En revanche, le comportement innovant au travail n'aurait aucun lien avec le conflit famille-travail et la charge de travail émotionnelle développés par les cadres de santé.

Le tableau 98 résume les résultats obtenus sur les hypothèses mettant en lien les tensions de rôle et leurs effets. Il permet de constater que sur les 18 hypothèses posées, 10 sont validées, 4 sont rejetées par manque de lien significatif, et 4 sont partiellement validées car les relations sont négatives au lieu d'être positives comme il avait été supposé. Plus précisément, les données collectées lors de cette étude confirmatoire révèlent que **le stress des cadres de santé serait favorisé par le conflit de rôle, le conflit travail-famille, l'ambiguïté de rôle et la charge de travail quantitative. En revanche, le stress des cadres de santé serait atténué par la charge de travail émotionnelle. Elles révèlent aussi que l'intention de quitter des cadres de santé serait favorisée par le conflit de rôle, le conflit travail-famille, l'ambiguïté de rôle et la charge de travail quantitative. En revanche, l'intention de quitter serait atténuée par la charge de travail émotionnelle. Enfin, le comportement innovant des cadres de santé serait favorisé par le conflit de rôle et le conflit travail-famille, et il serait atténué par l'ambiguïté de rôle et la charge de travail quantitative.**

Tableau 98 : Résumé des résultats sur les hypothèses relatives aux liens directs avec les tensions de rôle

Hyp.	Liens directs	Coeff. Régres.	Résultat
H1a	Conflit de rôle – Stress professionnel	0,114**	Validée
H1b	Conflit famille-travail – Stress professionnel	-	Rejetée
H1c	Conflit travail-famille – Stress professionnel	0,310***	Validée
H1d	Ambiguïté de rôle – Stress professionnel	0,232***	Validée
H1e	Charge de travail quantitative – Stress professionnel	0,549***	Validée
H1f	Charge de travail émotionnelle – Stress professionnel	- 0,054**	Partiellement validée
H2a	Conflit de rôle – Intention de quitter	0,372***	Validée
H2b	Conflit famille-travail – Intention de quitter	-	Rejetée
H2c	Conflit travail-famille – Intention de quitter	0,192***	Validée
H2d	Ambiguïté de rôle – Intention de quitter	0,238**	Validée
H2e	Charge de travail quantitative – Intention de quitter	0,165**	Validée
H2f	Charge de travail émotionnelle – Intention de quitter	- 0,091**	Partiellement validée
H3a	Conflit de rôle – Comportement innovant	0,147***	Validée
H3b	Conflit famille-travail – Comportement innovant	-	Rejetée
H3c	Conflit travail-famille – Comportement innovant	0,077**	Validée
H3d	Ambiguïté de rôle – Comportement innovant	- 0,369***	Partiellement validée
H3e	Charge de travail quantitative – Comportement innovant	- 0,120**	Partiellement validée
H3f	Charge de travail émotionnelle – Comportement innovant	-	Rejetée

*** $p < 0,001$

** $p < 0,01$

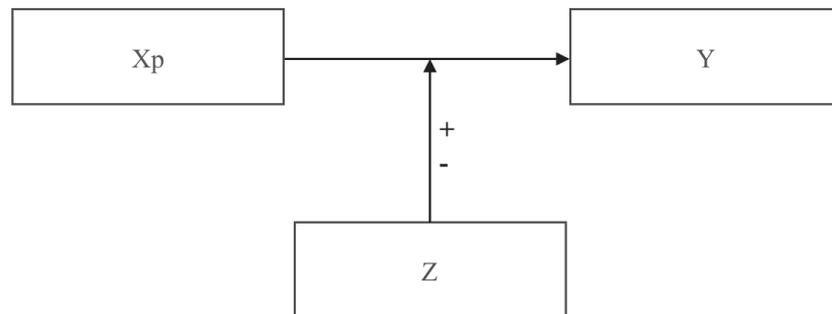
2.2 Le test des effets modérateurs des stratégies d'ajustement

Les variables modératrices sont des variables qui interviennent entre une variable indépendante et une variable dépendante, en agissant sur leur relation (Roussel et Wacheux, 2005). Elles modifient la grandeur, l'intensité, le sens et/ou la forme de l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante (Sharma, Durand et Gur-Arie, 1981). Selon Baron et Kenny (1986), une variable modératrice est « *une variable qualitative ou quantitative qui influe sur la direction et/ou la force de la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante (...). Un effet modérateur élémentaire peut être représenté par une interaction entre une variable indépendante principale et un facteur qui spécifie les conditions appropriées de son impact sur la variable dépendante* ». En général, la variable modératrice agit en interaction avec la variable indépendante pour influencer la variable dépendante (Roussel et Wacheux, 2005). Dans notre recherche, nous étudions le rôle modérateur des stratégies d'ajustements, qui, nous supposons, diminuent le stress professionnel et l'intention de quitter engendrés par les tensions de rôle, et augmentent le comportement innovant au travail liés aux tensions de rôle.

Selon Sharma et al. (1981), il y a différents types de variables modératrices : les **variables d'homogénéisation** influent sur l'intensité de la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante, sans être significativement reliées à aucune de ces variables, et sans interagir avec la variable indépendante ; les **variables quasi modératrices** influent sur la variable dépendante et interagissent avec la variable indépendante ; les **variables modératrices pures** n'ont aucun lien direct avec la variable dépendante et interagissent avec la variable indépendante.

La figure 22 illustre l'effet de la variable modératrice (Z) sur la relation entre la variable indépendante (X) et la variable dépendante (Y). Le rôle modérateur de la variable Z correspond à un effet d'interaction représenté généralement par le produit ($Xp*Z$) qui devrait avoir un effet significatif sur Y (Saunders, 1956 ; Zedeck, 1971). Le terme ($Xp*Z$) désigne l'effet non linéaire des variables indépendantes sur la variable dépendante (Roussel et Wacheux, 2005).

Figure 22 : Les effets des variables modératrices (dans Roussel et Wacheux, 2005)



Il existe plusieurs méthodes pour tester le rôle modérateur d'une variable : les analyses de variance (ANOVA), les analyses multi-groupes, les régressions multiples hiérarchiques... (Aiken et West, 1991). L'analyse de variance est utilisée pour des variables indépendante et modératrice catégoriques (exemple : le sexe), et n'est pas adaptée aux variables ordinales et continues (Aguinis, 1995 ; Baron et Kenny, 1986). L'analyse multi-groupes se fait par une dichotomisation des variables modératrices quand celles-ci sont continues ou ordinales. Ce qui peut entraîner une perte d'information importante (Roussel et Wacheux, 2005). La « régression multiple modérée » est une méthode de régression multiple hiérarchique développée et adaptée à l'analyse des effets d'interaction (Aiken et West, 1991 ; Jaccard, Turrisi et Wan, 1990 ; Saunders, 1956 ; Zedeck, 1971). Pour analyser l'effet modérateur d'une variable Z sur la relation entre une variable indépendante X_p et une variable dépendante Y , le produit de deux variables ($X_p * Z$), qui représente l'effet non linéaire d'interaction, est calculé. On exécute alors la procédure de régression du modèle suivant :

$$Y = a + b_1 X_p + b_2 Z + b_3 X_p * Z$$

Le rôle modérateur de Z est établi si le coefficient b_3 est statistiquement significatif.

Pour vérifier le rôle modérateur des stratégies d'ajustement dans la relation entre les tensions de rôle et leurs effets (stress professionnel, intention de quitter, comportement innovant au travail), nous allons tester les effets d'interaction potentiels à l'aide de régression hiérarchiques. Pour ce faire, nous créons un effet d'interaction entre les prédicteurs et les modérateurs. Préalablement, pour éviter les problèmes de multi colinéarité, chaque variable est centrée à la moyenne.

Les tests des effets d'interaction sont réalisés avec la macro « PROCESS »⁷¹ pour SPSS de Hayes (2013), permettant 2000 répliques générées par la méthode du *bootstrap* et générant des intervalles de confiance pour chaque coefficient de régression. Ces tests concernent **l'effet modérateur des 8 stratégies d'ajustement conservées à l'issue de l'AFC**, soit : **la réinterprétation positive (RINT), le désengagement comportemental (DC), l'utilisation de substances (SUBS), la religion (REL), l'humour (HUM), le soutien de la famille (SF), le soutien de la hiérarchie (SH) et le soutien des collègues (SC)**. Il s'agit alors de tester l'effet modérateur de chacune de ces variables sur les relations significatives (positives ou négatives) déjà testées entre les tensions de rôle (variables indépendantes) et leurs effets (variables dépendantes) : stress professionnel, intention de quitter et comportement innovant.

- *Tests de modération sur la relation entre tensions de rôle et stress professionnel :*

Pour rappel, en ce qui concerne les relations entre les tensions de rôle et le stress professionnel, **cinq liens directs significatifs ont été démontrés** :

- *Entre le conflit de rôle (CR) et le stress professionnel (SP) (relation positive, coefficient de régression : 0,114),*
- *Entre le conflit travail-famille (CTF) et le stress professionnel (SP) (relation positive, coefficient de régression : 0,310),*
- *Entre l'ambiguïté de rôle (AR) et le stress professionnel (SP) (relation positive, coefficient de régression : 0,232),*
- *Entre la charge de travail quantitative (CTQ) et le stress professionnel (SP) (relation positive, coefficient de régression : 0,549),*
- *Entre la charge de travail émotionnelle (CTE) et le stress professionnel (SP) (relation négative, coefficient de régression : - 0,054).*

L'effet d'interaction entre les prédicteurs (tensions de rôle) et les modérateurs (stratégies d'ajustement) est testé sur chacun de ces liens directs (soit 40 tests différents). Seuls les effets d'interaction significatifs sont présentés dans le tableau 99 (l'ensemble des résultats est présenté en annexe 5).

⁷¹ « PROCESS » version 2.12, released 14 June 2014, in Hayes A.F. (2013), *Introduction to mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*, New-York, NY: Guilford Press.

Tableau 99 : Effets d'interaction significatifs entre les tensions de rôle et les stratégies de coping sur le stress professionnel

Variable explicative	Variable modératrice	Coeff. Régres.	T de Student	p	Intervalle de confiance
Conflit de rôle	Humour	-0,0768	-2,1087	0,0355	-0,1484 ; -0,0052
Conflit travail-famille	Religion	0,0794	2,1701	0,0305	0,0075 ; 0,1513
Ambiguïté de rôle	Utilisation de substances	-0,0841	-2,1973	0,0285	-0,1593 ; -0,0089
Charge de travail quantitative	Réinterprétation positive	-0,0722	-2,1102	0,0354	-0,1394 ; -0,0050
Charge de travail quantitative	Humour	-0,0819	-2,4617	0,0142	-0,1473 ; -0,0165
Charge de travail émotionnelle	Soutien des collègues	0,0977	2,2343	0,0260	0,0118 ; 0,1836

L'analyse des résultats montre des effets modérateurs dans six cas. **La réinterprétation positive** semble diminuer le stress professionnel engendré par la charge de travail quantitative des cadres de santé (coefficient de régression : $-0,0722$; $p < 0,05$). **L'humour** semble diminuer le stress professionnel provoqué par le conflit de rôle (coefficient de régression : $-0,0768$; $p < 0,05$) et par la charge de travail quantitative (coefficient de régression : $-0,0819$; $p < 0,05$). Par ailleurs, **l'utilisation de substances** semble diminuer le stress professionnel engendré par l'ambiguïté de rôle (coefficient de régression : $-0,0841$; $p < 0,05$). Le **soutien des collègues** semble accentuer la diminution du stress professionnel engendré par la charge de travail émotionnelle (coefficient de régression : $0,0977$; $p < 0,05$). En revanche, la **religion** semble augmenter le stress professionnel engendré par le conflit travail-famille (coefficient de régression : $0,0794$; $p < 0,05$).

Au vu de ces résultats (Tableau 100), nous pouvons valider les hypothèses H4a, H4c et H4e, et partiellement valider les hypothèses H4d et H4g, en précisant le type de tensions de rôle. En l'absence d'effet modérateur, les autres hypothèses H4b, H4f et H4h sont rejetées.

Tableau 100 : Résultats des effets modérateurs des stratégies d’ajustement sur la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel

Code	Validation	Hypothèse
H4a	Validée	La réinterprétation positive modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car elle diminue le stress professionnel engendré par <i>la charge de travail quantitative</i> .
H4b	Rejetée	Le désengagement comportemental modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car il diminue le stress professionnel engendré par les tensions de rôle.
H4c	Validée	L’utilisation de substances modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car elle diminue le stress professionnel engendré par l’ambiguïté de rôle.
H4d	Partiellement validée	La religion modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car elle diminue le stress professionnel engendré par <i>le conflit travail-famille</i> .
H4e	Validée	L’humour modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car il diminue le stress professionnel engendré par <i>le conflit de rôle et la charge de travail quantitative</i> .
H4f	Rejetée	Le soutien familial modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car il diminue le stress professionnel engendré par les tensions de rôle.
H4g	Partiellement validée	Le soutien des collègues modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car il diminue le stress professionnel engendré par <i>la charge de travail émotionnelle</i> .
H4h	Rejetée	Le soutien de la hiérarchie modère la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel, car il diminue le stress professionnel engendré par les tensions de rôle.

Les tests démontrent d’autres résultats qu’il est important de souligner. En effet, si les tests de modération permettent d’affirmer que cinq types de stratégies modèrent la relation entre les tensions de rôle et le stress, ils permettent aussi de noter que certaines stratégies d’ajustement ont un effet direct significatif sur le stress des cadres de santé interrogés. La **réinterprétation positive** (coefficient de régression : -0,2070 ; $p < 0,001$), **l’humour** (coefficient de régression : -0,1929 ; $p < 0,001$), le **soutien des collègues** (coefficient de régression : -0,2231 ; $p < 0,001$) et le **soutien de la hiérarchie** (coefficient de régression : -0,2195 ; $p < 0,001$), semblent agir en diminuant le stress professionnel des cadres de santé. En revanche **l’utilisation de substances** (coefficient de régression : 0,1323 ; $p < 0,01$) et le **désengagement comportemental** (coefficient de régression : 0,2356 ; $p < 0,001$) semblent agir en augmentant le stress professionnel des cadres de santé.

- *Tests de modération sur la relation entre tensions de rôle et intention de quitter :*

Pour rappel, en ce qui concerne les relations entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, **cinq liens directs significatifs ont été démontrés :**

- *Entre le conflit de rôle (CR) et l'intention de quitter (IQ) (relation positive, coefficient de régression : 0,372),*
- *Entre le conflit travail-famille (CTF) et l'intention de quitter (IQ) (relation positive, coefficient de régression : 0,192),*
- *Entre l'ambiguïté de rôle (AR) et l'intention de quitter (IQ) (relation positive, coefficient de régression : 0,238),*
- *Entre la charge de travail quantitative (CTQ) et l'intention de quitter (IQ) (relation positive, coefficient de régression : 0,165)*
- *Entre la charge de travail émotionnelle (CTE) et l'intention de quitter (IQ) (relation négative, coefficient de régression : - 0,091).*

L'effet d'interaction entre les prédicteurs (tensions de rôle) et les modérateurs (stratégies d'ajustement) est testé sur chacun de ces liens directs (soit 40 tests différents). Seuls les effets d'interaction significatifs sont présentés dans le tableau 101 (l'ensemble des résultats est présenté en annexe 6).

Tableau 101 : Effets d'interaction significatifs entre les tensions de rôle et les stratégies de coping sur l'intention de quitter

Variable explicative	Variable modératrice	Coeff. Régres.	T de Student	p	Intervalle de confiance
Charge de travail émotionnelle	Soutien de la famille	0,1002	2,2060	0,0279	0,0109 ; 0,1895
Charge de travail émotionnelle	Soutien des collègues	0,0885	1,9701	0,0494	0,0002 ; 0,1768
Charge de travail quantitative	Humour	-0,1078	-2,5364	0,0115	-0,1913 ; -0,0243
Charge de travail émotionnelle	Soutien de la hiérarchie	0,0999	2,3218	0,0207	0,0153 ; 0,1845
Ambiguïté de rôle	Humour	-0,0846	-2,0222	0,0438	-0,1669 ; -0,0024
Conflit travail-famille	Utilisation de substances	0,1093	2,4208	0,0159	0,0206 ; 0,1980
Conflit travail-famille	Humour	-0,1083	-2,6154	0,0092	-0,1896 ; -0,0269

L'analyse des résultats montre des effets modérateurs dans sept cas. Le **soutien de la famille** (coefficient de régression : 0,1012 ; $p < 0,05$) et le **soutien des collègues** (coefficient de régression : 0,0885 ; $p < 0,05$) semblent augmenter la diminution de l'intention de quitter engendrée par la charge de travail émotionnelle des cadres de santé. De même, le **soutien de la hiérarchie** semble augmenter (coefficient de régression : 0,0999 ; $p < 0,05$) la diminution de l'intention de quitter favorisée par la charge de travail émotionnelle. **L'humour** semble diminuer l'intention de quitter provoquée par la charge de travail quantitative (coefficient de régression : $-0,1078$; $p < 0,05$), par l'ambiguïté de rôle (coefficient de régression : $-0,0846$; $p < 0,05$) et par le conflit travail-famille (coefficient de régression : $-0,1083$; $p < 0,01$). Enfin, **l'utilisation de substances** semble augmenter l'intention de quitter engendrée par le conflit travail-famille (coefficient de régression : 0,1093 ; $p < 0,05$). Au vu de ces résultats (Tableau 102), nous pouvons valider l'hypothèse H5e et partiellement valider les hypothèses H5c, H5f, H5g et H5h en précisant le type de tensions de rôle. En l'absence d'effet modérateur, les autres hypothèses H5a, H5b et H5d sont rejetées.

Tableau 102 : Résultats des effets modérateurs des stratégies d'ajustement sur la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter

Code	Validation	Hypothèse
H5a	Rejetée	La réinterprétation positive modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car elle diminue l'intention de quitter engendrée par les tensions de rôle.
H5b	Rejetée	Le désengagement comportemental modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car il diminue l'intention de quitter engendrée par les tensions de rôle.
H5c	Partiellement validée	L'utilisation de substances modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car elle diminue l'intention de quitter engendrée par le <i>conflit travail-famille</i> .
H5d	Rejetée	La religion modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car elle diminue l'intention de quitter engendrée par les tensions de rôle.
H5e	Validée	L'humour modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car il diminue l'intention de quitter engendrée par le <i>conflit travail-famille</i> , l' <i>ambiguïté de rôle</i> et la <i>charge de travail quantitative</i> .
H5f	Partiellement validée	Le soutien familial modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car il diminue l'intention de quitter engendrée par la <i>charge de travail émotionnelle</i> .

H5g	Partiellement validée	Le soutien des collègues modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car il diminue l'intention de quitter engendrée par <i>la charge de travail émotionnelle</i> .
H5h	Partiellement validée	Le soutien de la hiérarchie modère la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, car il diminue l'intention de quitter engendrée par <i>la charge de travail émotionnelle</i> .

Les tests démontrent d'autres résultats (précisés et détaillés en annexe) qu'il est important de souligner. En effet, si les tests de modération permettent d'affirmer que cinq types de stratégies modèrent la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter, ils permettent aussi de noter que certaines stratégies d'ajustement ont un effet direct significatif sur l'intention de quitter des cadres de santé interrogés. La **réinterprétation positive** (coefficient de régression : -0,1406 ; $p < 0,01$), l'**humour** (coefficient de régression : -0,1246 ; $p < 0,01$), le **soutien des collègues** (coefficient de régression : -0,2096 ; $p < 0,001$) et le **soutien de la hiérarchie** (coefficient de régression : -0,2376 ; $p < 0,001$), semblent agir en diminuant l'intention de quitter des cadres. En revanche, l'**utilisation de substances** (coefficient de régression : 0,1995 ; $p < 0,001$) et le **désengagement comportemental** (coefficient de régression : 0,2544 ; $p < 0,001$) semblent agir en augmentant l'intention de quitter des cadres de santé.

- *Tests de modération sur la relation entre tensions de rôle et comportement innovant au travail :*

Pour rappel, en ce qui concerne les relations entre les tensions de rôle et le comportement innovant, **quatre liens directs significatifs ont été démontrés :**

- *Entre le conflit de rôle (CR) et le comportement innovant au travail (CIT) (relation positive, coefficient de régression : 0,147),*
- *Entre le conflit travail-famille (CTF) et le comportement innovant au travail (CIT) (relation positive, coefficient de régression : 0,077),*
- *Entre l'ambiguïté de rôle (AR) et le comportement innovant au travail (CIT) (relation négative, coefficient de régression : - 0,369),*
- *Entre la charge de travail quantitative (CTQ) et le comportement innovant au travail (CIT) (relation négative, coefficient de régression : - 0,120).*

L'effet d'interaction entre les prédictors (tensions de rôle) et les modérateurs (stratégies d'ajustement) est testé sur chacun de ces liens directs (soit 32 tests différents). Seuls les effets d'interaction significatifs sont présentés dans le tableau 103 (l'ensemble des résultats est présenté en annexe 7).

Tableau 103 : Effets d'interaction significatifs entre les tensions de rôle et les stratégies de coping sur le comportement innovant au travail

Variable explicative	Variable modératrice	Coeff. Régres.	T de Student	p	Intervalle de confiance
Conflit travail-famille	Soutien de la hiérarchie	-0,1005	-2,1418	0,0328	-0,1928 ; -0,0083
Ambiguïté de rôle	Désengagement comportemental	-0,0865	-2,1494	0,0321	-0,1656 ; -0,0074

L'analyse des résultats montre des effets modérateurs dans seulement deux cas. Le **soutien de la hiérarchie** (coefficient de régression : -0,1005 ; $p < 0,05$) semble diminuer le comportement innovant engendré par le conflit travail-famille. Par ailleurs, le **désengagement comportemental** semble accentuer la diminution du comportement innovant engendré par l'ambiguïté de rôle (coefficient de régression : -0,0865 ; $p < 0,05$).

Au vu de ces résultats (Tableau 104), nous pouvons partiellement valider les hypothèses H6b et H6h, en précisant le type de tensions de rôle. En l'absence d'effet modérateur, les autres hypothèses H6a, H6c, H6d, H6e, H6f et H6g sont rejetées.

Tableau 104 : Résultats des effets modérateurs des stratégies d'ajustement sur la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail

Code	Validation	Hypothèse
H6a	Rejetée	La réinterprétation positive modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant, car elle augmente le comportement innovant engendré par les tensions de rôle.
H6b	Partiellement validée	Le désengagement comportemental modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant, car il augmente le comportement innovant engendré par le <i>conflit travail-famille</i> .
H6c	Rejetée	L'utilisation de substances modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant, car elle augmente le comportement innovant engendré par les tensions de rôle.

H6d	Rejetée	La religion modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant, car elle augmente le comportement innovant engendré par les tensions de rôle.
H6e	Rejetée	L'humour modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant, car il augmente le comportement innovant engendré par les tensions de rôle.
H6f	Rejetée	Le soutien familial modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant, car il augmente le comportement innovant engendré par les tensions de rôle.
H6g	Rejetée	Le soutien des collègues modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant, car il augmente le comportement innovant engendré par les tensions de rôle.
H6h	Partiellement validée	Le soutien de la hiérarchie modère la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant, car il augmente le comportement innovant engendré par <i>l'ambiguïté de rôle</i> .

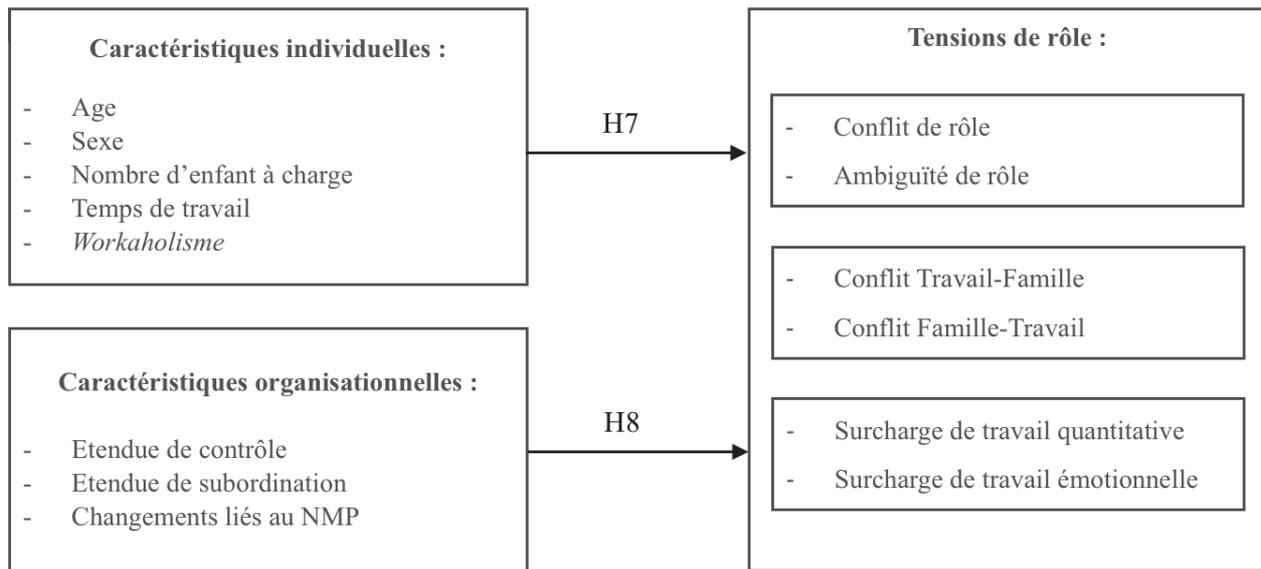
Les tests démontrent d'autres résultats (précisés et détaillés en annexe) qu'il est important de souligner. En effet, si les tests de modération ne permettent pas d'affirmer que deux stratégies d'ajustement modèrent la relation entre les tensions de rôle et le comportement innovant, ils permettent de noter que plusieurs stratégies d'ajustement ont un effet direct significatif sur le comportement innovant au travail des cadres de santé interrogés. La **réinterprétation positive** (coefficient de régression : 0,3655 ; $p < 0,001$), **l'humour** (coefficient de régression : 0,1920 ; $p < 0,01$), le **soutien des collègues** (coefficient de régression : 0,2091 ; $p < 0,01$) et le **soutien de la hiérarchie** (coefficient de régression : 0,1962 ; $p < 0,01$), semblent agir en augmentant le comportement innovant des cadres. En revanche, **l'utilisation de substances** (coefficient de régression : -0,1479 ; $p < 0,01$) et le **désengagement comportemental** (coefficient de régression : -0,2398 ; $p < 0,01$) semblent agir en diminuant le comportement innovant des cadres de santé.

Les résultats sur les effets modérateurs des stratégies de *coping*, ainsi que ceux concernant les effets directs significatifs des stratégies d'ajustement sur le stress, l'intention de quitter et le comportement innovant, seront analysés et discutés plus précisément dans la prochaine section.

2.3 Le test des hypothèses avec les antécédents des tensions de rôle

Nous allons désormais tester les hypothèses concernant les antécédents des tensions de rôle, soient les caractéristiques individuelles (l'âge, le sexe, le nombre d'enfants à charge, le temps de travail et le *workaholisme*) et les caractéristiques organisationnelles (l'étendue de contrôle, l'étendue de subordination et les changements liés au nouveau management public).

Figure 23 : Illustration des hypothèses liées aux antécédents des tensions de rôle



En fonction du type d'échelle utilisée pour mesurer les variables explicatives, deux méthodes d'analyse serviront pour réaliser ces tests. Quand il s'agira de variables catégorielles, nous utiliserons **une analyse uni-variée de la variance ANOVA** (ANalysis Of VAriance) à un facteur. Quand il s'agira d'échelles métriques, nous réaliserons une **régression linéaire simple**.

L'analyse de variance ANOVA est une méthode d'analyse qui a pour objectif d'examiner et d'interpréter les différences de moyennes observées entre plusieurs groupes pour une même variable (Carricano et al., 2010). Dans le cadre d'un modèle linéaire, où une variable quantitative est expliquée par une variable qualitative, elle permet de « *comparer les moyennes empiriques de la variable quantitative observées pour chaque modalité (encore appelée niveau) des variables qualitatives (encore appelés facteurs)* » (Carricano et al., 2010). Il s'agira alors de tester l'hypothèse nulle d'égalité des moyennes grâce à une

technique d'extension du test t pour deux échantillons indépendants. **L'hypothèse nulle est testée par le test F avec le logiciel SPSS.** Plus la valeur de la signification du test F est petite, plus la preuve est forte contre l'hypothèse nulle d'égalité des moyennes de la variable dépendante selon la variable indépendante. Si l'hypothèse est rejetée, la variable indépendante a bien un effet sur la variable dépendante. Dans ce cas, il faut réaliser un test de comparaisons multiples (« *test post hoc* ») pour examiner les différences entre les modalités (quand les modalités sont supérieures à 3). Ici, nous utiliserons, si besoin, le test de Duncan qui compare des moyennes deux à deux, suit un ordre pas à pas et utilise la statistique d'intervalle studentisé (Carricano et al., 2010).

Les tests vont se dérouler en deux étapes. D'abord, nous testerons l'influence des antécédents individuels (âge, sexe, nombre d'enfants à charge, nombre d'heures travaillées et *workaholisme*) sur les tensions de rôle. Ensuite nous testerons l'influence des antécédents organisationnels (étendue de contrôle, étendue de subordination et changements liés au nouveau management public) sur les tensions de rôle. A chaque étape, nous testerons l'influence des antécédents sur chacune des tensions de rôle étudiées (conflit de rôle, ambiguïté de rôle, conflit famille-travail/travail-famille, charge de travail quantitative et charge de travail émotionnelle).

- *Tests sur les antécédents individuels :*
 - *Test de l'influence de l'âge :*

Pour tester l'influence de l'âge (mesuré avec une échelle catégorielle) sur les tensions de rôle, nous réalisons une analyse de variance avec le logiciel SPSS. Les résultats de l'ANOVA présentés dans le tableau 105 révèlent que l'âge a une influence significative ($p < 0,05$) sur la charge de travail quantitative, le conflit famille-travail et le conflit travail-famille.

Tableau 105 : ANOVA à un facteur (âge)

Tensions de rôle	F	p
Conflit de rôle	1,165	0,324
Charge de travail quantitative	2,124	0,049
Charge de travail émotionnelle	1,420	0,205
Conflit famille-travail	10,749	0,000
Conflit travail-famille	4,012	0,001
Ambiguïté de rôle	1,281	0,265

Les tests de Duncan (voir annexes) montre qu'au seuil de 5% :

- La modalité « 31-35 ans » est supérieure aux autres pour la charge de travail quantitative,
- La modalité « 36-40 ans » est supérieure aux autres pour le conflit famille-travail,
- La modalité « 36-40 ans » est supérieure aux autres pour le conflit travail-famille.

Par conséquent, l'hypothèse H7a est partiellement validée car il y a plusieurs tensions de rôle qui sont influencées par l'âge des cadres de santé. En effet, **les cadres âgés entre 31 et 40 ans perçoivent davantage la charge de travail quantitative et le conflit famille-travail/travail-famille.**

H7a : Plus les cadres de santé sont jeunes et plus ils développent des tensions de rôles. (PARTIELLEMENT VALIDÉE)

- *Test de l'influence du sexe :*

Pour tester l'influence du sexe (mesuré avec une échelle catégorielle) sur les tensions de rôle, nous réalisons une analyse de variance avec le logiciel SPSS. Les résultats de l'ANOVA présentés dans le tableau 106 révèlent que **le sexe a une influence significative ($p < 0,05$) uniquement sur la charge de travail émotionnelle. La perception de cette tension de rôle serait plus importante chez les femmes.**

Tableau 106 : ANOVA à un facteur (sexe)

Tensions de rôle	F	p
Conflit de rôle	1,999	0,158
Charge de travail quantitative	0,247	0,619
Charge de travail émotionnelle	10,411	0,001
Conflit famille-travail	0,042	0,838
Conflit travail-famille	0,502	0,479
Ambiguïté de rôle	1,543	0,215

Par conséquent, l'hypothèse H7b est rejetée car il existe un type de tension de rôle (la charge de travail émotionnelle) qui est influencé par le sexe des cadres de santé.

H7b : Le sexe des cadres de santé n'influence pas le développement de tensions de rôle. (REJETEE)

– *Test de l'influence du nombre d'enfants à charge :*

Pour tester l'influence du nombre d'enfant à charge (mesuré avec une échelle métrique) sur les différents types tensions de rôle étudiées, nous réalisons des régressions linéaires simples avec le logiciel SPSS. Grâce à l'analyse de variance, nous commençons par vérifier que le modèle avec prédicteur explique significativement plus de variabilité de la variable dépendante qu'un modèle sans prédicteur. L'analyse des variances représentées dans le tableau 107 nous permet de conclure qu'il y a une relation statistiquement significative entre **le conflit famille-travail, le conflit travail-famille, la charge de travail émotionnelle** (variables dépendantes) et le nombre d'enfant à charge (variable indépendante). Plus précisément, les valeurs de F sont accompagnées d'une valeur de p significative ($p < 0,05$).

Tableau 107 : ANOVA pour le nombre d'enfants à charge

Tension de rôle (variable dépendante)	F	p
Conflit de rôle	0,361	0,548
Conflit famille-travail	10,398	0,001
Conflit travail-famille	9,849	0,002
Ambiguïté de rôle	0,174	0,677
Charge de travail quantitative	0,751	0,387
Charge de travail émotionnelle	4,610	0,032

Ensuite, l'examen des tableaux des paramètres de l'équation de modèle de régression nous indique les coefficients standardisés (Bêta) qui nous permettent de connaître le sens de la relation et de déterminer le poids relatif des variables dans le modèle (Tableau 108).

Tableau 108 : Test de régression pour le nombre d'enfants à charge

Tension de rôle (variable dépendante)	Coefficient Bêta	T de Student	p
Conflit famille-travail	0,151	3,225	0,001
Conflit travail-famille	0,147	3,138	0,002
Charge de travail émotionnelle	0,101	2,147	0,032

Nous pouvons conclure que le nombre d'enfant à charge contribue significativement au développement de tensions de rôle telles que le conflit famille-travail (bêta : 0,151), le conflit travail-famille (bêta : 0,147) et la charge de travail émotionnelle (bêta : 0,101). En résumé, **plus les cadres de santé ont des enfants à charge et plus ils développent ce type de tensions de rôle**. L'hypothèse H7d est donc partiellement validée.

H7c : Plus les cadres de santé ont des enfants à charge, et plus ils développent des tensions de rôle. (PARTIELLEMENT VALIDÉE)

– *Test de l'influence du nombre d'heures travaillées :*

Pour tester l'influence du nombre d'heures hebdomadaires travaillées (mesuré avec une échelle métrique) sur les différents types tensions de rôle étudiées, nous réalisons des régressions linéaires simples avec le logiciel SPSS. Grâce à l'analyse de variance, nous commençons par vérifier que le modèle avec prédicteur explique significativement plus de variabilité de la variable dépendante qu'un modèle sans prédicteur. L'analyse des variances représentées dans le tableau 109 nous permet de conclure qu'il y a une relation statistiquement significative entre **le conflit de rôle, le conflit travail-famille, la charge de travail quantitative** (variables dépendantes) et le nombre d'heures hebdomadaires travaillées (variable indépendante). Plus précisément, les valeurs de F sont accompagnées d'une valeur de p significative ($p < 0,05$).

Tableau 109 : ANOVA pour le nombre d'heures hebdomadaires travaillées

Tension de rôle (variable dépendante)	F	p
Conflit de rôle	11,552	0,001
Conflit famille-travail	0,189	0,664
Conflit travail-famille	30,826	0,000
Ambiguïté de rôle	2,060	0,152
Charge de travail quantitative	21,525	0,000
Charge de travail émotionnelle	0,056	0,812

Ensuite, l'examen des tableaux des paramètres de l'équation de modèle de régression nous indique les coefficients standardisés (Bêta) qui nous permettent de connaître le sens de la relation et de déterminer le poids relatif des variables dans le modèle (Tableau 110).

Tableau 110 : Test de régression pour le nombre d'heures hebdomadaires travaillées

Tension de rôle (variable dépendante)	Coefficient Bêta	T de Student	p
Conflit de rôle	0,159	3,399	0,001
Conflit travail-famille	0,255	5,552	0,000
Charge de travail quantitative	0,215	4,640	0,000

Nous pouvons conclure que le nombre d'heures hebdomadaires travaillées par les cadres de santé contribue significativement au développement de tensions de rôle telles que le conflit de rôle (bêta : 0,159), le conflit travail-famille (bêta : 0,255) et la charge de travail quantitative (bêta : 0,215). En résumé, **plus le nombre d'heures hebdomadaires travaillées par les cadres de santé est important et plus ils développent ce type de tensions de rôle.** L'hypothèse H7f est donc partiellement validée.

H7d : Plus le temps de travail effectué est important, et plus les cadres de santé développent des tensions de rôle. (PARTIELLEMENT VALIDÉE)

– *Test de l'influence du workaholisme :*

Pour tester l'influence du *workaholisme* (mesurée avec une échelle métrique) sur les différents types tensions de rôle étudiées, nous réalisons des régressions linéaires simples avec le logiciel SPSS. Grâce à l'analyse de variance, nous commençons par vérifier que le modèle avec prédicteur explique significativement plus de variabilité de la variable dépendante qu'un modèle sans prédicteur. L'analyse des variances représentées dans le tableau 111 nous permet de conclure qu'il y a une relation statistiquement significative entre **toutes les tensions de rôle étudiées** (variables dépendantes) et le *workaholisme* (variable indépendante). Plus précisément, les valeurs de F sont accompagnées d'une valeur de p significative ($p < 0,05$).

Tableau 111 : ANOVA du *workaholisme*

Tension de rôle (variable dépendante)	F	p
Conflit de rôle	174,042	0,000
Conflit famille-travail	22,433	0,000
Conflit travail-famille	345,139	0,000
Ambiguïté de rôle	19,369	0,000
Charge de travail quantitative	328,513	0,000
Charge de travail émotionnelle	7,871	0,005

Ensuite, l'examen des tableaux des paramètres de l'équation de modèle de régression nous indique les coefficients standardisés (Bêta) qui nous permettent de connaître le sens de la relation et de déterminer le poids relatif des variables dans le modèle (Tableau 112).

Tableau 112 : Test de régression pour le *workaholisme*

Tension de rôle (variable dépendante)	Coefficient Bêta	T de Student	p
Conflit de rôle	0,531	13,193	0,000
Conflit famille-travail	0,220	4,736	0,000
Conflit travail-famille	0,662	18,578	0,000
Charge de travail quantitative	0,653	18,125	0,000
Charge de travail émotionnelle	0,132	2,806	0,005
Ambiguïté de rôle	0,205	4,401	0,000

Nous pouvons conclure que le *workaholisme* des cadres de santé contribue significativement et positivement au développement de tensions de rôle telles que le conflit de rôle (bêta : 0,531), le conflit famille-travail (bêta : 0,220), le conflit travail-famille (bêta : 0,662), la charge de travail quantitative (bêta : 0,653), la charge de travail émotionnelle (bêta : 0,132) et l'ambiguïté de rôle (bêta : 0,205). En résumé, **plus les cadres de santé sont *workaholiques* et plus ils développent des tensions de rôle**. L'hypothèse H7g est donc validée.

H7e : Plus les cadres de santé sont *workaholiques*, et plus ils développent des tensions de rôle. (VALIDEE)

- *Test sur les antécédents organisationnels :*
 - *Test de l'influence de l'étendue de contrôle :*

Pour tester l'influence de l'étendue de contrôle (mesurée avec une échelle métrique) sur les différents types tensions de rôle étudiées, nous réalisons des régressions linéaires simples avec le logiciel SPSS. Grâce à l'analyse de variance, nous commençons par vérifier que le modèle avec prédicteur explique significativement plus de variabilité de la variable dépendante qu'un modèle sans prédicteur. L'analyse des variances représentées dans le tableau 113 nous permet de conclure qu'il y a une relation statistiquement significative entre **la charge de travail émotionnelle** (variable dépendante) et l'étendue de contrôle (variable indépendante). Plus précisément, la valeur de F est accompagnée d'une valeur de p significative ($p < 0,05$).

Tableau 113 : ANOVA pour l'étendue de contrôle

Tension de rôle (variable dépendante)	F	p
Conflit de rôle	0,047	0,828
Conflit famille-travail	3,063	0,081
Conflit travail-famille	0,390	0,533
Ambiguïté de rôle	0,091	0,763
Charge de travail quantitative	0,296	0,586
Charge de travail émotionnelle	6,762	0,010

Ensuite, l'examen du tableau des paramètres de l'équation de modèle de régression nous indique le coefficient standardisé (Bêta) qui nous permet de connaître le sens de la relation et de déterminer le poids relatif de la variable dans le modèle (Tableau 114).

Tableau 114 : Test de régression pour l'étendue de contrôle

Tension de rôle (variable dépendante)	Coefficient Bêta	T de Student	p
Charge de travail émotionnelle	0,123	2,600	0,010

Nous pouvons conclure que l'étendue de contrôle des cadres de santé contribue significativement et positivement au développement de la charge de travail émotionnelle (bêta : 0,123). **Plus l'étendue de contrôle des cadres de santé est importante et plus ils développent une charge de travail émotionnelle.** L'hypothèse H8c est donc partiellement validée.

H8a : Plus l'étendue de contrôle est grande, et plus les cadres de santé développent des tensions de rôle. (PARTIELLEMENT VALIDÉE)

– *Test de l'influence de l'étendue de subordination :*

Pour tester l'influence de l'étendue de subordination (mesurée avec une échelle métrique) sur les différents types tensions de rôle étudiées, nous réalisons des régressions linéaires simples avec le logiciel SPSS. Grâce à l'analyse de variance, nous commençons par vérifier que le modèle avec prédicteur explique significativement plus de variabilité de la variable dépendante qu'un modèle sans prédicteur. L'analyse des variances représentées dans le tableau 115 nous permet de conclure **qu'il n'y a aucune relation statistiquement significative entre les tensions de rôle (variables dépendantes) et l'étendue de subordination (variable indépendante).**

Tableau 115 : ANOVA pour l'étendue de subordination

Tension de rôle (variable dépendante)	F	p
Conflit de rôle	0,155	0,694
Conflit famille-travail	0,728	0,394
Conflit travail-famille	0,907	0,341
Ambiguïté de rôle	0,007	0,935
Charge de travail quantitative	0,838	0,360
Charge de travail émotionnelle	0,178	0,673

Nous pouvons conclure que l'étendue de contrôle des cadres de santé ne contribue pas significativement au développement de tensions de rôle. L'hypothèse H8d est donc rejetée.

H8b : Plus l'étendue de subordination est grande, et plus les cadres de santé développent des tensions de rôle. (REJETEE)

– *Test de l'influence de la perception du Nouveau Management Public (NMP) :*

Pour tester l'influence de la perception du Nouveau Management Public (NMP) (mesurée avec une échelle métrique) sur les différents types tensions de rôle étudiées, nous réalisons des régressions linéaires simples avec le logiciel SPSS. Grâce à l'analyse de variance, nous commençons par vérifier que le modèle avec prédicteur explique significativement plus de variabilité de la variable dépendante qu'un modèle sans prédicteur. L'analyse des variances représentées dans le tableau 116 nous permet de conclure qu'il y a une relation statistiquement significative entre **le conflit de rôle, le conflit travail-famille, l'ambiguïté de rôle, la charge de travail quantitative/émotionnelle** (variables dépendantes) et la perception des changements liés au NMP (variable indépendante). Plus précisément, les valeurs de F sont accompagnées d'une valeur de p significative ($p < 0,05$).

Tableau 116 : ANOVA pour le NMP

Tension de rôle (variable dépendante)	F	p
Conflit de rôle	165,721	0,000
Conflit famille-travail	1,535	0,216
Conflit travail-famille	52,396	0,000
Ambiguïté de rôle	19,365	0,000
Charge de travail quantitative	98,513	0,000
Charge de travail émotionnelle	17,258	0,000

Ensuite, l'examen des tableaux des paramètres de l'équation de modèle de régression nous indique les coefficients standardisés (Bêta) qui nous permettent de connaître le sens de la relation et de déterminer le poids relatif des variables dans le modèle (Tableau 117).

Tableau 117 : Test de régression pour le NMP

Tension de rôle (variable dépendante)	Coefficient Bêta	T de Student	p
Conflit de rôle	0,522	12,873	0,000
Conflit travail-famille	0,325	7,239	0,000
Charge de travail quantitative	0,427	9,925	0,000
Charge de travail émotionnelle	0,194	4,154	0,000
Ambiguïté de rôle	0,205	4,401	0,000

Nous pouvons conclure que la perception par les cadres des changements liés au nouveau management public contribue significativement et positivement au développement de tensions de rôle telles que le conflit de rôle (bêta : 0,522), le conflit travail-famille (bêta : 0,325), la charge de travail quantitative (bêta : 0,427), la charge de travail émotionnelle (bêta : 0,194) et l'ambiguïté de rôle (bêta : 0,205). En résumé, **plus les cadres de santé perçoivent le Nouveau Management Public et plus ils développent ce type de tensions de rôle.** L'hypothèse H8e est donc partiellement validée.

<p>H8c : Plus la perception des changements liés au NMP est grande, et plus les cadres de santé développent des tensions de rôle. (PARTIELLEMENT VALIDÉE)</p>
--

Le tableau 118 illustre et synthétise les différents résultats obtenus suite aux tests statistiques effectués pour vérifier les hypothèses relatives aux antécédents des tensions de rôle développées par les cadres de santé. Ces résultats seront analysés et discutés plus précisément dans la prochaine section de ce dernier chapitre.

Tableau 118 : Synthèse des résultats sur les antécédents des tensions de rôle

Hyp	Validation	Résultats
H7a	Partiellement validée	Les cadres âgés entre 31 et 40 ans perçoivent davantage la charge de travail quantitative et le conflit famille-travail/travail-famille.
H7b	Rejetée	Les cadres femmes perçoivent davantage la charge de travail émotionnelle que les cadres hommes.
H7c	Partiellement validée	Plus les cadres de santé ont des enfants à charge et plus ils perçoivent les conflits famille-travail/travail-famille et la charge de travail émotionnelle.
H7d	Partiellement validée	Plus le nombre d'heures hebdomadaires travaillées par les cadres de santé est important et plus ils perçoivent le conflit de rôle, le conflit travail-famille et la charge de travail quantitative.
H7e	Validée	Plus les cadres de santé sont <i>workaholiques</i> et plus ils développent des tensions de rôle.
H8a	Partiellement validée	Plus l'étendue de contrôle des cadres de santé est importante et plus ils développent une charge de travail émotionnelle.
H8b	Rejetée	Il n'y a aucune relation statistiquement significative entre les tensions de rôle et l'étendue de subordination.
H8c	Partiellement validée	Plus les cadres de santé perçoivent le nouveau management public et plus ils perçoivent le conflit de rôle le conflit travail-famille, la charge de travail quantitative/émotionnelle et l'ambiguïté de rôle.

Conclusion de la section 3

Tous les résultats obtenus à l'issue des tests d'hypothèses appellent une discussion au regard de l'étude qualitative exploratoire et de la littérature. Les résultats de cette étude démontrent l'existence de différents liens entre les tensions de rôle développées par les cadres de santé et le stress professionnel, l'intention de quitter ainsi que le comportement innovant au travail.

Certains liens corroborent les recherches menées sur le même sujet, mais d'autres sont contradictoires. Nous allons tenter d'en expliquer les raisons. Par ailleurs, les résultats révèlent que différents types de stratégies d'ajustement modèrent les relations entre les tensions de rôle et certaines de leurs conséquences (stress, intention de quitter et comportement innovant). Certaines stratégies renforcent ces liens alors que d'autres les atténuent. Nous allons aussi tenter d'en expliquer les raisons. Cette discussion des résultats sera développée dans la prochaine et dernière section de ce chapitre.

Section 4 : La discussion des résultats au regard de la littérature et de l'étude qualitative exploratoire

Pour discuter les résultats qui ont été obtenus avec l'étude quantitative confirmatoire, nous reviendrons sur chaque lien significatif qui a été démontré avec les tests des hypothèses. Dans un premier temps, nous discuterons les liens directs significatifs entre les tensions de rôle et leurs effets supposés. Au regard de la littérature, nous analyserons les résultats relatifs aux différentes formes de tensions de rôle développées et aux conséquences qu'elles peuvent engendrer en termes de stress professionnel, d'intention de quitter et de comportement innovant chez les cadres de santé français. Dans un deuxième temps, nous reviendrons sur les différents types de stratégies utilisées par les cadres de santé pour modérer les effets engendrés par les différentes formes de tensions de rôle développées.

En parallèle, nous apprécierons les autres liens significatifs que nous avons démontrés entre ces effets et ces stratégies utilisées par les cadres de santé. Enfin, nous reviendrons sur les influences démontrées des caractéristiques individuelles et organisationnelles étudiées sur la perception de plusieurs formes de tensions de rôle. Avant tout cela, nous discuterons succinctement les analyses descriptives de notre échantillon et les validations des instruments de mesure mobilisés pour cette étude.

1 La description de l'échantillon et la validation des instruments de mesure

1.1 La description de l'échantillon

L'échantillonnage par convenance nous a permis de collecter 445 questionnaires complétés par des cadres de santé exerçant dans 39 établissements (ou regroupements d'établissements) français répartis sur 15 régions et 22 départements. Cette étude a été menée sur une grande variété d'établissements qui diffèrent par leur localisation géographique, mais aussi par leur taille. En effet, sur ces 39 établissements, 33 % ont une capacité inférieure à 500 lits, 33 % ont une capacité entre 500 et 1000 lits, et 33 % ont une capacité supérieure à 1000 lits. Précisons que parmi ces établissements figurent des CHRU, des CHR, des CHU et des CH. Cette variété se vérifie aussi en ce qui concerne le type de service dans lequel les cadres de santé exercent : bloc opératoire, oncologie, cardiologie, chirurgie, diététique, dermatologie, psychiatrie, gériatrie, gynécologie, hémodialyse, imagerie, laboratoire, néonatalogie, pédiatrie, neurologie, pneumologie, réanimation, urgences... N'ayant pas pris le soin de limiter le choix de réponse

à quelques grands domaines d'activités (exemples : médecine, chirurgie, obstétrique, SSR⁷²), les répondants ont eux-mêmes nommé le ou les services dans le(s)quel(s) ils exercent. Au vu de la très grande variété de réponses, nous n'avons pas pu exploiter directement cette donnée relative au service d'exercice. Un retraitement de ces données pourra être mis en œuvre lors de futures recherches, et permettra une analyse plus fine quant aux différences de comportement entre services.

La variété des établissements et la variété des services des cadres de santé interrogés nous ont permis d'obtenir un échantillon varié et représentatif de la population des cadres de santé français. Une analyse fine des données relatives aux caractéristiques (âge, genre, situation familiale, ancienneté...) des cadres de santé interrogés a permis de vérifier cette représentativité. En complément, la vérification de la multi-normalité des distributions nous mène à penser que les résultats de cette étude, réalisée auprès de 445 cadres de santé, peuvent bien illustrer la réalité vécue par l'ensemble des cadres de santé français.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que le taux de retours du questionnaire administré est satisfaisant, et ce, malgré sa longueur évidente (157 items). Le taux de réponses total, s'élevant à près de 29 %, prouve l'intérêt porté au sujet traité par les cadres de santé. Le taux de réponses (26 %) des établissements contactés illustre aussi cet intérêt porté par les directions de soins des établissements français. Ces retours mènent à penser que le secteur hospitalier est en demande par rapport à ce genre d'étude et aux résultats qu'il fournit.

1.2 La validation des instruments de mesure

La section précédente de ce chapitre a présenté la démarche de validation des différents instruments de mesure mobilisés dans cette étude quantitative. Les AFC (analyses factorielles confirmatoires) ont permis d'attester de la fiabilité des construits mesurés et des validités (convergentes et discriminantes) de ces instruments. Ainsi, nous avons prouvé que les construits théoriques mesurés par des échelles de mesure pré-existantes dans la littérature ont été retrouvés auprès de notre échantillon d'étude. Cela a permis d'effectuer les tests de notre modèle de recherche. Cependant, plusieurs remarques sont à faire concernant les qualités psychométriques de ces différents instruments de mesure utilisés.

⁷² SSR : Soins de Suite ou de Réadaptation.

Concernant les tensions de rôle, nous avons mobilisé l'échelle de Rizzo et al. (1970) pour mesurer le conflit et l'ambiguïté de rôle, l'échelle de Netmeyer et al. (1996) pour mesurer le conflit famille-travail et le conflit travail-famille, et l'échelle de Harris (1989) pour mesurer la charge de travail quantitative et la charge de travail émotionnelle. L'échelle de Netmeyer et al. (1996) a été utilisée telle quelle, et l'échelle de Harris (1989) a été épurée de seulement 2 items (sur 11 au total) pour obtenir une validité convergente satisfaisante. En revanche, l'échelle de Rizzo et al. (1970) a nécessité une épuration de 8 huit items (sur 14 au total). Plus précisément, nous avons supprimé 3 items relatifs à l'ambiguïté de rôle et 5 items relatifs au conflit de rôle. Encore plus précisément, nous avons dû retirer tous les items identifiés par Rizzo et al. (1970) comme des items relatifs au conflit de rôle personnel et au conflit de rôle extra émetteur (pourtant identifiés lors de l'étude exploratoire), pour garder uniquement les 3 items assimilés au conflit de rôle intra-émetteur. Cela confirme les nombreuses critiques portées à l'égard de cette échelle, notamment sur la faible fiabilité de certains items et sur la dimensionnalité des construits (Perrot, 2005 ; Loubès, 1997 ; Smith et al., 1993 ; King et King, 1990 ; McGee, Ferguson et Seers, 1989 ; Tracy et Johnson, 1981 ; Schuler, 1975). Par exemple, en 2005, Perrot remarque très justement que « *l'approche théorique et conceptuelle des conflits de rôles repose sur une vision multidimensionnelle du construit, mettant en évidence l'existence de plusieurs formes possibles de conflits de rôles, alors que l'instrument de mesure (Rizzo, House, Lirtzman, 1970) utilisé dans plus de 85 % des recherches (Fisher, Gitelson, 1983 ; Jackson, Schuler, 1985) souffre de nombreuses limites fréquemment évoquées, notamment sa conception unidimensionnelle qui ne permet pas de rendre compte des fondements conceptuels dont il découle* ». Ces résultats démontrent par ailleurs la difficulté à mesurer un concept aussi complexe que les tensions de rôle. Pour enrichir les outils déjà existants (échelle de Rizzo et al., 1970 ; échelle de Ford et al., 1975 ; échelle Chonko et al., 1986 ; échelle de Perrot, 2001...), une réflexion supplémentaire serait nécessaire pour identifier et étudier les différentes formes de conflits de rôle qui, selon nous, devraient être mesurées indépendamment, comme cela a été fait dans cette étude pour la charge de travail ou encore le conflit famille-travail (identifié par Kahn et al. (1964) comme étant un conflit de rôle inter-rôles). Cette réflexion ouvre une perspective de recherche future à ce travail doctoral. Nous envisageons de construire une échelle pour mesurer les tensions de rôle des cadres hospitaliers.

La même réflexion serait à mener en ce qui concerne les stratégies d'ajustement. En effet, celles-ci sont diverses et il paraît très difficile de quantifier ce phénomène très variant selon

les individus. Chaque type de stratégie devrait pouvoir être mesuré indépendamment, avec un instrument adapté, comme cela a été fait pour le soutien social de la famille que nous avons mesuré avec l'échelle de Baruch et al. (2002), ou pour les soutiens des collègues et de la hiérarchie que nous avons mesurés avec l'échelle de Caplan (1975). Nous avons utilisé le *Brief COPE* de Carver (1997) car il offre un large éventail de stratégies d'ajustement, et aussi parce qu'il est applicable à différents contextes (contrairement à d'autres instruments plus spécifiques), mais il n'a pas suffi à mesurer les différentes formes de stratégies identifiées lors de la phase exploratoire. Son nombre très restreint d'items (2 items par dimension) a engendré la suppression de nombreuses dimensions pour satisfaire aux exigences de qualités psychométriques. Ainsi, nous avons été contraints de supprimer des dimensions permettant de mesurer des stratégies d'ajustement telles que la distraction (exemples : loisirs, voyages, activités physiques) ou la planification (exemples : tri et gestion des priorités) qui avaient été mentionnées en entretien, avec les cadres de santé, lors de la phase exploratoire. Le *Brief COPE* de Carver (1997) a été traduit et validé en langue française par Müller et Spitz (2003). Il est largement utilisé dans la littérature étudiant les stratégies de *coping*. Tout comme d'autres auteurs (entre autres Fillion et al., 2002), nous avons utilisé cette échelle en redéfinissant sa structure factorielle à travers une analyse exploratoire⁷³. Cela a permis de regrouper plusieurs dimensions. Au final, nous avons conservé cinq dimensions du *Brief COPE*. A ce sujet, nous pensons que les méthodes quantitatives ne sont peut-être pas les plus adaptées pour étudier un phénomène si complexe. La conduite d'entretiens dans le cadre d'une étude qualitative paraît être plus appropriée pour étudier les différentes formes de stratégies d'ajustement utilisées dans un contexte précis (exemple : chez les cadres de santé français de l'hôpital public), face à des situations elles aussi très complexes, telles que les situations de tensions de rôle.

En ce qui concerne les échelles de mesure unidimensionnelles, elles ont été utilisées telles quelles (exemple : échelle de Lemyre et Tessier (1988) pour mesurer le stress professionnel) ou en supprimant quelques items (exemple : échelle de Battistelli et al. (2013) pour mesurer l'intention de quitter) suite au test de leur fiabilité. Les fiabilités que nous avons obtenues avec ces deux échelles (alpha de Cronbach de 0,91 pour le stress et de 0,79 pour l'intention de quitter) correspondent de manière assez proche à celles de la littérature (alpha de Cronbach de 0,89 pour le stress et de 0,89 pour l'intention de quitter).

⁷³ Carver (1997) recommande aux chercheurs d'utiliser le *brief COPE* de manière flexible et créative, et suggère la possibilité de sélectionner uniquement un sous-ensemble de dimensions.

Par ailleurs, pour résoudre des problèmes de validité discriminante, nous avons dû réaliser des construits de second ordre pour les modèles de mesure du *workaholisme* (échelle de Schaufeli et al., (2009) initialement bidimensionnelle), du comportement innovant au travail (échelle de Janssen (2000 ; 2002) initialement tridimensionnelle) et des changements liés au Nouveau Management Public (échelle de Abord de Chatillon et Desmarais (2012) initialement tridimensionnelle). Ces construits de second ordre ont permis d'analyser à un niveau d'abstraction plus élevé les relations entre les variables étudiées. Cela répondait à notre objectif initial de mesurer, de manière générale, l'influence du Nouveau Management Public, du comportement innovant au travail et du *workaholisme* sur le développement de tensions de rôle chez les cadres de santé interrogés. Concernant le comportement innovant, nous avons obtenu une fiabilité (alpha de Cronbach de 0,82) proche de celle de la littérature (alpha de Cronbach global de 0,86). De même, pour le *workaholisme*, nous avons obtenu une fiabilité (alpha de Cronbach de 0,74) assez proche de celle de Libano et al. (2010) (alpha de Cronbach respectivement de 0,80 et 0,86 pour les deux dimensions initiales). A propos du Nouveau Management Public, le construit de second ordre nous a permis d'améliorer la fiabilité (rhô de Jöreskog de 0,85) de l'instrument initialement tridimensionnel dans l'étude de Abord de Chatillon et Demarais (2012) (rhô de Jöreskog respectivement de 0,69 ; 0,63 et 0,68 pour les trois dimensions).

2 La discussion des résultats des tests sur les liens directs entre les tensions de rôle et leurs effets

Nous allons successivement analyser les résultats des tests portant sur les liens directs des tensions de rôle avec le stress professionnel, l'intention de quitter et le comportement innovant des cadres de santé.

2.1 Les liens directs entre les tensions de rôle et le stress professionnel (H1)

Concernant les liens directs entre les tensions de rôle et le stress professionnel des cadres de santé interrogés, les résultats démontrent que **le conflit de rôle (H1a), le conflit travail-famille (H1c), l'ambiguïté de rôle (H1d) et la charge de travail quantitative (H1e) sont positivement associés au stress professionnel**. Ces résultats confirment et précisent ceux de la littérature (Codo, 2011 ; Ruiller, 2008 ; Schmidt et Neubach, 2007 ; Xie, 2007 ; Kahn et Byosiere, 1992 ; Jackson et Schuler, 1985) qui stipulent que les tensions de rôle engendrent

un stress chez les individus. Ils illustrent aussi la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll (1989) et plus précisément le modèle JD-R de Demerouti et al. (2001), qui stipule que les exigences de l'emploi (ici les tensions de rôle) peuvent déclencher des réactions de stress quand elles dépassent les limites et les capacités personnelles de l'individu (Demerouti et al., 2000).

Les résultats relatifs à la responsabilité de la surcharge de travail et de l'ambiguïté de rôle sur le développement du stress corroborent les recherches de Roger et Roques (1995) menées chez des cadres, celle de Abord de Chatillon (2003), ou encore plus récemment, celle de Mansour et Commeiras (2013) sur le personnel en contact dans le secteur hôtelier, ainsi que celles de Montgomery et al. (2010) et de Idris (2011) menées auprès d'universitaires. Lors de notre étude qualitative exploratoire, nous avons observé que la « managérialisation » du métier de cadre de santé a des conséquences sur sa charge de travail. Par ailleurs, les évolutions du contexte hospitalier, notamment liées au Nouveau Management Public (manque d'effectifs, pression budgétaire...), s'ajoutent à la forte sollicitation des cadres de santé (liée à leurs multiples responsabilités) pour engendrer une surcharge de travail qui dégrade leur bien-être, au même titre que les médecins (Shirom et al., 2010) ou les infirmières (Fox et al., 1993 ; Janssen et al., 1999 ; Ganster et al., 2001). En outre, la charge de travail émotionnelle semble ne pas générer de stress chez les cadres de santé interrogés. Ces résultats relatifs à la charge de travail émotionnelle rejoignent ceux de Sassi (2011) qui révèlent que ce type de tension de rôle n'est pas stressant chez les infirmières et les aides-soignantes. L'auteure justifie ces résultats en expliquant que ces dernières « ont soit reçu la formation adéquate qui leur a très tôt permis de développer les mécanismes nécessaires pour gérer les demandes des patients et de leurs familles, soit elles considèrent que, contrairement aux autres stressés intégrés dans l'étude, cette charge émotionnelle et psychologique est le propre de leur métier ». La même conclusion peut être faite pour les cadres infirmiers de notre étude. Plus étonnamment, d'après nos résultats, ce type de tensions de rôle semble diminuer le stress des cadres de santé. Il est en effet surprenant de constater que ce type de tensions de rôle puisse avoir un effet bénéfique en diminuant le stress des cadres interrogés. Ce type de charge de travail est apparemment à prendre en considération dans la gestion du stress sur un poste de cadre de santé. En ce qui concerne l'ambiguïté de rôle, l'échelle épurée de Rizzo et al. (1970) a permis d'identifier la perception d'ambiguïté relative aux tâches du cadre de santé (avec les 3 items : « J'ai, pour effectuer mon travail, des objectifs clairs et planifiés », « Je sais exactement ce que l'on attend de moi », « Les explications sur ce qui doit être fait sont claires »). Les

résultats indiquent que ce type d'ambiguïté entraîne un stress. Cela rejoint les résultats de l'étude exploratoire qui démontrent que l'ambiguïté de rôle liée à l'évolution du métier (suscitée par la mise en place des dernières réformes hospitalières) entraîne une perte de repères quant au rôle à jouer et au devenir de la profession, provoquant un stress chez certains. En outre, nous avons constaté que l'ambiguïté de rôle n'est pas la tension de rôle la plus courante et la plus développée par les cadres de santé (avant-dernière position, avec un score moyen de 2,51 sur 5). Pour rejoindre les résultats des travaux de Royal (2007) chez les directeurs adjoints, cela pourrait s'expliquer par l'autonomie des cadres qui permettrait de diminuer la perception d'ambiguïté de rôle. Cette hypothèse ouvre des perspectives pour de futures recherches.

Ces résultats mènent à penser que les cadres de santé développent un stress engendré par les mêmes types de tensions de rôle que d'autres populations. Ils démontrent que le stress des cadres de santé est positivement lié au conflit de rôle mesuré par l'échelle de Rizzo et al. (1970). Ces résultats rejoignent, entre autres, ceux de Perrot (2005) ou de Kahn et Byosiere (1992). Rappelons que cette échelle épurée de plusieurs items nous a permis d'interroger les cadres de santé sur le conflit de rôle de type intra-émetteur (avec les 3 items : « *Je reçois des missions sans main-d'œuvre pour les réaliser* », « *Je reçois des demandes incompatibles d'une personne* », « *Je reçois une mission sans ressources ni moyens adéquats pour pouvoir l'effectuer* »). Nous avons supposé que les cadres de santé développeraient un stress lié à la difficulté de satisfaire les attentes de l'hôpital, notamment de la direction souvent contradictoire dans ses injonctions (exemple : exigence de qualité et exigence de quantité dans la production de soins). Les résultats confirment cette hypothèse. Ce type de tension de rôle aurait donc des conséquences en termes de stress. Cette démonstration illustre à nouveau le modèle JD-R de Demerouti et al. (2001) qui stipule que les exigences de l'emploi peuvent provoquer un stress chez l'individu.

Il en est de même concernant le conflit de rôle inter-rôles lié à la difficulté de concilier la vie de famille avec la vie professionnelle, qui apparaît comme un facteur de stress pour les cadres de santé interrogés. Ces résultats rejoignent ceux de Priscilla (2000), notamment en ce qui concerne les femmes qui représentent 80 % de notre échantillon. De même, ils corroborent les résultats de Moisson (2008) menés en France dans le secteur hospitalier qui révèlent que le conflit travail-famille accroît le stress professionnel. Ces résultats correspondent aussi à ceux de Mansour et Commeiras (2013) qui démontrent un lien très significatif entre le conflit

travail-famille et le stress. Plus précisément, nos résultats révèlent que l’empiètement du travail des cadres de santé sur leurs rôles familiaux est stressant. Le temps passé à travailler posant des difficultés sur l’accomplissement de leurs responsabilités familiales les stresserait. Rappelons que les cadres de santé ont majoritairement (à 71 %) un ou plusieurs enfants à charge. Par ailleurs, nos résultats indiquent que les cadres de santé travaillent en moyenne près de 44 heures par semaine. Il semblerait que ce temps travaillé ne leur permette pas de répondre aux attentes familiales. Ces résultats rejoignent les propos tenus par les cadres de santé interviewés lors de notre étude exploratoire. En illustration, certains ont mentionné avoir des difficultés à supporter le fait de ne pas être disponibles pour leurs enfants (exemples : à la sortie de l’école, pour la surveillance des devoirs, travail emporté à domicile...). A contrario, le conflit famille-travail (c’est-à-dire lorsque les exigences familiales empêchent de mener à bien son travail) ne semble pas affecter le stress des cadres de santé. Ce résultat mène à penser que les cadres de santé ne sont pas stressés par l’impact des attentes familiales sur leur travail quotidien. Nous en concluons que la difficulté à concilier la vie professionnelle et la vie familiale est stressante lorsque le travail empiète sur la famille et non l’inverse. Notons que le score moyen des items relatifs au conflit famille-travail de notre étude est plus faible (1,73 sur 5) que celui des items relatifs au conflit travail-famille (2,82 sur 5).

2.2 Les liens entre les tensions de rôle et l’intention de quitter (H2)

Concernant les liens directs entre les tensions de rôle et l’intention de quitter des cadres de santé, les résultats démontrent que **le conflit de rôle (H2a), le conflit travail-famille (H2c), l’ambiguïté de rôle (H2d) et la charge de travail quantitative (H2e) sont positivement associés à l’intention de quitter, et que la charge de travail émotionnelle (H2f) y est négativement associée.** Nos résultats corroborent en partie ceux de la méta-analyse de Jackson et Schuler (1985) ou ceux de Perrot (2005), qui stipulent que l’intention de départ est positivement corrélée au conflit de rôle. Ils nous permettent par ailleurs de préciser que les cadres de santé français développent une intention de quitter lorsqu’ils perçoivent un conflit de rôle de type intra-émetteur (mesuré par l’échelle de Rizzo et al., 1970) et de type inter-rôles tel que le conflit travail-famille. La littérature indique que lorsque les règles évoluent dans une organisation, et qu’elles obligent le salarié à jouer des rôles incompatibles, celui-ci peut être motivé à la quitter (Baile et Diwany, 2011). Cela se vérifie aussi chez les cadres de santé qui ont vu leur organisation et leur métier évoluer sous l’influence d’un Nouveau

Management Public du secteur hospitalier. Ces évolutions ont entraîné des attentes envers les cadres de santé, parfois incompatibles entre elles, par exemple par manque de moyens.

Par ailleurs, de nombreuses recherches ont établi le lien entre le conflit travail-famille et l'intention de quitter (O'Neill et al., 2009 ; Noor et Maad, 2008 ; Casper et Buffardi, 2004). Une revue de littérature nous avait justement menés à penser que les cadres de santé (majoritairement des femmes, avec des enfants à charge et un rythme soutenu de travail) pourraient avoir l'intention de quitter la profession en raison de ce type de tension de rôle. Cette hypothèse, soutenue par le cas d'un cadre de santé suivi en observation et ayant démissionné au cours de cette étude, est désormais vérifiée. Nous remarquons que ces résultats sur le conflit travail-famille suivent les résultats précédents concernant les conséquences en termes de stress. Cet antécédent commun nous mène à penser que le stress provoqué par le conflit de rôle travail-famille peut engendrer à terme une intention de départ. Rappelons que notre analyse des corrélations, réalisée à l'issue de la présentation de notre échantillon, démontre une corrélation significative et positive entre l'intention de quitter et le stress professionnel ($r = 0,542$; $p < 0,01$). La relation entre le stress et l'intention de quitter des cadres est une autre piste de recherche future. Les résultats concernant le conflit famille-travail sont identiques à ceux sur le stress. Ce type de tension de rôle ne semble pas non plus affecter l'intention de quitter des cadres de santé. Il semble évident que si le conflit famille-travail n'engendre pas de stress chez les cadres de santé, il n'engendre pas non plus une intention de quitter l'emploi. Ces résultats sont étonnants et ne correspondent pas à ceux d'autres études menées dans le même secteur d'activité. Par exemple, l'étude de Sassi (2011) menée auprès de personnels soignants (infirmiers et aides-soignants) révèle que l'empiètement des obligations familiales sur les exigences du travail est un facteur de stress. Cette divergence de résultats nous mène à penser que les cadres ont une position particulière qui leur confère une marge de manœuvre et une autonomie (plus grandes que celles des infirmiers et des aides-soignants) facilitant la gestion de l'empiètement des questions familiales sur leur travail.

Conformément aux conclusions de plusieurs travaux de recherche (Eys et al., 2005 ; Jamal, 1990 ; Jackson et Schuler, 1985 ; Lyons, 1971), nos résultats démontrent un lien de causalité entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de départ. Le flou concernant les tâches et les responsabilités des cadres de santé favorise une intention de quitter, identiquement à d'autres populations. Par exemple, dans le domaine sportif, Eys et al. (2005) ont montré que

l'ambiguïté de rôle chez les joueurs de football était liée à l'intention de quitter l'équipe. Ces résultats illustrent aussi le modèle JD-R de Demerouti et al. (2001) qui démontre que les exigences de l'emploi (ici l'ambiguïté de rôle) peuvent épuiser les ressources de l'individu et engendrer un comportement de retrait et de désengagement professionnel.

De même, nos résultats révèlent un lien de causalité entre la charge de travail quantitative et l'intention de quitter. Conformément au modèle JD-R de Demerouti et al. (2001), l'exigence de l'emploi (ici la charge de travail quantitative) épuise les ressources du cadre de santé et provoque des comportements organisationnels négatifs tels que l'intention de turnover. Ces résultats rejoignent ceux de précédentes recherches menées par plusieurs auteurs (Brannon et al., 2007), notamment auprès d'infirmières (Davidson et al., 1997 ; Tai et al., 1998 ; Hemingway et Smith, 1999 ; Strachota et al., 2003), et qui stipulent que la surcharge de travail augmente l'intention de départ. Parallèlement, un dernier résultat semble démontrer que plus la charge de travail émotionnelle est élevée, moins les cadres de santé ont l'intention de quitter l'emploi. Ainsi, ce type de tension de rôle aurait un effet bénéfique sur l'intention de quitter en la faisant diminuer. Ces résultats rejoignent ceux sur le lien entre la charge de travail émotionnelle et le stress. Pour expliquer cela, nous nous appuyons sur la récente étude de Fournier et Loubès (2014), qui révèle que l'impact négatif de l'épuisement professionnel peut être atténué lorsque le personnel soignant fait preuve d'une forte « orientation patient »⁷⁴. De la même manière, il est possible que la charge de travail émotionnelle (liée aux relations avec la famille des patients, avec la souffrance, avec la mort...) soit liée à une envie de prendre soin, qui détermine la décision de rester dans la profession. Ces résultats questionnent et incitent à d'autres recherches complémentaires sur la caractéristique « orientation patient » des cadres de santé.

2.3 Les liens entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail

(H3)

Concernant le lien direct entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail des cadres de santé, les résultats démontrent que **le conflit de rôle (H3a) et le conflit travail-famille (H3c) sont positivement associés au comportement innovant au travail, alors que**

⁷⁴ Selon Chang, Chen, et Lan (2011) « *L'orientation patient est la découverte, la compréhension puis le suivi des besoins du patient au travers d'attitudes et de comportements proactifs et positifs* ».

l'ambiguïté de rôle (H3d) et la charge de travail quantitative (H3e) y sont négativement associées.

Au fil de la revue de littérature, nous nous sommes questionnés quant aux conséquences des tensions de rôle. Si elles sont souvent qualifiées de néfastes pour l'individu à cause des conséquences qu'elles engendrent (exemple étudié : intention de quitter), elles sont aussi soupçonnées d'un pouvoir créatif et innovant par plusieurs auteurs (De Jong et Janssen, 2005 ; Janssen, 2000 ; Hardy et West, 2000 ; Ripoll et al., 1994 ; Bunce, 1991 ; Van Shell et al., 1981). Par exemple, la récente étude de Tang et Chang (2010) démontre que l'ambiguïté de rôle est négativement corrélée à la créativité alors que le conflit de rôle y est positivement corrélé. Nos résultats corroborent cela. En effet, il semble que d'une part la perception d'ambiguïté de rôle diminue le comportement innovant des cadres de santé alors que le conflit de rôle le favorise. De même, il semble, toujours d'après nos résultats, que le conflit travail-famille puisse favoriser le comportement innovant alors que la charge de travail quantitative l'atténue.

Malgré les incertitudes que soulève la littérature à ce sujet, nous concluons que le conflit de rôle (intra-émetteur) peut être un facteur d'innovation dans le travail des cadres de santé. Il est possible que face à des attentes incompatibles entre elles, ils développent une créativité qui leur permette de gérer la situation. Ce résultat peut être mis en lien avec certaines données de l'étude exploratoire. En effet, les cadres nous ont révélé en entretien avoir développé de nouvelles stratégies, notamment de contournement, pour gérer des situations conflictuelles telles que le conflit de rôle intra-émetteur.

De même, nous concluons que le conflit travail-famille peut être une source d'innovation dans le comportement des cadres de santé. En illustration, nous avons découvert durant l'étude exploratoire que les cadres, au travail, mettent en place de nouvelles stratégies pour gérer ce type de conflit. Par exemple, les cadres de santé développent l'usage du téléphone portable ou des SMS⁷⁵ pour faire face à leurs responsabilités familiales, lorsqu'ils sont mobilisés sur leur lieu de travail (tard en fin de journée, de garde la nuit ou le week-end).

Enfin, nous concluons, que plus les cadres de santé perçoivent de l'ambiguïté de rôle, moins ils font preuve de comportement innovant au travail. Similairement à Commeiras et al.

⁷⁵ SMS : Short Messages Services (mini messages textuels transmis par téléphone portable).

(2003), nous avons supposé que l'ambiguïté pouvait entraîner un degré de liberté favorisant ainsi l'innovation dans le travail des cadres de santé. Notre hypothèse ne s'est pas vérifiée conformément aux travaux de Commeiras et al. (2003). Ce résultat nous mène à penser qu'il faut clarifier le rôle des cadres de santé pour qu'ils puissent être innovants dans leur travail quotidien. Il en est de même en ce qui concerne la charge de travail quantitative. Il semble que celle-ci provoque une diminution du comportement innovant des cadres de santé. Ce résultat sous-entend qu'il faille diminuer la charge de travail quantitative des cadres de santé pour qu'ils puissent être innovants au travail.

En ce qui concerne les autres types de tensions de rôle, aucune autre hypothèse n'a pu être validée pour affirmer qu'ils étaient associés au comportement innovant au travail. Le conflit famille-travail et la surcharge de travail émotionnelle n'auraient pas de conséquences en termes d'innovation chez les cadres de santé.

3 La discussion des tests des résultats sur les effets des stratégies d'ajustement

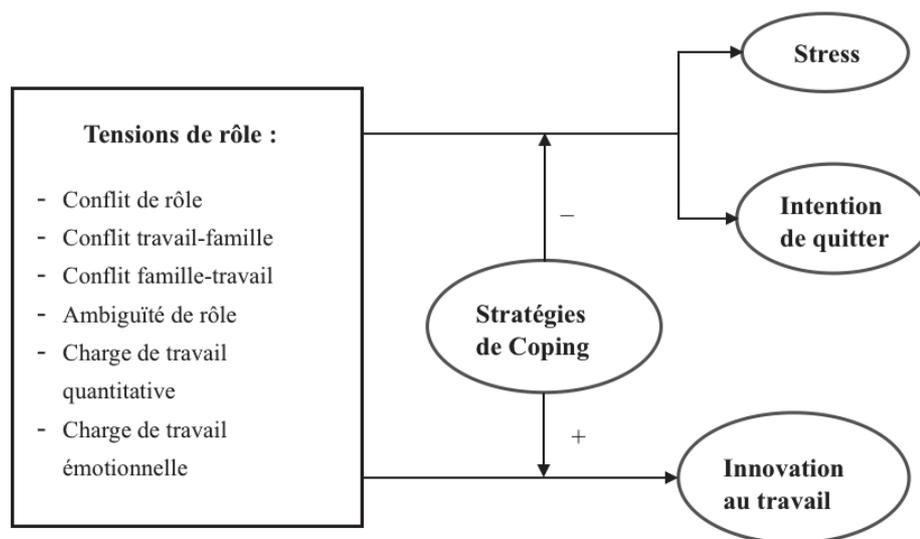
La discussion des résultats qui ont été obtenus sur les effets des stratégies d'ajustement se déroulera en deux temps. Dans un premier temps, nous discuterons les effets modérateurs et dans un second temps, nous discuterons les autres effets révélés.

3.1 Les effets modérateurs des stratégies d'ajustement

Pour construire notre modèle de recherche, nous nous sommes appuyés sur le modèle JD-R (« *Job Demands – Resources Model* ») de Bakker et Demerouti (2007), qui met en relation les exigences de l'emploi (exemple : les tensions de rôle) et les ressources de l'emploi (exemple : le soutien de la hiérarchie ou des collègues). Ce modèle stipule, entre autres, que les ressources de l'emploi peuvent atténuer l'impact des exigences de l'emploi sur les réactions de stress (Bakker et al., 2003). Les auteurs s'appuient sur le modèle « *Demands-Control* » de Karasek (1979) en y intégrant des ressources pouvant jouer un rôle de tampon (« *buffer* ») sur des exigences de l'emploi. Par exemple, certaines conditions de travail et caractéristiques individuelles peuvent atténuer les effets déterminants du stress. Ainsi, ces ressources compensent l'influence négative de certaines exigences (exemple : surcharge de travail, conflit travail-famille) sur le stress et ses conséquences (exemple : intention de quitter). Parallèlement, ces ressources peuvent aussi favoriser la motivation et engendrer des résultats organisationnels positifs (exemple : comportement innovant).

De même, dans notre modèle de recherche, nous avons positionné les stratégies d'ajustement comme des ressources pouvant, d'une part, atténuer l'effet négatif du stress et de l'intention de quitter, et d'autre part, augmenter le comportement innovant au travail, provoqués par les différents types de tensions de rôle (Figure 24). Ainsi, nous avons supposé que les cadres de santé, dans un contexte particulier, investissent des ressources qu'ils ont à leur disposition et mettent en place des stratégies d'ajustement pour gérer les tensions de rôle auxquelles ils doivent faire face, avec l'objectif d'améliorer leur bien-être. Pour estimer l'effet tampon des stratégies d'ajustement, nous avons testé leur effet modérateur sur la relation entre les tensions de rôle et leurs effets directs étudiés (stress professionnel, intention de quitter et comportement innovant au travail).

Figure 24 : Rôle modérateur des stratégies de *coping*



Les résultats de notre étude confirment que les cadres de santé utilisent certaines stratégies d'ajustement mesurées pour influencer le stress et l'intention de quitter engendrés par les tensions de rôle. Ces résultats illustrent l'approche transactionnelle du *coping* selon laquelle l'individu met en place des processus (cognitifs et comportementaux) pour diminuer l'impact d'événements perçus comme menaçants sur son bien-être (Lazarus et Launier, 1978).

- *Les effets modérateurs des stratégies d'ajustement sur la relation tensions de rôle-stress professionnel (H4) :*

La littérature identifie de nombreuses stratégies d'ajustement utilisées pour faire face au stress (Bruchon-Schweitzer, 2001). Par ailleurs, la revue de littérature a révélé l'existence de plusieurs classifications de ces stratégies : celle de Lazarus et Folkman (1984) qui distingue le *coping* centré sur la résolution du problème et le *coping* centré sur les émotions, celle de Suls et Fletcher (1985) qui distingue le *coping* évitant et le *coping* vigilant, celle de Ouimet (1994) qui distingue les stratégies individuelles et les stratégies organisationnelles, celle de Müller et Spitz (2003) qui distingue les stratégies fonctionnelles et les stratégies dysfonctionnelles...

Concernant les effets modérateurs, les résultats de notre étude démontrent que **la réinterprétation positive** (H4a) et **l'humour** (H4e) sont utilisés comme stratégies d'ajustement, et diminuent le stress engendré par la charge de travail quantitative des cadres de santé. Selon les classifications de la littérature, **la réinterprétation positive** (ou encore nommée réévaluation positive) est identifiée, tantôt comme une stratégie centrée sur les émotions, tantôt comme une stratégie fonctionnelle. Plus précisément, selon Paulhan (1992), la réévaluation positive est une stratégie qui consiste à moduler l'émotion en altérant la signification subjective de l'évènement. Elle permet, entre autres, de transformer une menace en un défi. Si on se réfère au modèle de Montgomery et Rupp (2005), la réinterprétation est une stratégie active cognitive. Dans notre étude, la réinterprétation positive est utilisée face à la surcharge de travail quantitative pour diminuer le stress qu'elle engendre chez les cadres de santé. A ce titre, elle apparaît comme étant une stratégie plutôt fonctionnelle. Pour faire le lien avec les résultats obtenus lors de la phase exploratoire, la réinterprétation positive est similaire à la prise de recul largement énoncée par les cadres de santé interrogés. Ces deux stratégies comportementales permettent aux cadres de santé de modifier leur perception des situations stressantes (telles que les tensions de rôle). Elles permettent d'appréhender une situation stressante et complexe de manière plus positive, ce qui est bénéfique au bien-être des cadres de santé. **L'humour** est identifié dans la littérature comme une stratégie centrée sur l'émotion. Tout comme la réinterprétation positive, il module l'émotion en altérant la signification de l'évènement. Il permet au cadre de santé d'éviter d'être submergé par l'émotion engendrée par une tension de rôle telle que la charge de travail quantitative. Dans la littérature, les travaux de Martin (1996) confondent l'humour à un facteur de santé mentale, de bien-être psychologique et émotionnel qui protège contre le stress. A ce titre, nous l'identifions comme une stratégie fonctionnelle et positive. Ces résultats sont en accord avec

d'autres études empiriques menées dans le même secteur. Par exemple, l'étude qualitative de Montargot et al. (2013) révèle que les infirmiers utilisent l'humour entre collègues comme stratégie d'ajustement individuelle pour gérer les situations stressantes telles que les conditions de travail difficiles (exemples : surcharge de travail, mauvaise organisation).

Par ailleurs, l'**utilisation de substances** (H4c) se révèle être une stratégie de *coping* qui permet aux cadres de santé de diminuer le stress engendré par l'ambiguïté de rôle. Même si la moyenne des scores des répondants reste faible quant à l'utilisation de substances, il est intéressant de noter que 28 cadres sur 445 interrogés (soit plus de 6 %) révèlent consommer de l'alcool ou d'autres substances pour se mentir mieux. De même, 20 cadres de santé (soit près de 4,5 %) répondent consommer de l'alcool ou d'autres substances pour s'aider à traverser des situations de tensions. L'utilisation de substances est une question taboue qu'il est difficile de démontrer. A ce sujet, Légeron (2004) remarque que « *les médecins du travail s'inquiètent du nombre croissant de salariés prenant régulièrement des tranquillisants ou antidépresseurs. Un phénomène encore plus secret, et dont, par conséquent, il est difficile d'évaluer l'ampleur réelle, est la consommation d'antidépresseurs (mais aussi d'autres substances, parmi lesquelles des drogues) dans le seul but d'accroître sa performance au travail. A l'instar du dopage des sportifs, existe-t-il aussi un dopage des cadres ?* ». Tout comme les cadres dirigeants qui ont recours aux boissons alcoolisées, aux somnifères et aux tranquillisants pour gérer les tensions permanentes (Stora, 2010), les cadres de santé sont susceptibles d'adopter les mêmes comportements en situation de tension. Les résultats des tests de notre étude révèlent d'ailleurs que l'utilisation de substances modère la relation positive entre l'ambiguïté de rôle et le stress développé par les cadres de santé interrogés. Dans un contexte de plus en plus compétitif lié au Nouveau Management Public du secteur hospitalier, il apparaît nécessaire d'approfondir de telles questions. Ce type de *coping*, très peu utilisé par les cadres de santé, est une stratégie dysfonctionnelle (Müller et Spitz, 2003) qui peut être néfaste tant pour l'individu que pour son organisation.

En revanche, les résultats de notre étude révèlent que la **religion** augmente le stress professionnel provoqué par le conflit travail-famille. Les travaux sur la stratégie de la religion se développent depuis plusieurs années (Carpenter, Laney et Mezulis, 2011 ; Folkman et Moskowitz, 2003). Difficilement définissable, sa fonction en tant que stratégie de *coping* est encore mal connue (Krägelogh, 2011 ; Carver et al., 1989). Plusieurs études concluent que cette stratégie de *coping* est bénéfique pour la santé mentale, tandis que d'autres démontrent

son impact négatif sur la santé mentale (Ano et Vasconcelles, 2005 ; Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari et Pargament, 2001 ; Pargament, Koenig et Perez, 2000). Dans le cas de notre étude menée auprès de cadres de santé français, la religion semble avoir un effet négatif sur le développement du stress. En effet, la religion augmenterait le stress professionnel engendré par le conflit travail-famille. Ces résultats sont à pondérer dans la mesure où cette stratégie n'est pas souvent utilisée par notre échantillon (score moyen : 1,73/5).

Enfin, le **soutien des collègues**, d'après les résultats de notre enquête, est aussi identifié comme un modérateur qui accentue la diminution du stress favorisée par la charge de travail émotionnelle. De manière générale, le soutien social est souvent cité comme stratégie d'ajustement pour faire face aux tensions de rôle (Montargot et al., 2013 ; Brunel et Grima 2010 ; Barel et Frémeaux, 2009 ; Royal, 2008 ; Richmond et Skitmore, 2006...). Plus précisément, l'étude de Montargot et al. (2013) révèle que les infirmiers utilisent le soutien social pour gérer des situations stressantes telles que la confrontation à l'urgence et à la mort. L'étude de Frese (1999), menée auprès d'ouvriers, démontre le rôle modérateur du support des collègues entre les stressseurs sociaux et l'anxiété. Les résultats de notre étude quantitative qui corroborent ces études confirment aussi les résultats obtenus avec l'étude exploratoire. En effet, lors des entretiens et des observations réalisés auprès de cadres de santé, le soutien des collègues est apparu comme une importante ressource pour gérer les difficultés du quotidien et faire face aux exigences de l'emploi.

L'ensemble de ces résultats concernant l'effet modérateur des stratégies d'ajustement sur la relation entre les tensions de rôle et le stress professionnel illustrent le modèle de Bakker et Demerouti (2007) que nous avons mobilisé. En effet, certaines stratégies (**réinterprétation positive, humour, utilisation de substances et soutien des collègues**) sont utilisées par les cadres de santé comme des ressources pouvant atténuer l'effet néfaste des tensions de rôle sur le stress.

- *Les effets modérateurs des stratégies d'ajustement sur la relation tensions de rôle-intention de quitter (H5) :*

Concernant les effets modérateurs, les résultats démontrent aussi que **l'humour** (H5e) est utilisé comme stratégie d'ajustement pour diminuer l'intention de quitter engendrée par le conflit travail-famille, la charge de travail quantitative et l'ambiguïté de rôle perçus par les

cadres de santé. Cette stratégie fonctionnelle permet de relativiser ces types de tensions de rôle expérimentés par les cadres de santé. Selon Moisson et Roques (2005), l'humour confère une stabilité d'humeur en situation de stress car il renforce l'état d'esprit positif et réduit l'état d'esprit négatif. Leur étude menée auprès d'infirmières d'un service des urgences de nuit révèle que le rire est utilisé pour évacuer et lutter contre le stress. Dans notre étude, l'humour sert de variable d'ajustement pour réduire l'intention de quitter engendrée par le conflit travail-famille, la charge de travail quantitative et l'ambiguïté de rôle. L'humour semble être la seule stratégie (étudiée dans cette recherche) à disposition des cadres de santé pour faire face au conflit travail-famille, récurrent chez les cadres de santé. Aucun type de soutien organisationnel tel que le soutien de la hiérarchie ou des collègues ne s'est révélé comme une ressource permettant de diminuer l'intention de quitter engendré par le conflit travail-famille. Nous pouvons supposer que cette variable d'ajustement individuelle ne peut suffire à gérer le conflit travail-famille des cadres de santé. A terme, un manque de soutien organisationnel pour gérer ce type de conflit de rôle pourrait avoir des incidences sur le départ effectif de ces cadres de santé.

Si l'**utilisation de substances** (H5c) par les cadres de santé interrogés semble diminuer le stress favorisé par l'ambiguïté de rôle, elle semble aussi augmenter l'intention de quitter provoquée par le conflit travail-famille. A ce titre, nous pouvons conclure que c'est une stratégie à la fois fonctionnelle, car elle permet de gérer le stress, et dysfonctionnelle, car elle engendre une augmentation de l'intention de quitter.

Par ailleurs, les résultats révèlent que **les soutiens de la famille, des collègues et de la hiérarchie** (H5f, H5g et H5h) accentuent la diminution de l'intention de quitter engendrée par la charge de travail émotionnelle perçue par les cadres de santé. En effet, les soutiens de la famille, des collègues et de la hiérarchie accentuent l'effet positif de la charge de travail émotionnelle qui diminue l'intention de quitter. Ces résultats nous amènent à penser que les relations avec les patients et leur famille, alliées aux relations de soutien avec leurs collègues, leur hiérarchie et leur propre famille aident le cadre de santé à supporter son travail et modèrent son envie de quitter la profession. Ces liens interrelationnels semblent motiver le cadre de santé dans son travail quotidien. Cela rejoint les observations et données obtenues avec notre étude exploratoire. Les cadres de santé semblent s'épanouir dans la relation interpersonnelle qui donne un sens et une satisfaction à leur travail quotidien. Nous supposons, avec précaution, que les cadres de santé (anciens infirmiers) tirent satisfaction de

l'utilité de leur travail. Les cadres semblent apprécier jouer un rôle de « sauveur » en s'occupant des problématiques liées à la gestion de situations difficiles (exemples : personnes en fin de vie, personnes en deuil...) puisque cela diminue leur intention de quitter. Cela justifierait d'autant plus la raison pour laquelle ils ont voulu évoluer sur des postes d'encadrement après plusieurs années d'exercice en tant qu'infirmiers. Les soutiens de la famille, de la hiérarchie et des collègues semblent exacerber ce phénomène. Ces résultats nous mènent à nouveau à nous interroger sur la caractéristique « orientation patient » des cadres de santé.

L'ensemble de ces résultats concernant l'effet modérateur des stratégies d'ajustement sur la relation entre les tensions de rôle et l'intention de quitter illustrent le modèle de Bakker et Demerouti (2007) que nous avons mobilisé. En effet, certaines stratégies (**humour, soutien de la famille, soutien des collègues, soutien de la hiérarchie**) sont utilisées par les cadres de santé comme des ressources pouvant atténuer l'effet néfaste des tensions de rôle sur l'intention de quitter.

- *Les effets modérateurs des stratégies d'ajustement sur la relation tensions de rôle-comportement innovant au travail (H6) :*

Nous nous sommes appuyés sur le modèle JD-R de Bakker de Demerouti (2007) pour supposer que certaines ressources assimilables aux stratégies d'ajustement utilisées face aux tensions de rôle accentueraient des résultats organisationnels positifs tels que le comportement innovant au travail. Cette relation ne s'est pas vérifiée. En effet, aucune stratégie ne semble favoriser ce comportement innovant chez les cadres de santé. Rappelons que seuls le conflit de rôle intra-émetteur et le conflit travail-famille ont été identifiés comme des tensions de rôle favorisant le comportement innovant au travail des cadres de santé. En définitive, ces deux relations ne sont accentuées par aucune stratégie de *coping* étudiée dans cette étude. Nous en concluons qu'aucune stratégie de *coping* ne sert de variables modératrices pour favoriser le comportement innovant des cadres de santé. D'autres pistes sont donc à creuser concernant l'effet bénéfique des stratégies d'ajustement. Il serait intéressant d'étudier différentes stratégies de *coping* qui n'ont pas été utilisées pour cette enquête.

En revanche, les résultats démontrent que le **désengagement comportemental (H6b)** et le **soutien de la hiérarchie (H6h)** sont des stratégies dysfonctionnelles qui entraînent la diminution du comportement innovant au travail. En effet, il semble que le désengagement comportemental accentue la diminution du comportement innovant provoquée par l'ambiguïté de rôle. Le manque de clarté entraîne une diminution de l'innovation au travail des cadres de santé qui est accentuée par le désengagement comportemental. En étant moins engagés dans leur travail, les cadres ne parviennent pas à trouver des solutions innovantes. Par ailleurs, le soutien de la hiérarchie semble diminuer le comportement innovant au travail favorisé par le conflit travail-famille. Il semble que le soutien de la hiérarchie soit un frein à l'innovation engendrée par le conflit travail-famille. Nous en concluons que ces deux types de stratégies d'ajustement ont un effet négatif sur le comportement innovant des cadres de santé qui doivent faire face à de telles tensions de rôle.

3.2 Les effets directs des stratégies d'ajustement

Parallèlement aux effets modérateurs, nous avons remarqué que presque toutes les stratégies d'ajustement étudiées pouvaient aussi agir directement sur le stress professionnel, l'intention de quitter et/ou le comportement innovant au travail des cadres de santé. Ces résultats illustrent à nouveau le modèle de Bakker et Demerouti (2007) que nous avons mobilisé. En effet, certaines stratégies sont utilisées par les cadres de santé comme des ressources pouvant d'une part, atténuer le stress et l'intention de quitter, et d'autre part, favoriser l'innovation au travail. L'utilisation de ces différentes ressources leur permet ainsi d'améliorer leur bien-être.

Tout d'abord, nous avons remarqué que **la réinterprétation positive, l'humour, le soutien des collègues et le soutien de la hiérarchie** agissent en diminuant le stress professionnel des cadres de santé. Ces résultats corroborent les études sur le *coping*, comme celles de Martin (1996), de Downe (1999), de Guibert et al. (2002), qui démontrent que l'humour agit comme une stratégie d'ajustement face aux situations difficiles, ou celle de Montgomery et al. (2010) qui démontre que les professeurs universitaires utilisent le soutien social et la réinterprétation positive face au stress. Dans le secteur de la santé, ils corroborent aussi celle de Moisson et Roques (2005) qui révèle que le personnel soignant utilise le soutien social, le rire et l'humour pour faire face au stress professionnel. Concernant les soutiens sociaux, ces résultats rejoignent ceux de Sassi (2011), qui soulignent qu'outre leur effet modérateur, la littérature

« reconnaît souvent à ces ressources un effet direct sur l'état de stress ou de burnout (Carlson et Perrewé, 1999 ; Panaccio et Vandenberghe, 2009 ; Halbesleben, 2006) ».

Nous avons remarqué que les mêmes stratégies d'ajustement (soit **la réinterprétation positive, l'humour, le soutien des collègues et le soutien de la hiérarchie**) agissent aussi en diminuant l'intention de quitter des cadres de santé. Ces résultats nous mènent à penser qu'il faudrait étudier le lien qu'il y a entre le stress et l'intention de quitter des cadres de santé. Cette idée avait déjà émergé lors de l'analyse des corrélations entre les variables étudiées (cf. section 1). Par ailleurs, une réflexion serait aussi à mener sur le positionnement des stratégies d'ajustement en tant que variables modératrices dans notre modèle de recherche. En effet, si les effets modérateurs des stratégies d'ajustement étudiées se sont révélés être peu nombreux, il s'avère que plusieurs d'entre elles ont un effet direct sur le stress professionnel et l'intention de quitter des cadres puisqu'elles les diminuent. Peut-être faudrait-il revoir le positionnement des stratégies d'ajustement dans notre modèle. Elles auraient peut-être davantage un rôle de médiation. Cette supposition devra faire l'objet de futures recherches.

Il est aussi intéressant de relever que deux autres stratégies de *coping* (**l'utilisation de substances et le désengagement comportemental**) agissent directement sur le stress et l'intention de quitter en les augmentant. Ces deux types de stratégies sont des stratégies passives que les cadres de santé utilisent par défaut, sans pouvoir agir de manière active et efficace sur la situation. Pour rejoindre les propos de Laugaa et Bruchon-Schweitzer (2005), ces deux comportements d'évitement ne semblent pas efficaces car le problème persiste sans être résolu, au profit de la « *dépersonnalisation et du non accomplissement professionnel* ». De plus, ces deux stratégies de *coping* agissent sur le comportement innovant en le diminuant. Nous en concluons que ces deux types de *coping* doivent être évités pour améliorer le bien-être des cadres de santé.

Enfin, nous avons remarqué que **la réinterprétation positive, l'humour et les soutiens des collègues et de la hiérarchie** agissent en augmentant le comportement innovant des cadres de santé. Ces résultats nous permettent de confirmer, avec précaution, que ces stratégies de *coping* sont bénéfiques à l'innovation. Comme nous l'avions supposé, les cadres de santé, dans leur quotidien, doivent faire face à des situations complexes (telles que les tensions de rôle). Pour cela, ils développent et utilisent différentes ressources (individuelles : humour, réinterprétation positive) et organisationnelles (soutien de la hiérarchie, soutien des collègues)

qu'ils ont à leur disposition. Ces ressources leur permettent d'une part de gérer leur stress, et d'autre part d'être plus innovants au travail. Ces résultats mènent à penser qu'en situation de difficulté, les cadres de santé adoptent des comportements proactifs. Par exemple, ils réinterprètent de manière positive, utilisent l'humour ou encore mobilisent le soutien social à disposition dans leur organisation (soutiens des collègues et de la hiérarchie) pour innover au travail. Pour confirmer cela, il faudrait étudier de plus près la nature des relations existantes entre ces stratégies de *coping* et l'innovation au travail. Est-ce le fait d'être moins stressés qui les rend plus innovants ? Est-ce la difficulté des situations qui les poussent à être innovants ? Ces questions restent posées et ouvrent des perspectives intéressantes quant à l'étude de l'efficacité des stratégies d'ajustement en termes de créativité et d'innovation au travail. En tous cas, il apparaît que la réinterprétation positive, l'humour, les échanges interrelationnels tels les soutiens avec les collègues et la hiérarchie favorisent un comportement innovant au travail.

Seul le soutien de la famille semble ne pas avoir de conséquence directe sur le stress, l'intention de quitter ou le comportement innovant au travail. Nous supposons que ce type de stratégie est utile et bénéfique au bien-être des cadres de santé dans leur vie privée, mais qu'il ne permet pas de résoudre les situations difficiles vécues au travail ou l'empiètement qu'elles ont sur la vie familiale.

4 La discussion des résultats des tests sur l'influence des antécédents des tensions de rôle

Nous discuterons successivement de l'influence des caractéristiques individuelles et des caractéristiques organisationnelles étudiées sur les tensions de rôle perçues par les cadres de santé interrogés.

4.1 L'influence des caractéristiques individuelles (H7)

La littérature cite de nombreux antécédents individuels des tensions de rôle. Dans notre recherche, les caractéristiques individuelles que nous avons testées en tant qu'antécédents des tensions de rôle sont : l'âge, le sexe, le nombre d'enfants à charge, le nombre d'heures travaillées et le *workaholisme*. A ce sujet, les tests d'hypothèses révèlent que l'âge, le sexe, le nombre d'enfants à charge et le *workaholisme* ont des influences sur certains types de tensions de rôle.

L'âge (H7a) fait partie des variables personnelles identifiées dans les méta-analyses de Jackson et Schuler (1985) et de Fisher et Gitelson (1983) comme étant les plus fréquemment citées dans la littérature. Les résultats de la méta-analyse de Jackson et Schuler (1985) révèlent que l'âge serait toujours très faiblement corrélé et presque toujours de manière négative avec les tensions de rôle. De même, les résultats de l'analyse des corrélations de nos données révèlent que l'âge des cadres de santé est négativement corrélé avec la charge de travail émotionnelle, les conflits travail-famille et famille-travail, et l'ambiguïté de rôle. Les tests des hypothèses nous permettent de conclure plus précisément que les cadres de santé âgés entre 31 et 40 ans perçoivent davantage la charge de travail quantitative et les conflits travail-famille et famille-travail. Ces résultats paraissent cohérents car cette tranche d'âge correspond à une période de début et de milieu de carrière où le cadre est très sollicité et peut percevoir une charge de travail quantitative importante. Par ailleurs, cette tranche d'âge correspond aussi à une période où les cadres de santé (majoritairement des femmes) ont des enfants dont l'âge exige de nombreuses responsabilités familiales.

Concernant **le sexe** (H7b), Kahn et al. (1964) l'identifient comme un facteur personnel des tensions de rôle. Cependant, les résultats des études traitant de ce sujet divergent. Certaines stipulent que les femmes développent davantage de conflits travail-famille que les hommes (Johnson et al., 2001) alors que d'autres démontrent que les femmes perçoivent davantage le conflit et l'ambiguïté de rôle (Sharada et Raju, 2001). Dans le cas de notre étude, les résultats des tests démontrent que les femmes perçoivent davantage la charge de travail émotionnelle que les hommes. Ce type de tension de rôle peut s'expliquer par le caractère très particulier du métier de soignant, souvent confronté à la maladie et à la mort. Nous en concluons que le sexe peut être un facteur de tensions de rôle dont le type varie en fonction du contexte et du poste de travail.

Lors de l'étude exploratoire, nous avons découvert que les jeunes cadres de santé qui ont des enfants à charge développent davantage des conflits travail-famille. Les résultats de l'étude quantitative le confirment. En effet, les résultats démontrent que plus les cadres de santé ont des **enfants à charge** (H7c), plus ils développent des conflits travail-famille et famille-travail. Par ailleurs, les résultats révèlent qu'ils perçoivent davantage une charge de travail émotionnelle. Nous en concluons que le fait d'avoir des enfants pourrait rendre les cadres de santé plus sensibles à la charge émotionnelle liée à leur métier.

Par ailleurs, les cadres de santé, comme tous les cadres, cumulent les responsabilités et les heures de travail pour répondre aux exigences de leur métier et de leur fonction. A ce titre, nous nous sommes intéressés au lien entre le nombre d'heures travaillées des cadres de santé et le développement de tensions de rôle telles que la charge de travail ou les conflits travail-famille. A ce sujet, les résultats des tests démontrent que, plus le **nombre d'heures hebdomadaires travaillées** (H7d) par les cadres de santé est important, plus ils développent un conflit de rôle, un conflit travail-famille et une charge de travail quantitative. Au vu de ces résultats, il semble nécessaire de s'intéresser aux conséquences négatives d'un nombre d'heures travaillées trop important. En effet, nous avons découvert, lors de cette étude, que les types de tensions de rôle (conflit de rôle, conflit travail-famille et charge de travail quantitative) engendrés par le nombre important d'heures travaillées, peuvent, à leur tour, provoquer une augmentation du stress professionnel et de l'intention de quitter.

Enfin, certaines études démontrent qu'un *workaholisme* (H7e) important favorise les tensions de rôle comme par exemple les conflits travail-famille (Bonebright et al., 2000). Concernant les cadres de santé, il semblerait qu'ils développent d'autant plus les tensions de rôle étudiées (conflit de rôle, ambiguïté de rôle, charge de travail quantitative, charge de travail émotionnelle, conflit travail-famille et conflit famille-travail) qu'ils sont « *addicts* » au travail. Nous pouvons en conclure que ce trait de personnalité constitue un facteur aggravant de la santé au travail des cadres hospitaliers. En effet, plus les cadres de santé sont *workaholiques*, plus ils développent des tensions de rôle qui entraînent à leur tour un stress au travail. Ce trait de personnalité est donc à prendre en considération sur une telle fonction à l'hôpital.

4.2 L'influence des caractéristiques organisationnelles (H8)

Les caractéristiques organisationnelles que nous avons testées en tant qu'antécédents des tensions de rôle sont : l'étendue de contrôle, l'étendue de subordination et la perception de changements liés au Nouveau Management Public.

L'étendue de contrôle (H8a) est citée quelques fois dans la littérature traitant des déterminants des tensions de rôle (Royal, 2007 ; Loubès, 1997). En ce qui concerne notre étude quantitative, les résultats révèlent que plus elle est importante et plus les cadres de santé développent une charge de travail émotionnelle. Dans la mesure où ce type de tensions de rôle

ne provoque pas de stress et diminue même l'intention de quitter, il semble inutile de prendre en considération cette variable dans l'amélioration du bien-être des cadres de santé.

Même si **l'étendue de subordination** (H8b) est identifiée dans la littérature comme une caractéristique organisationnelle pouvant influencer le développement de tensions de rôle, les résultats de notre étude quantitative ne le démontrent pas chez les cadres de santé. Tout comme pour l'étendue de contrôle, nous en concluons qu'il n'est pas nécessaire de prendre en considération cette variable dans l'amélioration du bien-être des cadres de santé.

Enfin, la littérature dénonce les exigences qu'engendre le Nouveau Management Public (Abord de Chatillon et Demarais, 2012). De même, notre étude quantitative confirme que **les changements liés au Nouveau Management Public** (H8c) influencent l'essor de tensions de rôle chez les cadres de santé. En effet, plus ils perçoivent ces changements, plus ils développent presque tous les types de tensions de rôle étudiés (conflit de rôle, ambiguïté de rôle, charge de travail quantitative, charge de travail émotionnelle, et conflit travail-famille). Notre étude témoigne donc de l'impact du Nouveau Management Public (NMP) sur les exigences (tensions de rôle) qui affectent les cadres de santé. Le NMP apparaît comme un levier de l'intensification du travail des cadres de santé. De plus, il semble que les injonctions de performance et d'efficacité, instaurées par ce nouveau management, ont des conséquences en termes de stress professionnel et d'intention de quitter, néfastes pour le cadre de santé et son organisation. Ces résultats corroborent ceux de l'étude exploratoire, qui révèlent que les cadres de santé doivent faire face à des situations quotidiennes difficiles engendrées par ce Nouveau Management Public (exemples : manque d'effectifs, manque de moyens, pression budgétaire, compétitivité...). Face à de telles situations, les cadres de santé ont un sentiment de pertes de ressources qui ne favorise pas leur bien-être au travail voire qui favorise un sentiment d'insécurité lié à l'augmentation des exigences engendrées par ce NMP.

Conclusion de la section 4

L'objet de notre recherche concerne les tensions de rôle et leurs conséquences, ainsi que les moyens d'y faire face. Nous nous sommes plus spécifiquement intéressés à la population des cadres de santé français qui évoluent au sein d'organisations publiques en pleine mutation. Le

modèle que nous avons développé a été testé grâce à une enquête quantitative menée auprès d'un large échantillon de cadres de santé de plusieurs établissements publics français.

Pour discuter nos résultats, nous les avons mis en relation avec d'autres études traitant des mêmes sujets. Comparativement, nous avons découvert que les cadres de santé développent des tensions de rôle du même type que les autres populations étudiées dans la littérature, mais aussi des tensions de rôle spécifiques à leur profil (majoritairement des femmes avec des enfants à charge) et à l'environnement dans lequel ils évoluent (services de soins avec une charge émotionnelle importante). Ces différents types de tensions de rôle identifiés (conflit de rôle, conflits travail-famille, ambiguïté de rôle et charges de travail) semblent, pour certains, avoir des conséquences à la fois positives en termes de comportement innovant, et négatives en termes de stress professionnel et d'intention de quitter. De plus, conformément au modèle JD-R de Bakker et Demerouti (2007), il apparaît que les cadres de santé utilisent plusieurs stratégies d'ajustement qui leur permettent de gérer ces tensions de rôle et les conséquences négatives qu'elles engendrent (stress professionnel et intention de quitter). Ces stratégies (individuelles et organisationnelles), assimilées à des ressources dans le cadre théorique que nous avons mobilisé, permettent de modérer les relations entre les tensions de rôle perçues et leurs conséquences en termes de stress et d'intention de quitter. Certaines (exemples : l'humour, la réinterprétation positive, le soutien social) semblent plus efficaces que d'autres (exemples : utilisation de substances et désengagement comportemental) avec lesquelles le problème persiste sans être résolu. Rares sont celles qui ont un effet négatif en termes de stress ou d'intention de quitter (exemple : la religion). Par ailleurs, nous avons découvert que certaines stratégies de *coping* (réinterprétation positive, humour, soutiens des collègues et de la hiérarchie) agissent en augmentant le comportement innovant des cadres de santé.

L'implication de ces résultats sera précisément développée dans la conclusion générale de ce travail de recherche.

CONCLUSION CHAPITRE 4

Ce dernier chapitre a été consacré à la phase confirmatoire de cette recherche menée auprès de cadres de santé du secteur public. Dans un premier temps, nous avons présenté la méthodologie utilisée. Plus précisément, nous avons expliqué notre choix et l'intérêt d'utiliser une étude quantitative et un questionnaire. Nous avons aussi expliqué la méthodologie utilisée pour le traitement statistique des données (méthodes d'équations structurelles). Nous avons détaillé la construction du questionnaire que nous avons choisi d'administrer par voie électronique. Nous avons présenté notre échantillon composé de 445 cadres de santé français, et vérifié la multi-normalité des distributions des données.

Ensuite, grâce à l'analyse factorielle confirmatoire, nous avons testé et épuré les échelles de mesure que nous avons retenues pour mesurer les concepts étudiés. Cette étape nous a permis d'obtenir des instruments de mesure avec des qualités psychométriques acceptables. La troisième section a permis de tester les différentes hypothèses de notre modèle de recherche. Nous avons ainsi démontré les différents liens entre les tensions de rôle et leurs effets étudiés (stress professionnel, intention de quitter et comportement innovant). Nous avons aussi démontré certains déterminants (individuels et organisationnels) des tensions de rôle perçues par les cadres de santé du secteur public français. Enfin, nous avons démontré que ces cadres de santé utilisent différentes stratégies pour diminuer le stress et l'intention de quitter, pour augmenter leur comportement innovant au travail, mais aussi pour modérer la relation entre certains types de tensions de rôle et leurs conséquences en termes de stress et d'intention de quitter. Tous les résultats de ces tests ont été discutés dans la quatrième et dernière section du chapitre.

CONCLUSION DE LA PARTIE 2

Une analyse du contexte des établissements hospitaliers (chapitre 1) et une revue de littérature sur les tensions de rôle et les stratégies d'ajustement (chapitre 2) nous ont permis d'aboutir à un premier modèle de recherche à l'issue de la première partie de ce travail de recherche. Dans la seconde partie, nous avons réalisé une étude empirique en deux étapes qui nous a permis d'affiner et de tester ce modèle de recherche.

La première étape (chapitre 3) a consisté à réaliser une étude qualitative exploratoire auprès de quelques cadres de santé d'un même établissement hospitalier. Cette étude nous a donné la possibilité d'entrevoir les différents types de tensions de rôle perçues par les cadres de santé, et les différentes stratégies de *coping* utilisées pour y faire face. A l'issue de cette première étape, nous avons détaillé notre modèle de recherche (Figure 15), qui a fait l'objet d'une phase quantitative confirmatoire (chapitre 4), deuxième étape de notre étude empirique. A travers le test de plusieurs hypothèses, nous avons pu vérifier la validité de ce modèle auprès d'un échantillon de 445 cadres de santé de 39 établissements publics français. Les résultats ont été successivement exposés et discutés, en relation avec les résultats de notre étude exploratoire et ceux des études précédentes traitant des mêmes sujets. Ils ont permis de donner un éclairage quant aux comportements adoptés par les cadres de santé en situation de tensions de rôle liées, en partie, aux dernières évolutions du secteur hospitalier.

A l'issue de cette phase empirique, nous allons prendre le recul nécessaire pour conclure ce travail de recherche et entrevoir les différentes implications managériales que ces résultats impliquent.

CONCLUSION GENERALE

- *Contexte de la recherche :*

En étudiant le contexte hospitalier français, nous nous sommes rendus compte que de nouveaux modes de management ont été transposés du secteur privé au secteur public pour perfectionner et moderniser les organisations hospitalières. Nous avons constaté que celles-ci ont connu une longue évolution en lien avec un contexte global mouvant. A travers des réformes successives, leur gouvernance n'a cessé de se renouveler. Ces nouveaux modes de management ont progressivement été mis en place, dans un cadre beaucoup plus général, affectant toutes les organisations publiques.

Grâce à une rétrospective des modes de management des organisations publiques, nous avons appris les raisons et les origines de tels changements à l'hôpital public. Dans un contexte plus global qui élargit la compréhension de ce phénomène à l'échelle mondiale, nous avons découvert les origines, pas si anciennes, du management public. En France, le développement du secteur public s'est accéléré au XXème siècle, avec les guerres mondiales, puis a évolué pour pallier les dysfonctionnements du modèle bureaucratique élaboré par les théoriciens des organisations tels que Weber, Fayol ou Taylor. Au début des années 1980, la France, tout comme de nombreux autres pays, a dû réagir pour réduire ses déficits publics. C'est à cette période qu'est né le courant du Nouveau Management Public au Royaume-Uni. Basé sur un transfert des outils de gestion issus du secteur privé, le Nouveau Management Public a évolué en touchant de nombreux pays tels que la France. Ainsi, se sont développées, en France comme ailleurs, des méthodes basées sur la compétition, la performance et la mesure du résultat (Hood, 1995). Les nouveaux principes et les nouvelles règles de la doctrine néo-managériale ont transformé les administrations publiques. Les premières réformes et leurs outils ont vu le jour dans les années 1980 (exemples : décentralisation budgétaire, certification et amélioration de la qualité des services...) pour ne cesser de prendre de l'ampleur dans les années 1990 et 2000 (exemple : adoption de la Loi organique relative aux Lois de Finances en 2001).

Ce travail de recherche nous a permis de mieux comprendre les avantages et les limites de ce Nouveau Management Public. Il permet de réaliser des économies, de réduire la dette

publique, de moderniser l'action publique et de créer une émulation profitable à tous. Cependant, il engendre aussi des résistances et des dysfonctionnements liés aux différences d'objectifs des secteurs privé et public. C'est le cas à l'hôpital, organisation complexe, qui n'a cessé d'évoluer à travers les époques. Ses missions de soin et d'enseignement entrent souvent en contradiction avec les nouvelles méthodes mises en place. Les établissements publics de santé se sont progressivement « managérialisés ». Les différentes réformes (exemples : la nouvelle gouvernance hospitalière, loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire en 2009) ont renouvelé le mode d'organisation de l'activité (exemple : constitution de pôles d'activité, mise en place de la tarification à l'activité : T2A) et la répartition des pouvoirs (exemple : codirection des pôles d'activité). Elles ont aussi transformé les modes de circulation de l'information (exemple : codage de l'activité médicale) au sein des établissements, en réorganisant le système de santé sur le plan territorial (création des Agences Régionales de Santé).

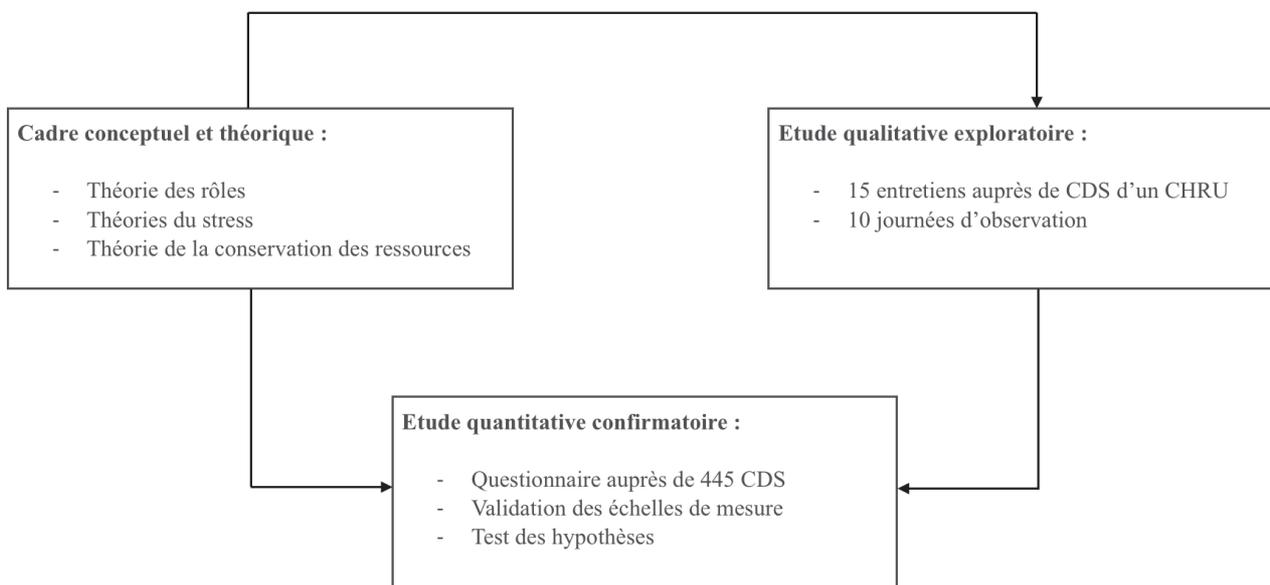
Nous avons aussi constaté que cette « managérialisation » est parfois contestée. Certains critiquent « *la montée en puissance d'une nouvelle bureaucratie gestionnaire qui s'immisce dans les affaires et les pratiques de la médecine* » (Domin, 2011). D'autres remettent en question les outils du NMP qui peuvent présenter un risque pour la qualité des soins à cause de la pression à l'activité qu'ils engendrent (Georgescu et Naro, 2012 ; Or, 2011). D'autres encore dénoncent la perte profonde du sens du travail et de ses repères provoquée par la nouvelle gestion hospitalière (Linhart, 2011). Dans ce cadre, l'hôpital est soumis à une montée des souffrances au travail (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). A ce titre, nous nous sommes intéressés aux différentes conséquences de ce Nouveau Management Public sur le rôle et les fonctions des acteurs et des managers du soin. Plus particulièrement, nous nous sommes focalisés sur les cadres de santé.

Ce travail de recherche nous a permis de découvrir ce métier qui a beaucoup évolué en parallèle des changements qu'a vécu l'hôpital. Jusqu'au début des années 1990, les cadres infirmiers accompagnaient la médecine scientifique. Depuis, les cadres de santé (CDS) se sont vus attribuer une fonction de gestion des services sous des contraintes économiques de plus en plus fortes. Leur activité s'est progressivement orientée vers la recherche d'un fonctionnement optimal et d'une production suffisamment rémunératrice (Bourret, 2007). Couplée à une position d'interface, propre à la fonction de cadre, cette « managérialisation » a

favorisé des situations conflictuelles de tensions de rôle, que nous avons fait le choix d'étudier plus précisément dans ce travail de recherche.

Nous avons voulu comprendre quels sont les types de tensions de rôle perçues par les cadres de santé, et comment ils sont gérés au quotidien. Nous avons situé notre recherche dans un cadre théorique lié aux rôles et aux ressources pour comprendre les comportements des cadres de santé confrontés à de telles situations. Conjointement, en nous appuyant sur les théories du stress, nous avons étudié les liens de causalités impliquant les tensions de rôle. L'étude de toute cette littérature nous a permis de construire un modèle de recherche que nous avons précisé grâce à la réalisation d'une enquête qualitative exploratoire (entretiens avec 15 CDS et journées d'observation avec 2 CDS) menée au sein d'un CHRU français. Le modèle final a fait l'objet d'une étude quantitative confirmatoire menée auprès de 445 cadres de santé (CDS) répartis dans 39 établissements publics français. La figure 25 présente ce processus de recherche.

Figure 25 : Schéma du processus de recherche



Les résultats de notre recherche indiquent que les cadres de santé français perçoivent différents types de tensions de rôle qui peuvent entraîner un stress professionnel, une intention de quitter mais aussi un comportement innovant au travail. Dans certains cas, les cadres de santé utilisent différentes stratégies d'ajustement pour modérer les effets engendrés par les tensions de rôle ou agir directement sur eux. A travers une mise en relation avec la littérature

réalisée lors de la discussion des résultats, nous nous sommes aperçus qu'en général, ces résultats rejoignent ceux des études traitant du même sujet. Cependant, nous avons découvert des résultats qui semblent être propres à la population que nous avons étudiée.

En résumé, nous avons démontré que **le conflit de rôle, le conflit travail-famille, l'ambiguïté de rôle et la charge de travail quantitative** sont des facteurs de stress et d'intention de quitter chez les cadres de santé. En complément, nos résultats révèlent que la **charge de travail émotionnelle** réduit le stress des cadres de santé. En ce qui concerne le comportement innovant au travail, les résultats démontrent qu'il est, d'une part, favorisé par le conflit de rôle et le conflit travail-famille, et d'autre part, défavorisé par l'ambiguïté de rôle et la charge de travail quantitative. Par ailleurs, nos résultats montrent que les cadres de santé utilisent différentes stratégies d'ajustement pour modérer ces différentes relations afin d'améliorer leur bien-être au travail. Par exemple, la **réinterprétation positive** et **l'humour** diminuent le stress engendré par la charge de travail quantitative. L'humour est aussi un moyen de diminuer l'intention de quitter liée au conflit travail-famille. Nos résultats montrent également que les cadres de santé utilisent des **substances** pour diminuer le stress provoqué par l'ambiguïté de rôle, et l'intention de quitter liée au conflit travail-famille. Le **soutien des collègues**, quant à lui, accentue la diminution du stress et de l'intention de quitter liés à la charge de travail émotionnelle perçue par les cadres. **Les soutiens de la famille et de la hiérarchie**, quant à eux, accentuent simplement la diminution de l'intention de quitter liée à la charge de travail émotionnelle. Nos résultats révèlent aussi l'utilisation de stratégies d'ajustement néfastes pour le bien-être des cadres de santé. En effet, la **religion** augmente le stress lié au conflit travail-famille. De plus, le **désengagement comportemental** ainsi que le soutien de la hiérarchie accentuent la diminution du comportement innovant lié à l'ambiguïté de rôle. Nos résultats montrent que les stratégies d'ajustement agissent également de manière directe sur les effets étudiés des tensions de rôle. Par exemple, les cadres de santé utilisent la réinterprétation positive, l'humour, le soutien des collègues et de la hiérarchie pour, d'une part, diminuer leur stress et leur intention de quitter, et d'autre part, augmenter leur comportement innovant au travail. En revanche, l'utilisation de substances et le désengagement comportemental augmentent le stress ainsi que l'intention de quitter des cadres.

Pour compléter et conclure ce travail de recherche, nous allons évoquer ses différentes contributions théoriques, méthodologiques et managériales. Nous exposerons aussi les

différentes limites théoriques et méthodologiques de ce travail. Enfin, nous terminerons en présentant les prolongements et les perspectives futures de cette recherche.

- *Les contributions théoriques de la recherche :*

D'abord, cette recherche est une contribution à la compréhension des effets du Nouveau Management Public introduit en France, et plus particulièrement dans le secteur de la santé. En effet, cette recherche nous a permis de comprendre dans quelle mesure les nouvelles réformes ont modifié l'organisation et les modes de management des établissements hospitaliers. Plus précisément, nous en savons désormais un peu plus sur l'évolution du métier de cadre de santé, et sur ses conséquences en termes de tensions de rôle vécues au quotidien. Nous avons découvert que ces derniers perçoivent différents types de tensions de rôle (conflit et ambiguïté de rôle, conflit travail-famille, charges de travail quantitative et émotionnelle) liés, entre autres, aux évolutions du secteur hospitalier public.

Les apports théoriques portent notamment sur le cadre conceptuel des tensions de rôle qui sont au cœur de notre recherche. Nous avons précisé les différentes formes de ce phénomène observé chez les cadres de santé français. Ce concept, si fréquemment abordé dans la littérature, n'avait, à notre connaissance, encore jamais été quantifié auprès de cette population. Nos résultats, quant aux différents types de tensions de rôle observés dans cette étude empirique, se rapprochent des travaux initiaux de Kahn et al. (1964), mais en différent quelque peu. Tout comme d'autres auteurs (Schaubroeck et al., 1989 ; Kelloway et Barling, 1990 ; Commeiras et al., 2009), cette recherche permet de distinguer les conflits de rôle, les ambiguïtés de rôle et les surcharges de travail.

Nous avons constaté que les cadres de santé développent des conflits de rôle (CR) lorsqu'ils se trouvent face à des attentes incompatibles entre elles. Notre étude qualitative nous a permis d'en identifier différentes formes (CR intra-émetteur, CR inter-émetteur, CR personnel et conflit travail-famille). Notre étude quantitative, quant à elle, nous a permis d'étudier deux types de conflits de rôle en les distinguant : le conflit de rôle intra-émetteur (grâce à l'épuration de l'échelle de Rizzo et al., 1970) et le conflit de rôle inter-rôles lié à la conciliation entre vie privée et vie professionnelle (conflit travail-famille). Lors de l'étude quantitative, nous avons détaillé les deux facettes de ce dernier : le conflit travail-famille qui correspond à l'empiètement du travail sur les rôles familiaux, et le conflit famille-travail qui correspond aux tensions familiales qui empêchent de mener à bien son travail. Nous avons

découvert que le conflit famille-travail est peu évoqué par les cadres de santé, alors que le conflit travail-famille l'est davantage. Les cadres de santé développent aussi des ambiguïtés de rôle lorsqu'ils perçoivent des incertitudes relatives à leur mission et à leur rôle futur. Enfin, selon les résultats de notre étude quantitative, les cadres de santé français perçoivent une charge de travail quantitative, mais aussi émotionnelle. Cette dernière semble être particulièrement prononcée sur cette fonction. En effet, les cadres de santé évoluent dans des services de soins où la charge émotionnelle est souvent intense lors des relations interindividuelles avec les patients et leur famille, avec le personnel soignant ou encore avec les médecins.

Toutes ces précisions apportées sur les formes de tensions de rôle perçues nous mènent à penser qu'il serait utile de développer un instrument de mesure adapté et composé de chacune des dimensions particulières observées chez les cadres du secteur public. Notons qu'en 2001, Perrot a proposé une nouvelle échelle du conflit de rôle à travers une étude sur l'insertion des jeunes diplômés, mais il s'agissait de dimensions différentes à celles que nous avons observées lors de cette étude. Comme le soulignent de nombreux auteurs, l'échelle de Rizzo et al. (1970) que nous avons mobilisée, et qui est largement utilisée dans la littérature, pose des problèmes de dimensionnalité des construits et ne suffit pas à mesurer toutes les formes de tensions de rôle existantes.

Par ailleurs, nos résultats enrichissent les connaissances en lien avec les théories du stress et des rôles. En effet, cette étude donne quelques éclairages quant aux facteurs et aux effets des tensions de rôle. Plus précisément, nous avons pu identifier quelques-uns de leurs déterminants (âge, sexe, nombre d'enfants à charge, nombre d'heures travaillées, *workaholisme*, étendue de contrôle et Nouveau Management Public) et de leurs conséquences (stress professionnel, intention de quitter et comportement innovant au travail) chez les cadres de santé. De plus, ce travail de recherche illustre et corrobore les théories du stress qui mobilisent les ressources. Conformément au modèle JD-R de Bakker et Demerouti (2007), nous avons découvert que les cadres de santé utilisent certaines ressources (réinterprétation positive, humour, soutien des collègues, soutien de la hiérarchie, soutien de la famille, soutien de la hiérarchie, utilisation de substances) pour modérer les relations directes entre les tensions de rôle et leurs effets négatifs (stress professionnel et intention de quitter). En effet, les cadres de santé utilisent ces différentes ressources pour atténuer l'effet néfaste de ces exigences au travail et améliorer leur bien-être. Nous avons aussi découvert que certaines de

ces ressources (réinterprétation positive, humour, soutien des collègues et de la hiérarchie) sont directement utilisées comme des stratégies d'ajustement pour, d'une part, diminuer le stress et l'intention de quitter, et d'autre part, augmenter le comportement innovant au travail. Nous en concluons que grâce à ces différentes ressources, le cadre de santé gère plus facilement les situations de tension. Ces ressources lui permettent même d'être plus innovant au travail. Cette réactivité et cette pro activité en termes de mise en place de stratégies efficaces lui permettent d'améliorer son quotidien. Notons également que l'utilisation de certaines stratégies peut être néfaste aux cadres de santé. En effet, notre étude révèle que la religion augmente le stress lié au conflit travail-famille, et que le désengagement comportemental accentue la baisse d'innovation au travail liée à l'ambiguïté de rôle. Par ailleurs, le désengagement comportemental et l'utilisation de substances agissent directement sur le stress et l'intention de quitter en les augmentant. Nous en concluons que certaines stratégies sont fonctionnelles alors que d'autres sont dysfonctionnelles.

- *Les contributions méthodologiques de la recherche :*

Le principal apport méthodologique de cette recherche réside dans son couplage des méthodologies utilisées. La majorité des études réalisées sur le thème des tensions de rôle est soit basée sur des données qualitatives, soit basée sur des données quantitatives. Ici, nous avons fait le choix de mobiliser à la fois les méthodes qualitatives et les méthodes quantitatives, dans le cadre d'une triangulation (Thiétart et al., 2007). La phase qualitative nous a permis d'explorer notre champ d'étude et de découvrir la vie quotidienne des cadres de santé. Cela a développé notre connaissance du secteur hospitalier et du métier de cadre de santé. Par ailleurs, cela a fait surgir des questionnements qui ont pu être posés lors de la phase confirmatoire. Cet apport méthodologique est d'autant plus important que nous avons utilisé le mode de l'observation non participante qui a permis de découvrir les cadres de santé en interaction réelle avec leur environnement de travail. Ces observations ont aussi enrichi les données collectées avec les entretiens réalisés au préalable. La phase quantitative, quant à elle, a permis de compléter et de confirmer nos premiers résultats, à une échelle plus importante, auprès de plusieurs centaines de cadres de santé répartis sur près d'une quarantaine d'établissements français. Cette phase quantitative nous a donné la possibilité de tester plusieurs hypothèses relatives aux différents concepts étudiés. Ainsi, nous avons pu vérifier et préciser les relations causales supposées en amont de cette recherche, entre les tensions de rôle et leurs déterminants, mais aussi entre les tensions de rôle et leurs effets directs.

L'apport méthodologique de cette recherche réside aussi dans l'utilisation de méthodes de seconde génération pour tester les échelles et les hypothèses centrales de notre modèle. Les méthodes d'équations structurelles (MES) ont l'avantage de pouvoir étudier des rapports de causalités multiples en incorporant les erreurs de mesure dans le processus d'évaluation (Roussel et al., 2002). Ces méthodes nous ont permis de renforcer la validité des échelles de mesure que nous avons mobilisées en les testant auprès d'un échantillon de cadres de santé en France. Le traitement des données statistiques ne s'est pas restreint à l'utilisation des MES. Nous avons utilisé l'analyse des variances, largement utilisée dans les travaux en sciences de gestion, pour tester les hypothèses relatives aux antécédents des tensions de rôle. Nous avons également mobilisé de nouveaux outils tels que la macro pour SPSS de Hayes (2013), qui utilise la méthode du *bootstrap* et qui est très pratique pour tester les effets de modération. En cela, nous pensons que notre étude est représentative de la multitude des méthodes mises à disposition des chercheurs en sciences sociales pour étudier les relations complexes entre des concepts difficilement quantifiables et observables de manière exacte et fiable. En conséquence, la complémentarité des différentes méthodes quantitatives s'est ajoutée à la complémentarité des approches qualitative et quantitative pour enrichir le traitement des données collectées.

- *Les contributions managériales de la recherche :*

Les résultats que nous avons obtenus grâce à notre étude présentent plusieurs intérêts managériaux. Tout d'abord, cette étude nous a permis d'identifier les différentes formes de tensions de rôle que perçoivent les cadres de santé du secteur public français. A ce sujet, nous avons découvert que ces derniers doivent faire face à des conflits de rôle, des ambiguïtés de rôle et une surcharge de travail.

Concernant les conflits de rôle, l'étude exploratoire nous a permis d'identifier des ***conflits de rôle intra-émetteurs*** expérimentés le plus souvent lorsque la direction de l'hôpital donne des injonctions contradictoires aux cadres de santé (exemple : exigence de qualité et de quantité dans la production de soins). L'étude confirmatoire a démontré que ce type de tension de rôle (mesuré avec l'échelle de Rizzo et al. (1970) épurée à l'issue de l'analyse factorielle confirmatoire) engendre un stress professionnel, une intention de quitter mais aussi un comportement innovant au travail. Nous en concluons que le conflit intra-émetteur peut être bénéfique à l'organisation car il favorise l'innovation du cadre de santé, mais il peut aussi être

néfaste à l'organisation car il augmente le stress et l'intention de quitter des cadres de santé. A ce titre, nous suggérons aux directions de soins des établissements hospitaliers français de prendre en considération ce paramètre et d'examiner plus précisément les conditions de faisabilité de leurs exigences vis-à-vis des cadres de santé. Pour cela, ils pourraient par exemple **mettre en place des comités** (organisés par pôles d'activité ou par groupements de services) qui feraient régulièrement le point sur les objectifs fixés (mesurés grâce à l'aide d'indicateurs) et les moyens (matériels et humains) alloués pour les atteindre. Il s'agirait d'inclure, au sein de ces comités, des cadres de santé référents qui puissent, en concertation, réfléchir à la fixation d'objectifs réalisables.

L'étude confirmatoire nous a aussi démontré que les cadres de santé utilisent l'humour pour diminuer le stress engendré par ce conflit de rôle. Nous suggérons donc aux gestionnaires des établissements hospitaliers de favoriser ce type de comportement chez les cadres de santé au sein de leur service. Pour cela, ils pourraient instaurer des formations qui se développent progressivement à ce sujet. L'intérêt grandissant pour la qualité de vie et le bien-être au travail engendre de nombreuses **initiatives prônant le bonheur et le rire au travail**. Par exemple, les entreprises font de plus en plus appel à des coaches de joie de vivre, à des animateurs de rire ou en yoga du rire. Ces techniques se multiplient notamment depuis la création du premier club de rire, en Inde, par un médecin généraliste⁷⁶ pionnier du mouvement du rire à travers le monde. L'apprentissage et l'utilisation du rire ainsi que de l'humour peuvent ainsi aider dans le travail quotidien à résoudre des situations difficiles. En 2010, la revue « *Vie sociale* » publie un numéro sur l'humour dans lequel plusieurs auteurs soulignent les bienfaits du rire et de l'humour dans le travail social. Ladsous (2010) y évoque l'humour pour désamorcer des situations « dramatisées » que l'on peut trouver également dans les secteurs sanitaire et médico-social.

Enfin, nous avons constaté que ce conflit de rôle est favorisé par certains facteurs (par exemple, le nombre d'heures travaillées). A ce sujet, nous invitons les cadres de santé et leurs dirigeants à réfléchir sur une **réorganisation du travail qui limiterait leur temps de travail**. Par exemple, **en constituant des binômes ou des équipes de cadres de santé** au sein d'un groupement de services (ou au sein d'un pôle d'activité) dans lesquels les cadres pourraient partager leurs responsabilités et travailler en collaboration pour se soulager quand ils sont en

⁷⁶ Le Dr Madan Kataria est l'auteur du livre « *Rire sans Raison* » et de nombreux articles parus dans différentes revues médicales.

situation de surcharge de travail. Ce conflit de rôle est aussi favorisé par le caractère *workaholiste* des cadres de santé et la perception des changements liés au Nouveau Management Public. Pour ces raisons, nous pensons que les établissements devraient **identifier (par enquête pour les cadres en poste ou par un questionnaire au moment du recrutement) et surveiller de près (par exemple, par le médecin ou le psychologue du travail) les cadres de santé addicts au travail**. Au risque, sinon, de voir augmenter, chez ce type de cadres de santé, les risques psychosociaux, les arrêts maladie et les départs volontaires qui coûtent aux organisations hospitalières. Le Nouveau Management Public étant le déterminant d'autres types de tensions de rôle, nous ferons des préconisations relatives à ce sujet par la suite.

Les études exploratoire et confirmatoire ont révélé que les cadres de santé perçoivent une autre forme de conflit de rôle : **le conflit travail-famille**. Ce conflit de rôle semble, lui aussi, favoriser le stress professionnel, l'intention de quitter et le comportement innovant au travail des cadres de santé. Les résultats indiquent qu'il est d'autant plus important chez les cadres de santé *workaholiques*, âgés de 31 à 40 ans, qui ont plusieurs enfants à charge, qui ont un rythme de travail important (nombre d'heures travaillées important) ou qui perçoivent les changements liés au Nouveau Management Public. Inspirés des travaux de Chrétien et Létourneau (2006), nous préconisons aux organisations hospitalières de **mettre en place des mesures facilitant la conciliation de ces deux rôles**. Par exemple, elles pourraient offrir un environnement de travail favorable à la famille **en aidant les membres de la famille** (exemples : service de garde sur le lieu de travail, aide financière à l'éducation et à la garde d'enfants en âge scolaire), **en octroyant des congés et des avantages sociaux** (exemples : congés pour raisons personnelles, assurance collective familiale, téléphone portable professionnel), **en aménageant le temps de travail** (exemples : flexibilité dans les horaires, temps partiels volontaires, travail partagé) ou en **réorganisant le travail** (exemples : redistribution des tâches, travail en binôme ou en équipe, développement de la polyvalence du personnel soignant). Si ces préconisations peuvent sembler coûteuses pour gérer le conflit travail-famille, rappelons que le stress et ses conséquences, ainsi que le turnover des cadres, le sont d'autant plus pour l'individu, son organisation et la société en général. En France, le coût du stress en 2000 représente 10 à 20 % des dépenses de la branche accidents du travail /

maladies professionnelles de la sécurité sociale, soit une estimation entre 830 et 1656 millions d'euros⁷⁷.

Par ailleurs, les cadres de santé semblent, encore une fois, utiliser l'humour pour diminuer l'intention de quitter favorisée par le conflit travail-famille. L'humour et le jeu avaient déjà été énoncés lors de la phase exploratoire. Il serait peut-être pertinent de promouvoir cette ressource, d'une façon ou d'une autre, au sein des centres de formation pour les cadres de santé. Par exemple, **les Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS) devraient inclure des modules de management où on leur apprendrait à ne pas se prendre trop au sérieux en permanence, à rire de leurs propres erreurs et à débiter les réunions et les entretiens avec une note d'humour.** En 2007, Lyttle propose plusieurs préconisations pour mieux manager grâce à l'humour comme par exemple utiliser l'autodérision ou rire de quelque chose plutôt que de quelqu'un. De petites initiatives, simples à mettre en place et peu coûteuses peuvent **favoriser l'humour et le rire dans les services** (exemples : mettre à disposition, en salle de repos par exemple, un tableau dédié aux notes et dessins d'humour ; promouvoir l'humour en dehors du lieu de travail avec des spectacles comiques ; prendre des temps collectifs avec les équipes pour rire autour d'une vidéo ou autre...). Même si cela semble dérisoire, de nombreuses études démontrent l'effet bénéfique de l'humour et de la bonne humeur sur le bien-être, la santé et la productivité des individus. A ce propos, l'ouvrage de Achor (2010) compile plusieurs travaux de recherche portant au total sur plus de 250 000 personnes. Ces études révèlent une corrélation entre le bonheur des salariés et leur contribution économique à l'entreprise. D'ailleurs, l'hôpital n'utilise-t-il pas déjà le rire et l'humour pour favoriser la guérison des enfants malades ? Parce qu'il rend la situation professionnelle moins négative, l'humour peut être aussi un moyen de réduire le stress au travail (Bottega, 2008 ; Ghasarian, 1999).

En ce qui concerne les *ambiguïtés de rôle*, l'étude exploratoire a démontré que pour les cadres de santé, elles étaient relatives aux tâches et à leurs missions. L'étude confirmatoire, quant à elle, a révélé que l'ambiguïté de rôle augmente le stress professionnel, l'intention de quitter, et diminue le comportement innovant au travail. A ce titre, il semble évident que **des clarifications doivent être faites quant au rôle et aux différentes missions confiés au cadre de santé.** Cela doit continuer à être enseigné, de manière générale, **au sein des**

⁷⁷ Béjean, S., Sultan-Taleb, H. et Wolff, N. (2003), Evaluation du coût du stress professionnel. Le cas de la France, 14^{ème} Congrès de l'ALASS.

Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS) en mettant à jour les formations en fonction des évolutions du métier. Cela doit aussi être davantage spécifié, de manière plus précise, **par les directions des soins et les pôles, en collaboration avec les cadres de santé.** Par exemple, **en communiquant davantage sur les projets futurs propres à leurs service et pôle, en renforçant le feedback sur l'activité, en les faisant participer davantage au processus décisionnel ou en les impliquant dans les définitions de leurs rôles.** Cette clarification doit également être faite lors des recrutements de cadres. Une description réaliste de la fonction permettra au candidat de prendre conscience de tous les aspects positifs et négatifs de sa future profession. De manière plus spécifique, les cadres de santé devraient aussi pouvoir **régulièrement (une fois par an) faire des points formels, en entretien individuel, avec leur hiérarchie directe pour clarifier leurs objectifs et missions futures.** Par ailleurs, notons que les cadres de santé interrogés utilisent encore une fois l'humour pour diminuer l'intention de quitter favorisée par ce type de tensions de rôle.

Au sujet de la *surcharge de travail*, l'étude révèle que la charge de travail quantitative augmente le stress professionnel et l'intention de quitter, alors que la charge de travail émotionnelle les diminue (d'autant plus grâce au soutien social). Par ailleurs, la charge de travail quantitative diminue le comportement innovant au travail. L'action du gestionnaire doit donc être menée sur la charge de travail quantitative du cadre de santé pour améliorer son bien-être au travail. Les résultats révèlent aussi que l'intensification du travail des cadres de santé est liée, en partie, à l'introduction des nouvelles méthodes de management à l'hôpital public. Nous soulignerons ce point en précisant que la perception des changements liés au Nouveau Management Public semble être un facteur commun à l'ensemble des tensions de rôle étudiées (excepté le conflit famille-travail). A ce titre, il semble nécessaire de remettre en question l'efficacité de telles méthodes implantées dans les organisations publiques. « *En voulant améliorer la performance de ces organisations, les changements liés au NMP produisent des effets négatifs sur l'efficacité, en raison d'une hausse de l'épuisement professionnel dont les effets négatifs sur l'absentéisme, la santé des employés et le turnover ont été largement démontrés* » (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012). Comme le suggèrent ces derniers auteurs, dans un contexte de forte pression économique, il serait plutôt nécessaire de « *développer des méthodes pour accompagner les acteurs à faire moins avec moins !* ». Les résultats de notre étude corroborent ces propos. **Une réflexion est donc à mener sur la charge de travail quantitative des cadres de santé, notamment ceux qui sont âgés de 31 à 40 ans, qui ont un nombre d'heures hebdomadaires travaillées élevé et qui sont**

workaholiques. En effet, ce sont ces profils qui sont les plus touchés par ce type de tension de rôle.

Les résultats indiquent aussi que les cadres de santé utilisent l'humour pour diminuer le stress et l'intention de quitter favorisés par la charge de travail quantitative, ainsi que la réinterprétation positive pour diminuer le stress engendré par la charge de travail quantitative. La **réinterprétation positive** a souvent été citée lors de la phase exploratoire, au même titre que la **mise à distance**, pour relativiser la tension des situations. Tout comme l'humour, ce type de comportement est bénéfique pour le bien-être de l'individu. C'est aussi une attitude et un savoir-être qu'il faudrait **introduire dans la formation des cadres de santé**. Cette prise de recul et cette mise à distance ne sont pas faciles à acquérir et nécessitent parfois un long apprentissage. Aussi, nous préconisons aux gestionnaires des établissements hospitaliers de proposer aux cadres de santé des sessions de formation qui favoriseraient cela.

Par exemple, les **formations en improvisation** permettent à l'individu de développer des comportements réflexes d'écoute, de réflexion et de réactivité qui peuvent l'aider à gérer de multiples sollicitations, avec le recul nécessaire. L'improvisation est un concept étudié dans la littérature sur le management (Chédotel, 2005). Par ailleurs, ce concept se traduit par plusieurs initiatives concrètes au sein des entreprises (manuels, stages, ateliers d'improvisation) qui ont pour objectif d'accroître la réactivité aux imprévus et d'améliorer la performance des équipes (Bachir-Loopuyt, T., Canonne, C., Saint-Germier, P. et Turquier, B., 2010). Ces initiatives permettent l'apprentissage de compétences « improvisationnelles » sur le plan individuel mais aussi organisationnel. L'improvisation organisationnelle, très étudiée en contexte de crise et d'urgence (comme c'est le cas à l'hôpital), est un moyen d'« *agir en temps réel dans un contexte d'incertitude et de pression temporelle* » (Chédotel et Vignikin, 2014). Il semble donc nécessaire de s'intéresser à ce type de comportement bénéfique en termes d'innovation, d'efficacité et de gestion des situations complexes. A l'hôpital, le cadre de santé est souvent confronté à une multitude d'urgences imprévues auxquelles il doit réagir de manière efficace et rapide au risque, sinon, de faire face à une surcharge de travail grandissante.

Le **yoga** (et autres techniques de relaxation) est un autre moyen qui permet le détachement et la prise de recul sur les événements stressants quotidiens. Lors d'un entretien en phase exploratoire, un cadre supérieur de santé a souligné que les cours de yoga lui permettent de

mettre à distance certaines situations difficiles sur le plan émotionnel. Des études montrent que le yoga, par certains aspects (comme par exemple la méditation transcendantale), a un impact positif sur le stress des individus (Adhia, Nagendra et Mahadevan, 2010). Une revue de plus de 500 études conduites dans plus de 200 universités à travers 33 pays révèle que la méditation transcendantale aide à diminuer le niveau de stress (Orme-Johnson, Zimmerman et Hawkins, 1992). A ce titre, nous préconisons aux dirigeants hospitaliers de mettre en place, au sein de leurs établissements, des **cours hebdomadaires de yoga et autres techniques de relaxation** pour que les cadres de santé apprennent à se détacher des tensions quotidiennes vécues dans leurs services.

Les résultats de notre étude ont révélé que certaines stratégies de *coping* ont un rôle modérateur entre les tensions de rôle et leurs effets, mais ils ont aussi démontré que certaines stratégies ont un effet direct sur le stress, l'intention de quitter et le comportement innovant des cadres de santé. La réinterprétation positive, l'humour, les soutiens des collègues et de la hiérarchie agissent en diminuant le stress et l'intention de quitter des cadres de santé, et en augmentant le comportement innovant au travail.

Au sujet du **soutien social**, nous pouvons conclure qu'il est nécessaire de **favoriser celui de la hiérarchie et celui des collègues**. Dès l'étude exploratoire, nous nous sommes rendus compte que le rôle de ces soutiens était très important pour les cadres de santé. Les échanges avec les collègues et la hiérarchie directe permettent de réduire les tensions vécues au quotidien par les cadres de santé. C'est pourquoi nous recommandons aux établissements d'instaurer des lieux et des organisations de travail qui favorisent ces échanges. Par exemple, il serait pertinent d'organiser **des séances d'analyse de pratiques professionnelles** entre les cadres de santé, pour qu'ils puissent réfléchir ensemble à la gestion de leur quotidien. Durant ces séances, les cadres pourraient, de manière formelle et organisée (par un intervenant extérieur, expert en analyse des pratiques professionnelles), relater leurs expériences en s'enrichissant les uns des autres de nouvelles méthodes de travail. L'analyse de pratiques professionnelles (APP) est un outil de professionnalisation qui se développe depuis les années 1990, notamment dans le secteur sanitaire, social et médico-social. L'APP permet la prise de recul par rapport à l'action mais aussi le partage de connaissances. Dans la même optique, les établissements pourraient **organiser le travail des cadres en binômes**, au sein d'un même pôle, pour qu'ils puissent s'enrichir mutuellement et se soutenir dans les tâches quotidiennes.

De même, les dirigeants hospitaliers pourraient créer des **espaces dédiés à la discussion** pour les cadres de santé. Par exemple, chaque pôle d'activité pourrait disposer d'une salle de réunion agréable et au calme pour que les cadres de santé puissent s'y retrouver et échanger, autour d'un café, sur des situations ponctuelles vécues au sein des services.

De manière plus globale, ce travail de recherche nous mène à penser que les centres de formation et les établissements hospitaliers doivent être davantage sensibilisés aux tensions de rôle que perçoivent les cadres de santé français. Les tensions de rôle sont étudiées auprès de nombreuses populations par les chercheurs en sciences humaines et sociales, mais elles sont encore mal connues des professionnels sur le terrain. Par conséquent, nous préconisons aux dirigeants des établissements français de **communiquer en interne** sur le sujet (par exemple, **en organisant des conférences sur ce thème**), pour notamment **sensibiliser les directions de soins et les directions de ressources humaines**. Nous préconisons aussi de **sensibiliser les futurs dirigeants d'établissements qui sont en formation**. Pour cela, les responsables d'enseignement des différentes écoles qui forment ces futurs managers devraient inclure l'apprentissage de ce concept dans les modules dédiés à la gestion des ressources humaines. Par ailleurs, nous préconisons aux IFCS de **sensibiliser les cadres de santé** aux tensions de rôle (en précisant leurs différentes formes, leurs causes et leurs conséquences) et aux différents moyens d'y faire face (stratégies d'ajustement). Il est également nécessaire que les enseignants et les formateurs exerçants dans ces établissements de formation soient eux aussi bien informés sur ce concept. Comme nous l'avons constaté, les tensions de rôles sont complexes et variées. Il est donc important de **clarifier ce concept au plus grand nombre (dirigeants des établissements sanitaires et médico-sociaux (ESMS) ; futurs managers d'ESMS; directeurs de soins ; directeurs des ressources humaines ; formateurs ; enseignants ; cadres supérieurs de santé ; cadres de santé...)**, en précisant ses formes, ses déterminants mais aussi ses conséquences pour l'individu et son organisation.

En termes de conséquences, les résultats de notre recherche révèlent que les tensions de rôle ont un effet sur le stress professionnel et l'intention de quitter des cadres de santé. Si nous avons énuméré plusieurs préconisations pour réduire les différentes tensions de rôle de ces derniers, il est tout aussi nécessaire de proposer des solutions pour gérer les effets qu'elles engendrent. En 2014, une synthèse d'études sur le coût du stress professionnel et des risques psychosociaux réalisée par l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail (EU-Osha) démontre qu'un euro investi en prévention rapporte 13 euros en bénéfices. Ce même

rapport indique qu'en France, les maladies cardiovasculaires liées au stress professionnel coûtent entre 388 et 715 millions d'euros par an, et que les troubles musculo-squelettiques liés aux exigences élevées de l'emploi coûtent 27 millions d'euros. Rappelons également que l'étude de Trontin et al. (2010) révèle qu'en France, en 2007, le coût social total du stress professionnel (comprenant les soins de santé et la perte de richesse pour cause d'absentéisme, de cessation d'activité et de décès prématuré) est estimé entre 1,9 et 3 milliards d'euros.

Les solutions que nous proposons pour gérer les effets néfastes des tensions de rôle se réfèrent aux différents besoins de l'individu. En premier lieu, nous préconisons aux gestionnaires des établissements de santé **d'améliorer les conditions de travail des cadres de santé pour favoriser leur bien-être quotidien**. Cette amélioration passe par les **conditions matérielles et l'aménagement de leurs locaux et bureaux**. Tout est à prendre en considération : un **espace dédié au travail adapté** (suffisant en termes d'espace, propre, bien éclairé, avec le confort thermique, avec les outils et les matériels bureautiques nécessaires, avec les fauteuils ergonomiques...), mais aussi des **espaces « sociaux »** tels que cafétéria, espaces dédiés à la discussion, salle de repos au calme et équipées (distributeurs de boissons, fauteuils confortables...), ou encore des **salles de sport et de relaxation** pour évacuer les tensions quotidiennes. Un rôle est aussi à jouer par les cadres supérieurs de santé ou les directeurs de soins pour répondre au besoin d'appartenance des cadres de santé. Nous préconisons à ce sujet **d'organiser des évènements qui fédèrent et rassemblent les cadres de santé** (exemples : projets collectifs, *co-working*, déjeuners ou soirées autour d'évènements particuliers, sorties sportives ou culturelles,...). Pour répondre au besoin de reconnaissance, les chefs de pôles et les cadres supérieurs de santé devraient aussi **formaliser des félicitations et des remerciements** (par courriel ou à l'oral lors de réunions collectives) lorsque les cadres de santé atteignent des objectifs ou proposent de nouvelles idées bénéfiques au fonctionnement des unités de soins et de l'établissement. Le besoin de réalisation de soi est aussi à prendre en considération pour motiver les cadres de santé. A ce sujet, un rôle est à jouer par les **services des ressources humaines des établissements qui doivent soutenir les cadres de santé en termes de formation, d'évolution des compétences et de gestion de carrière**. Par exemple, il serait intéressant d'attribuer aux cadres de santé expérimentés un rôle consultatif qui leur permettrait de mettre à profit leurs connaissances pour aider les autres cadres de santé. Ces différentes mesures sont quelques pistes à suivre pour gérer le stress ainsi que l'intention de quitter des cadres de santé, et atténuer les effets néfastes qu'ils entraînent (baisse de la performance, absentéisme, arrêts maladies, turnover, coûts humains et

financiers...). En conséquence, ces mesures pourraient aussi améliorer la qualité de leur management des équipes soignantes.

Pour terminer sur les implications managériales, nous soulignons que les cadres de santé utilisent parfois des **stratégies de coping dysfonctionnelles** qui ne sont pas à conseiller, et qui pour certaines sont à **surveiller** (par la médecine du travail par exemple). En effet, notre étude révèle que l'utilisation de substances et le désengagement comportemental augmentent le stress professionnel et l'intention de quitter, et diminuent le comportement innovant des cadres de santé. Ces stratégies sont néfastes pour la santé des cadres mais également inefficaces sur le long terme car le problème subsiste sans être résolu. Il est donc tout aussi nécessaire **d'informer les cadres de santé sur les risques que peuvent entraîner de tels comportements**. Par conséquent, nous préconisons aux directions des établissements, et de manière plus générale aux pouvoirs publics, de sensibiliser les cadres de santé à ce sujet (exemple : campagne de communication sur les méfaits des addictions). Les études révèlent que les comportements addictifs (au travail, aux médicaments, à l'alcool et autres substances nocives) se multiplient notamment chez les cadres (Légeron, 2004). Il est donc important de se préoccuper de ce phénomène qui coûte à la santé des individus et à celle des organisations.

- *Les limites de la recherche :*

La première limite de cette recherche est liée à la complexité des concepts étudiés et à leur mise en relation. Ces phénomènes complexes sont d'autant plus difficiles à analyser qu'ils sont des perceptions qui ne reflètent pas toujours exactement la réalité des faits. Sans aucune prétention, à travers ce travail de recherche, nous avons tenté d'éclairer les gestionnaires des établissements hospitaliers sur les perceptions et les comportements des cadres de santé vis-à-vis des tensions de rôle et des conséquences qu'elles engendrent.

Une autre limite de ce travail réside dans l'utilisation d'échelles pré-existantes qui ne sont pas totalement adaptées aux éléments étudiés. Cette limite porte principalement sur l'échelle de Rizzo et al. (1970) dont les dimensions ne suffisent pas à cerner toute la complexité et la variété des formes de tensions de rôle existantes. De même, l'échelle que nous avons utilisée pour les stratégies d'ajustement n'a pas suffi, suite à son épuration, à quantifier la variété des *copings* utilisés par les cadres de santé. Nous soulignons aussi le manque de finesse de la mesure d'intention de quitter pour laquelle nous n'avons pas distingué l'intention de quitter la profession, l'établissement et le service.

D'autres limites méthodologiques sont à souligner. Par exemple, nous sommes conscients de ne pas avoir étudié l'ensemble des cofacteurs pouvant influencer le développement de tensions de rôle (exemples : influences du service et du type d'établissement dans lesquels évoluent les cadres de santé, influence de l'autonomie des cadres...). Ces limites ouvrent le champ à d'autres recherches futures.

Enfin, tous les moyens utilisés pour collecter les données (entretiens semi-directifs, observations non participantes et questionnaire en ligne) présentent des limites qui leur sont propres et que nous avons tentées de minimiser en les diversifiant. Malgré la mobilisation d'échelles fiables et dont les qualités psychométriques sont éprouvées dans la littérature, l'utilisation de questionnaires auto-administrés soulève des questions de subjectivité et de biais de variance commune. La taille des échantillons que nous avons utilisés pour les études exploratoire et confirmatoire pose aussi un problème de validité externe qui ne permet pas de généraliser les résultats obtenus.

- *Les perspectives futures de la recherche :*

Les limites que nous venons de citer incitent à planifier de futures recherches. Ce travail de recherche nous a d'abord démontré qu'il serait nécessaire de développer de nouveaux instruments plus adaptés à notre population d'étude pour mesurer les tensions de rôle et les stratégies d'ajustement. Il serait aussi intéressant d'identifier et d'étudier les autres stratégies de *coping* qui favorisent le comportement innovant au travail des cadres de santé.

Par ailleurs, cette étude a fait émerger des résultats qu'il reste à approfondir. Par exemple, l'étude et l'identification d'autres déterminants (exemples : l'unité de soins, le type d'établissement, l'autonomie des cadres de santé...) des tensions de rôle permettront d'affiner l'analyse et les implications managériales qui en découlent.

Une réflexion est aussi à mener sur le positionnement des variables dans notre modèle de recherche. Nous avons fait le choix de positionner les stratégies d'ajustement comme des variables modératrices entre les tensions de rôle et leurs conséquences. Ces dernières sont peut-être à positionner différemment (par exemple, comme variables médiatrices). Il en est de même concernant les variables individuelles (âge, sexe...) qui sont souvent positionnées dans

la littérature comme des variables modératrices entre les tensions de rôle et leurs conséquences (Van Shell et al., 1981).

L'analyse des corrélations nous mène à penser qu'il existe un lien entre l'intention de quitter et le stress professionnel des cadres de santé. Cela est aussi à vérifier.

Enfin, de plus amples recherches sont à mener sur l'effet bénéfique de la charge de travail émotionnelle des cadres de santé. Les résultats que nous avons démontrés sont étonnants et nécessitent une étude plus spécifique à ce sujet. A ce propos, il serait intéressant d'étudier la caractéristique « orientation patient » qui pourrait avoir une influence sur cette forme de tension de rôle.

BIBLIOGRAPHIE

Abbott, A.D. (1988), *The system of professions : essay on the division of expert labour*, University of Chicago Press, Chicago.

Abord de Chatillon, E. et Desmarais, C. (2012), Le Nouveau Management Public est-il pathogène ?, *Management International*, vol. 16, n°3, p. 10-24.

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

Achor, S. (2010), *The Happiness Advantage: The Seven Principales of Positive Psychology That Fuel Succes and Performance ar Work*, Crown Business.

Adhia, H., Nagendra, H.R. et Mahadevan, B. (2010), Impact of adoption of yoga way of life on organizational performance, *International Journal of Yoga*, vol. 3, n° 2, p. 55-66.

Aguinis, H. (1995), Statistical Power Problems with Moderated Multiple Regression in Management Research, *Journal of Management*, vol. 21, n° 6, p. 1141-1158.

Aiken, L.S. et West, S.G. (1991), *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*, Newbury Park, CA: Sage.

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 d'Aix-Marseille.

Allen, N.J. et Meyer, J.P. (1996), Affective, continuance, and normative commitment to the organization : an examination of construct validity, *Journal of Vocational Behavior*, vol. 49, p. 252-276.

Amabile, T.M., Conti, R., Coon, H., Lazenby, J. et Herron, M. (1996), Assessing the work environment for creativity, *Academy of Management Journal*, vol. 39, p. 1154-84.

Amabile, T.M. (1988), A model of creativity and innovation in organization, *Research in Organizational Behavior*, vol. 10, p. 123-167.

Amar, A. et Berthier, L. (2006), Le nouveau management public : avantages et limites, *XVI internationale RESER conference*, Lisbon.

Ano, G.G. et Vasconcelles, E.B. (2005), Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis, *Journal of Clinical Psychology*, vol. 61, p. 461-480.

Ashburner, L., Ferlie, E. et Fitzgerald, L. (1996), Organizational transformation and top-down change: the case of the NHS, *British Journal of Management*, vol. 7, n°1, p. 1-16.

Ashforth, B.E. (2001), *Role transitions in organizational life: an identity-based perspective*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey.

Ashforth, B.E. et Lee, R.T. (1990), Defensive behavior in organizations: a preliminary model, *Human Relations*, vol. 43, p. 621-48.

Ashforth, S.J. et Sakes, A.M. (1995), Work role transitions : a longitudinal examination of the Nicholson model, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 68., p. 157-175.

Aspinwall, L.G. et Taylor, S.E. (1997), A stitch in time: Self-regulation and proactive coping, *Psychological Bulletin*, n°121, p. 417-436.

Aziz, S. et Zickar, M.J. (2006), A Cluster Analysis Investigation of Workaholism as a Syndrome, *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 11, n° 1, p. 52–62.

Babin, B.J. et Boles, J.S. (1998), Employee behavior in a service environment: A model and test of potential differences between men and women, *Journal of Marketing*, vol. 62, n° 2, p. 77-91.

Bachir-Loopuyt, T., Canonne, C., Saint-Germier, P. et Turquier, B. (2010), Improvisation : usages et transferts d'une catégorie, *Tracés*, n°18, p. 5-20.

Baile, S. et Diwany, J. (2011), Prédire l'intention de départ des cadres – un modèle structurel d'impact des antécédents comportementaux appliqué aux cadres du secteur financier marocain, *Actes du 22^{ème} Congrès de l'AGRH*.

Bakker, A. et Demerouti, E. (2007), The Job Demands-Resources model : state of the art, *Journal of Managerial Psychology*, vol. 22, n° 3, p. 309-328.

Bakker, A.B., Demerouti, E. et Euwema, M.C. (2005), Job resources buffer the impact of job demands on burnout, *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 10, p. 170-180.

Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Sixma, H., Bosveld, W. et Van Dierendonck, D. (2000), Patientdemands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners, *Journal of Organizational Behavior*, n° 21, p. 425-441.

Bardin, L. (2009), *L'analyse de contenu*, PUF, Paris.

Baret, C. (2013), Les défis de la gestion du changement dans les organisations de santé. Commentaires, *Sciences Sociales et Santé*, vol. 31, n° 2, p. 65-69.

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.

Baret, C., Oiry, E., Codello-Guijarro, P. et Koffi, P. (2011), Surmonter les difficultés de la mise en œuvre de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) à l'hôpital public : les rapports d'une approche en termes « d'effectivité », *Actes du 22^{ème} Congrès de l'AGRH*.

Baret, C. et Robelet, M. (2010), Quelles nouvelles pratiques pour réduire les tensions de la relation patient-soignant à l'hôpital ?, dans Retour, D., Dubois, M. et Bobillier-Chaumon, M.E., *Nouveaux services, nouveaux usages*, Bruxelles : De Boeck.

Baron, R.M. et Kenny, D.A. (1986), The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 51, p. 1173-1182.

Barrera, M. (1986), Distinctions between social support concepts, measures, and models, *American Journal of Community Psychology*, vol. 14, p. 413-444.

Bartoli, A. (2009), *Management dans les organisations publiques*, Dunod, Paris.

Baruch-Feldman, C., Brondolo, E., Ben-Dayana, D. et Schwartz, J. (2002) Sources of social support and burnout, job satisfaction, and productivity, *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 7, n° 1, p. 84-93.

Battistelli, A., Portoghese, I., Galletta, M. et Pohl, S. (2013), Beyond the tradition : test of an integrative conceptual model on nurse turnover, *International Nursing Review*, vol. 60, p. 103-111.

Battistelli, A. et Picci, P. (2008), Implication au travail, sentiment de compétence et engagement affectif ont-ils une influence négative sur le comportement d'innovation ?, *Actes du 15^{ème} Congrès de l'AIPTLF*.

Beauchamp, M.R., Bray, S.R., Eys, M.A. et Carron, A.V. (2002), Role ambiguity, role efficacy, and role performance: Multidimensional and mediational relationships within interdependent sport teams, *Group Dynamics, Theory, Research, and Practice*, vol. 6, p. 229-242.

Beauchamp, M.R., Bray, S.R., Eys, M.A. et Carron, A.V. (2003), The effect of role ambiguity on competitive state anxiety, *Journal of Sport & Exercise Psychology*, vol. 25, p. 77-92.

Beauregard, L. et Dumont, S. (1996), La mesure du soutien social, *Service social*, vol. 45, n° 3, p. 55-76.

Bedeian, A.G. et Armenakis, A.A. (1981), A path-analytic study of the role consequences of role conflict and ambiguity, *Academy of Management Journal*, vol. 24 n°2, p. 417-424.

Beehr, T.A. (1976), Perceived situational moderators of the relationship between subjective role ambiguity and role strain, *Journal of Applied Psychology*, vol. 61, p. 35-40.

Beehr, T. et Newman, J. (1978), Job stress, employee health, and organizational effectiveness: a facet analysis, model, and literature review, *Personnel Psychology*, vol. 31, p. 665-699.

Béjean, S., Sultan-Taleb, H. et Wolff, N. (2003), Evaluation du coût du stress professionnel. Le cas de la France, *14^{ème} Congrès de l'ALASS*.

Beldi, A., Cheffi, W. et Wacheux, F. (2006), L'utilisation de l'information comptable par les managers. Proposition d'une grille d'analyse fondée sur la théorie de la structuration, *Congrès de l'AFC*.

Bezes, P. (2011), *New Public Management made in France*, dans *L'hôpital en réanimation*, sous la direction de Mas, B., Pierru, F., Smolski, N. et Torrielli, R, Editions du croquant.

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

Blais, A-R. (2002), Coping with stressful decisions: individual differences, appraisal, and choice, Dissertation abstracts international: Section B: *The sciences and engineering*, 62 (8B), 1 3793.

Blanchet, A. et Gotman, A. (1992), *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : collection 128, Nathan.

Bolton, S.C. (2000), Nurses as managers: between a professional rock and an HRM hard place?, *Human Resource Development International*, vol. 3, n°2, p. 229-234.

Bolton, S. C. (2004), A simple matter of control? NHS hospital nurses and new management, *Journal of Management Studies*, vol. 41, n°2, p. 317-333.

Bonebright, C.A., Clay, D.L., et Ankenmann, R.D. (2000), The relationship of workaholism with work-life conflict, life satisfaction, and purpose in life, *Journal of Counseling Psychology*, 47, 469-477.

Bonnici, B. (2007), *L'hôpital : obligation de soins, contraintes budgétaires*, La documentation française, Paris.

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, p. 80-95.

Bottega, C. (2008), L'humour est-il un outil de management, *Humanisme et Entreprise*, vol. 3, n° 288, p. 21-34.

Bouchard, M.A. et Foucher, R. (1995), Les formes de conflits de rôles : étude exploratoire basée sur les catégories de Kahn & al., Actes du 6^{ème} Congrès de l'AGRH.

Bourdil, M. (2007), *Motivation des téléconseillers par les primes d'objectifs*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Montpellier 2.

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

Bourret, P. (2006), *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Editions Seli Arslan, Paris.

Brabet, J. (1988), Faut-il encore parler d'approche qualitative et d'approche quantitative?, *Recherches et applications en Marketing*, vol. 3, n° 1, p. 75-89.

Brannon, D., Barry, T., Kemper, P., Schreiner, A. et Vasey, J. (2007), Job Perceptions and Intent to Leave Among Direct Care Workers: Evidence from the Better Jobs Better Care Demonstrations, *The Gerontologist*, vol. 47, n° 6, p. 820-830.

- Breaugh, J.A. et Colihan, J.P. (1994), Measuring Facets of Job Ambiguity: Construct Validity Evidence, *Journal of Applied Psychology*, vol.79, n°2, p.191-202.
- Brener, J. (1978), Visceral perception, dans Beatty, J. (ed.), *Biofeedback and Behaviour: a NATO Symposium*, Plenum Press, New York.
- Brenner, S.O., Sorbom, D. et Wallius, E. (1985), The stress chain: a longitudinal study of teacher stress, coping, and social support, *Journal of Occupational Psychology*, vol. 58, p. 1-13.
- Brown, P. et Peterson, R.A. (1993), Antecedents and consequences of salesperson job satisfaction: a meta analysis and assessment of causal effects, *Journal of Marketing Research*, vol. 30, p. 63-77.
- Bruchon-Schweitzer, M.L. (2001), Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress, *Recherche en soins infirmiers*, n°67, p. 68-83.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1994), Les problèmes d'évaluation de la personnalité aujourd'hui, *Les techniques psychologiques d'évaluation des personnes*, Actes du Congrès International, Paris EAP, p. 300-323.
- Brunel, O. et Grima, F. (2010), Faire face au conflit travail/école : analyse des stratégies d'ajustement, *Revue M@n@gement*, vol. 13, n° 3, p. 172-204.
- Brunstein, I. (1999), *L'homme à l'échine pliée, Réflexions sur le stress professionnel*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Bunce, D. (1991), *Innovation as a response to occupational stress*, Thèse de doctorat, University of Sheffield (England).
- Bunce, D.J. et West, M.A. (1994), Changing work environments: Innovative coping responses to occupational stress, *Work & Stress*, vol. 8, p. 319-331.
- Burellier, F. (2011), *Etre ou ne pas être médecin-gestionnaire ? Etude de la transition vers le 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 », Actes du 19^{ème} Congrès de l'AGRH.
- Burns, T. et Stalker, G.M. (1966), *The management of innovation*, Tavistock, Londres.
- Burkes, R.J., Tamara, W. et Richard, E.D. (1979), Type a behaviour of administrators and wives' reports of marital satisfaction and well-being, *Journal of Applied Psychology*, vol. 64, p. 57-65.
- Burkus, D. (2012), Leading Creatives : Recherche and Implications on Leading Creative Work Teams, *Strategic Leadership Review*, vol. 3, n° 4, p. 71-76.
- Burley, K.A. (1994), Gender differences and similarities in coping responses to anticipated

work-family conflict, *Psychological Reports*, vol. 74, n° 1, p. 115-123.

Butler, A.B., Grzywacz, J.G., Bass, B.L. et Linney, K.D (2005), Extending the demands-control model : a daily diary study of job characteristics, work-family conflict and work-family facilitation, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 78, p. 155-169.

Butler, S.R. et 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.

Butterfield, R., Edwards C. et Woodall J. (2005), The New Public Management and Managerial Roles: the Case of the Police Sergeant, *British Journal of Management*, vol. 16, n° 4, p. 329-341.

Button, W. J. et Roberts, G. (1997), Communication, clinical directorates, and the corporate NHS, *Journal of Public Relations Research*, vol. 9, n°2, p. 141-162.

Callahan, S. et Chabrol, H. (2004), Relations entre défense et *coping* : étude du *Defense Style Questionnaire* et du *Brief COPE* dans un échantillon non clinique d'adultes jeunes, *L'Encephale*, vol. 30, p. 92-93.

Canaoui, P. et Mauranges, A. (2001), *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*, Paris : Masson.

Capdevielle-Mougnibas, V. (2009), Intérêts et limites de la méthodologie Alceste pour le vécu de l'annonce de diagnostic, *Critical Thinking in Health Psychology*, 323 International Society of Critical Health Psychology, *6th Biennial Conference*, Lausanne.

Caplan, R.D., Cobb, S. et French, J.R. (1975), Relationships of cessation of smoking with job stress, personality, and social support, *Journal of Applied Psychology*, vol. 60, p. 211-219.

Caplan, G. (1974), *The Family as Support System. Support System and Mutual Help : Multidisciplinary Explorations*, dans Caplan G. et Killilea M. (Eds), New York : Grune and Stratton.

Carlson, D.S. et Perrewé, P.L. (1999), The role of social support in the stressor-strain relationship: An examination of work-family conflict, *Journal of Management*, vol. 25, n° 4, p. 513-540.

Carmeli, A. et Weisberg, J. (2006), Exploring turnover intentions among three professional groups of employees, *Human Resource Development International*, vol. 9, n° 2, p. 191-206.

Carpenter, T.P., Laney, T. et Mezulis, A. (2011), Religious coping, stress, and depressive symptoms among adolescents: a prospective study, *Psychology of Religion and Spirituality*.

Carricano, M., Poujol, F. et Bertrandias, L. (2010), *Analyse de données avec SPSS*, Pearson Education France, Paris.

Carrier Vernet, A. (2012), *Implication organisationnelle et épuisement professionnel : une analyse par la théorie de la conservation des ressources*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Grenoble.

Carver, C.S. (1997), You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, vol. 4, n° 1, p. 92-100.

Carver, C.S., Scheier, M.F. et Weintraub, J.K. (1989), Assessing coping strategies : a theoretically based approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 56, n° 2, p. 267-283.

Casper, W.J. et Buffardi, L.C. (2004), Work-life benefits and job pursuit intentions: The role of anticipated organizational support, *Journal of Vocational Behavior*, vol. 65, p. 391-410.

Chaminade, B. (2003), *Identifier et fidéliser vos salariés de talent*, Afnor.

Chan, D.W. (1998), Stress, coping strategies, and psychological distress among secondary school teachers in Honk Kong, *American Educational Research Journal*, vol. 35, n° 1, p. 145-163.

Chang, C.S., Chen, S.Y. et Lan, Y.T. (2011), Raising nurses' job satisfaction through patient-oriented perception and organizational citizenship behaviors, *Nursing Research*, vol. 60, n°1, p. 40-46.

Chaty, L. (1997), *L'Administration face au management*, l'Harmattan, Paris.

Chedotel, F. (2005), L'improvisation organisationnelle. Concilier formalisation et flexibilité d'un projet, *Revue Française de Gestion*, vol. 1, n° 154, p. 123-140.

Chedotel, F. et Vignikin, A. (2014), Quel lien entre la mémoire des organisations et l'efficacité de l'improvisation ? Résultats d'une enquête longitudinale, *Management International*, Vol. 18, n° 2, p. 80-91.

Cherkaoui, M. (1999), rubrique « Rôle », dans Boudon, R. et Besnard, P., *Dictionnaire de la sociologie*, Larousse, Paris.

Chonko L.B., Howell R.D. et Bellenger D., (1986), Congruence in sales force evaluations: relation to sales force perceptions of conflict and ambiguity", *Journal of Personal Selling and Sales Management*, vol. 6, p. 35-48.

Claveranne, J.P. (2003), L'hôpital en chantier : du ménagement au management, *Revue française de gestion*, n° 146, p. 125-129.

Cobb, S. (1976), Social Support as a Moderator of Life Stress, *Psychosomatic Medecine*, vol. 38, p. 300-314.

Codo, S. (2012), Le stress des managers intermédiaires territoriaux : le rôle de l'engagement au travail, *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, vol. 3, n° 85, p. 20-35.

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

Coenen-Huther, J. (2005), Heurs et malheurs du concept de rôle social, *Revue européenne des sciences sociales* (en ligne), XLIII-132.

Cohen, S., Kamarck, T. et Mermelstein, R. (1983), A global measure of perceived stress, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 24, p. 385-396.

Colle, R. (2006), *L'influence de la GRH à la carte sur la fidélité des salariés : le rôle du sentiment d'auto-détermination*, Thèse de Doctorat en sciences de gestion, CEROG – IAE d'Aix-en-Provence.

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

Conley, S. et Woosley, S.A. (2000), Teacher role stress, higher order needs and work outcomes, *Journal of Educational Administration*, vol. 38, n°2, p. 179-201.

Commeiras, N. et Fournier, C. (2012), La force de vente : un cas exemplaire de rotation du personnel, dans *Encyclopédie des Ressources Humaines*, Allouche, J. (coord.), ed Vuibert, 3^{ème} édition.

Commeiras, N. et Fournier, C. (2002), Ambiguïté de rôle et implication organisationnelle des forces de vente : une approche multidimensionnelle, dans *L'implication au travail*, J.P. Neveu et M. Thévenet (coord.), ed. Vuibert, collection Entreprendre, Institut Vital Roux, p. 99-112.

Commeiras, N. et Fournier, C. (1998), L'influence de l'ambiguïté de rôle et de l'implication organisationnelle sur l'intention du vendeur de quitter l'entreprise : une vision enrichie des relations, Actes du Congrès de l'AGRH.

Commeiras, N., Loubès, A. et 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.

Commeiras, N., Fournier, C. et 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, Actes du 14^{ème} Congrès de l'AGRH.

Cooper, C.L. (1986), Job distress: recent research and the emerging role of the clinical occupational psychologist, *Bulletin of the British Psychological Society*, vol. 39, p. 325-331.

Cooper, C. L. et Cartwright, S. (1994), Healthy Mind; Healthy Organization - A Proactive Approach to Occupational Stress, *Human Relations*, vol. 47, n° 4, p 455-471.

Costa, P.T., Somerfield, M.R. et Mc Crae, R.R. (1996), *Personality and coping: a reconceptualization*, dans M. Zeidner et N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping : Theory, research, applications*, New York : Wiley, chap. 3, p. 44-61.

Coulon, R. (2011), Le cadre de santé, la gestion et le soin, Actes du 22^{ème} 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. 25.
- 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.
- Cousin, O. (2009), Entre contrainte et plaisir : le travail des cadres, *Sciences Humaines*, n° 210, p. 36-39.
- Cousson-Gélie, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J. et Rasclen, N. (1996), Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping : validation française de la WCC (Ways of Coping Checklist), *Psychologie Française*, vol. 41, n° 2, p.155-164.
- Cox, T. (1993), *Stress Research and Stress Management: Putting Theory to Work*, HSE Books, Sudbury.
- Cramer, P. (1998), Coping and defense mechanisms : what's the difference ? *Journal of Personality*, vol. 66, n° 6, p. 919-46.
- Cramer, P. (2000), Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation, *American Psychologist*, vol. 55, n° 6, p. 637-46.
- Crant, J.M. (2000), Proactive behavior in organizations, *Journal of Management*, vol. 26, n° 3, p. 435, 28p.
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977), *L'acteur et le système*, Edition du Seuil, Paris.
- Cueille, S. (2008), *Transformation organisationnelle à l'hôpital dans Le management public en mutation* par Huron, D. et Spindler, J., L'Harmattan, Paris.
- Cummings, T. et Cooper, C.L. (1979), A Cybernetic Theory of Occupational Stress, *Human Relations*, vol. 32, p. 395-418.
- D'Abbs, P. (1982), *Social support networks : A critical review of models and findings*, Melbourne, Institute of Family Studies.
- Danet, F. (2011), *Une petite histoire de l'hôpital*, dans *L'hôpital en réanimation*, sous la direction de Mas, B., Pierru, F., Smolski, N. et Torrielli, R, Editions du croquant.
- Danna, K. et Griffin, R.W. (1999), Health and well-being in workplace: a review and synthesis of the literature, *Journal of management*, vol. 25, n° 3, p. 357-384.
- Dantzer, R. (1989), *L'illusion psychosomatique*, Paris : Odile Jacob.
- Davidson, H., Folcarelli, P.H., Crawford, S., Duprat, L.J. et Clifford, J.C. (1997), The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital-based nurses, *Medical Care*, vol. 35, n° 6, p. 634-645.
- De Jong, S.B. et Janssen, O. (2005), Innovative working behavior and stress as a response to role overload and role ambiguity, *Gedrag & Organisatie*, vol. 18, n° 2, p. 66-82.

- De Ridder, D. (1997), What is wrong with coping assessment ? A review of conceptual and methodological issues, *Psychology and Health*, vol. 12, p. 417-431.
- De Singly, C. (2009), *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, Rapport remis au Ministère de la Santé et des Sports.
- De Vellis, R.F. (2003), *Scale development: theory and application*, vol. 26, Sage, thousand Oaks.
- Dejours, C. (1980), *Travail: usure mentale, Essai de psychopathologie du travail*, Paris : Éditions du Centurion.
- Del Líbano, M., Llorens, S., Salanova, M. et Schaufeli, W. (2010), Validity of a brief workaholism scale, *Psicothema*, vol. 22, n° 1, p. 143-150.
- Delmas, P. et Duquette, A. (2000), Hardiesse, stratégie de coping et qualité de vie au travail d'infirmières en réanimation, *Recherche en soins infirmiers*, n° 60, p. 17-26.
- Dembinski, O. (1999), *L'organisation du travail hospitalier, le point de vue de ceux qui vivent l'hôpital : le cas des infirmières de CHU*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lille 1.
- Demerouti, E., Bakker, A.B. et Bulters, A.J. (2004), The loss spiral of work pressure, work-home interference and exhaustion: reciprocal relations in a three-wave study, *Journal of Vocational Behavior*, vol. 64, p. 131-49.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. et Schaufeli, W.B. (2001), The job demands resources model of burnout, *Journal of Applied Psychology*, vol. 86, p. 499-512.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. et Schaufeli, W.B. (2000), A model of burnout and life satisfaction among nurses, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 32, n°2, p. 454-464.
- Devault, A. (1992), Étude des préoccupations, des difficultés et des sources de soutien social de pères de familles monoparentales : une comparaison avec des mères dans Devault, A., Péladeau, N. et Bouchard, C. Montréal : Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale et Département de psychologie, UQAM.
- Dewe, P.J. (1985), Coping with work stress: an investigation of teacher's action, *Research in Education*, vol. 33, p. 27-40.
- Diefenbach, T. (2009), New public management in public sector organizations: the dark sides of managerialistic 'enlightenment', *Public Administration*, vol. 87, n° 4, p. 892-909.
- Di Matteo, M.R. (1991), *Psychology of health illness and medical care*, Wadsworth, Brooks Cole.
- Diwany, J. (2008), *L'intention de départ des salariés cadre – le cas du secteur financier marocain*, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, IAE Corte-Université de Corse.

- Dolan, S. et Tziner A. (1988), Implementing computer-based automation in the office: A study of experiences stress, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 9.
- Domin, J.P. (2011), *La « gouvernance » Canada dry ou la reprise en main de l'hôpital par une nouvelle bureaucratie gestionnaire*, dans *L'hôpital en réanimation*, sous la direction de Mas, B., Pierru, F., Smolski, N. et Torrielli, R, Editions du croquant.
- Donnelly, J.H. et Ivancevich, J.M. (1975), Role Clarity and the Salesmen, *Journal of Marketing*, vol. 39, p. 71-74.
- Downe P. (1999), Laughing when it hurts: humor and violence in the lives of Costa Rican prostitutes, *Women's studies International Forum*, vol. 22
- Dubinsky, A.J. et Mattson, B.E. (1979), Consequences of Role Conflict and Ambiguity Experienced by Retail Salespeople, *Journal of Retailing*, vol. 55, p. 70-86.
- Dumas, M. et Ruiller, C. (2011), Quelles compétences pour le cadre de santé de demain ? Entre prescriptions multi-objectifs et réalité du terrain : un métier à « panser », Actes du 22ème Congrès de l'AGRH.
- Eagle, B.W., Icenogle, M.L., Maes, J.D. et Miles, E.W. (1998), The importance of employee demographic profiles for understanding experiences of work-family interrole conflicts, *Journal of Social Psychology*, vol. 138, n° 6, p. 690–709.
- Eagle, B.W., Miles, E.W. et Icenogle, M.L. (1997), Interrole conflicts and the permeability of work and family domains: Are there gender differences?, *Journal of Vocational Behavior*, vol. 50, p. 168-184.
- Edey Gamassou, C. (2003), Innover sans stress et gérer le stress innovant, Actes du 14ème Congrès de l'AGRH.
- Edwards, J.R. (1992), A Cybernetic Theory of Stress, Coping, and Well Being in Organizations, *Academy of Management Review*, vol. 17, p. 238-274.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A. et Hannigan, B. (2000), Stressors, moderators and stress outcomes: findings from the all-Wales community mental health nurse study, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 7, n° 6, p. 529-537.
- Edwards, J.R., Caplan, R.D. et Harrison, R.V. (1998), Person-environment fit theory: Conceptual foundations, empirical evidence, and directions for future research, In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress*, p. 28-67, Oxford University Press.
- Endler, N.S. et Parker, J.D.A. (1990), Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 58, p. 844-854.
- Erickson, S., Feldman, S.S. et Steiner, H. (1997), Defense reactions and coping strategies in normal adolescents, *Child Psychiatry and Human Development*, vol. 28, p. 45-56.
- Evrard, Y., Pras, B. et Roux, E. (2009), *Market, fondements et méthodes des recherches en marketing*, Dunod, Paris.

Eymard-Duverney, L. et 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. et Marchal E. (1994), Les règles en action. Entre une organisation et ses usagers, *Revue Française de Sociologie*, n°25.

Eys, M.A., Carron, A.V., Bray, S.R. et Beauchamp, M.R. (2005), The relationship between role ambiguity and intention to return the following season, *Journal of Applied Sport Psychology*, vol. 17, p. 255-261.

Farr, J.L. et Ford, C.M. (1990), Individual innovation, dans West, M.A. et Farr, J.L. (Eds.), *Innovation and Creativity at Work*, p. 63-80, Wiley, New York.

Fenneteau, H. (2002), *Enquête: entretien et questionnaire*, Paris :Dunod.

Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L. et Pettigrew, A.M. (1996), *The new public management in action*, Oxford, Oxford University Press.

Feroni, I. et Kober-Smith, A. (2005), La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne, *Revue française de sociologie*, vol. 46, p. 469-494.

Fillion, L., Kovacs, A.H., Gagnon, P. et Endler, N.S. (2002), Validation of the shortened COPE for use with breast cancer patients undergoing radiation therapy, *Current Psychology*, vol. 21, p. 17-34.

Fischer, C.D. et Gitelson, R. (1983), A meta-analysis of correlates of the role conflict and role ambiguity, *Journal of Applied Psychology*, n°68, p. 320-333.

Fitzgerald, L. et Ferlie, E. (2000), Professionals: back to the future?, *Human Relations*, vol. 53, n°5, p. 713-739.

Fletcher, B. (1988), *The epidemiology of occupational stress*, in Cooper, C.L. and Payne, R. (Eds), *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*, John Wiley & Sons, Chicester, p. 3-43.

Folkman, S. et Lazarus, R.S. (1988), The relationship between coping and emotion, *Social Science and Medicine*, vol. 16, p. 309-317.

Folkman, S. et Lazarus, R.S (1986), Appraisal, coping, health status and psychological symptoms, *Journal of personality and Social Psychology*, vol. 3, p. 571-579.

Folkman, S. et Moskowitz, J.T. (2004), Coping: Pitfalls and promise, *Annual Review of Psychology*, vol. 55, p. 745-774.

Ford, N.M., Walker, O.C. et Churchill, G.A. (1975), Expectation Specific Measures of the Inter Sender Conflict and Role Ambiguity Experienced by Industrial Salesmen, *Journal of Business Research*, vol. 3, p. 83-94.

Fournier, C. (1995), Clarté de rôle et clarté de tâche des commerciaux à l'égard du marketing direct : antécédents individuels et organisationnels, *Cahier de recherche du CREGO, IAE de*

Montpellier.

Fournier, C. (1994), *Les réactions de la force de vente aux actions de marketing direct : une expérimentation*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Montpellier 2.

Fournier, C. et Loubès, A. (2014), Tendances à l'épuisement professionnel, performance et satisfaction au travail des infirmières : le rôle modérateur de l'orientation patient ?, 2^{ème} Congrès ARAMOS.

Fox, M.L., Dwyer, D.J. et Ganster, D.C. (1993), Effects of stressful job demands and control on physiological and attitudinal outcomes in a hospital setting, *Academy of Management Journal*, vol. 36, n° 2, p. 289-318.

French, J.R.P. Jr., Caplan, R.D. et Harrison R.V. (1982), *The mechanisms of job stress and strain*, Wiley, New York.

Frese, M. (1999), Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: A longitudinal study with objective measures, *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 4, n° 3, p. 179-192.

Freud, A. (1936), *Le moi et les mécanismes de défense*, Paris, PUF, 1996.

Frone, M.R., Russell, M. et Cooper, M.L. (1992), Antecedents and outcomes of work-family conflicts: Testing a model of the work-family interface, *Journal of Applied Psychology*, vol. 77, p. 65-78.

Fry, L.W. et Greenfeld, S. (1980), An examination of attitudinal differences between police-women and policemen, *Journal of Applied Psychology*, vol. 65, p. 123-126.

Ganster, D.C., Fox, M.L. et Dwyer, D.J. (2001), Explaining employee health care costs: A prospective examination of stressful job demands, personal control and physiological reactivity, *Journal of Applied Psychology*, vol. 86, p. 954-964.

Garfinkel, H. (1967), *Studies in ethnomethodology*, Englewood Cliffs, New Jersey.

Gaudin, J.P. (1999), *Gouverner par contrat. L'action publique en question*, Presses de Sciences Po, Paris.

Gavard-Perret, M-L., Gotteland, D., Haon, C. et Jolibert, A. (2008), *Méthodologie de la recherche*, Pearson, Paris.

Gavault, S., Laude, L. et Baret, C. (2014), L'institutionnalisation des pôles d'activité médicales : entre agir stratégique et agir projectif, 2^{ème} Congrès ARAMOS.

Gentry, W.D. et Kobasa, S. (1984), Social and psychological resources mediating stress illness relationships in humans, dans W.D. Gentry (Ed), *Handbook of behavioral medicine*, Guilford, New York, p. 87-113.

Georgescu, I. et Naro, G. (2012), Pressions budgétaires à l'hôpital : une étude qualitative du concept de « RAPM » auprès de praticiens hospitaliers, *Comptabilité Contrôle Audit*, Tome 18, vol. 3, p. 67-95.

- Georgescu, I. (2010), *La pression financière interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements : le cas de l'hôpital public Français*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Montpellier 1.
- Georgescu, I. et Rivière, A. (2012), Managerialism and professional identity: an exploratory study in French Public Hospitals, *EURAM Conference*, Rotterdam.
- Ghasarian, C. (1999), La « vanne » et la « pression ». Ethnographie d'un chantier de la région de Marseille, *Ethnologie française*, vol. 29, n° 4, p. 599-605.
- Gheorghiu, M.D. et Moatty, F. (2014), L'emploi et le travail hospitaliers à l'épreuve des réformes, *Le 4 pages du CEE*, n° 109.
- Giddens, A. (1984), *The Constitution of Society*, Polity Press, Cambridge.
- Gilboa, S., Shirom, A., Fried, Y. et Cooper, C.L. (2008), A meta-analysis of work demand stressors and job performance: Examining main and moderating effects, *Personnel Psychology*, vol. 6, n°2, p. 227-271.
- Glazer, S. et Beehr, T.A. (2005), Consistency of the implications of three role stressors across four countries, *Journal of Organizational Behavior*, n°26, p. 467-487.
- Glowinkowski, S.P. et Cooper, C.L. (1986), Managers and professionals in business/industrial settings: The research evidence, *Journal of Organizational Behavior Management*, vol. 8, p.177-193.
- Goffman, E. (1969), *Strategic Interaction*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Gouldner, A.W. (1954), *Patterns of Industrial Bureaucracy*, Glencoe.
- Grand, R.R. et Carron, A.V. (1982), Development of a team climate questionnaire, *Conference of the Canadian society for psychomotor learning and sport psychology*, University of Alberta, Canada.
- Grandey, A. A., et Cropanzano, R. (1999), The conservation of resources model applied to work-family conflict and strain, *Journal of Vocational Behavior*, vol. 54, p. 350-370.
- Gray, A.M. et Phillips, V.L. (1996), Labour turnover in the British National Health Service: a local labour market analysis, *Health Policy*, vol. 36, n° 3, p. 273-289.
- Grebot, E., Paty, B. et Girard Dephanix, N. (2006), Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou *coping* en situation stressante, *L'Encéphale*, vol. 32, p. 315-24.
- Greenglass, E. (2002), Proactive coping, dans E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping : Meeting goals, vision, and challenges*, Oxford University Press, London, p. 37-62.
- Greenglass, E.R. et Burke, R.J. (2001), Stress and the effects of hospital restructuring in nurses, *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 33, n° 2, p. 93-107.
- Greer, S., Morris, T. et Pettingale, K.W. (1979), Psychological response to breast cancer:

Effect on outcome, *Lancet*, vol. 2, p. 785-787.

Grevin, A. (2011), *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Nantes.

Grima, F. (2004), Les conséquences de l'ambiguïté et du conflit de rôle au travail : proposition d'un modèle explicatif synthétique, *Revue de Gestion des ressources Humaines*, n°54, p. 56-72.

Grima, F. (2000), *Ambiguïté 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.

Guenoun, M. (2009), *Le management de la performance publique locale. Etude de l'utilisation des outils de gestion dans deux organisations intercommunales*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Paul Cézanne.

Guilbert, L. et Henda, S. (2008), La fidélisation des cadres : une étude exploratoire, *Carrières et contextes*, 5^{ème} journée d'étude sur les carrières, Lyon.

Guibert, N., Paquerot M. et Roques O. (2002), L'humour en management : un essai de structuration du domaine, 16^{ème} Journées de l'IAE, Paris.

Haan, N. (1977), *Coping and defending: process of self-environment organization*, New York, Academic press.

Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham R.L. et Black, W.C. (1998), *Multivariate Data Analysis*, 5th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Halbesleben, J.R.B., Harvey, J et Bolino, M. (2009), *Journal of Applied Psychology*, vol. 94, n° 6, p. 1452-1465.

Halbesleben, J.R.B. (2006), Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model, *Journal of Applied Psychology*, vol. 91, p. 1134-1145.

Hardy, G.E. et West, M.A. (2000), *Interpersonal attachment and innovation at work*, Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of Sheffield.

Harpaz, I. et Snir, R. (2003), Workaholism: Its definition and nature, *Human Relations*, vol. 56, n° 3, p. 291-319.

Harris, P.E. (1989), The Nurse Stress Index, *Work & Stress*, vol. 3, n° 4, p. 335-346.

Harrison, M.O., Koenig, H.G., Hays, J.C., Eme-Akwari, A.G. et Pargament, K.I. (2001), The epidemiology of religious coping: A review of recent literature, *International Review of Psychiatry*, vol. 13, p. 86-93.

Hayes, A.F. (2013), *Introduction to mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*, New-York, NY: Guilford Press.

Hayes, L.J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H.K., North, N. et Stone, P.W. (2006), Nurse turnover: a literature review, *International Journal of Nursing Studies*, vol. 43, p. 237-263.

Hemingway, M.A. et Smith, C.S. (1999), Organizational climate and occupational stressors as predictors of withdrawal behaviours and injuries in nurses, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 72, n° 3, p. 285-299.

Hersoug, A.G., Sexton, H.C. et Hoglen, P. (2002), Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and outcome of psychotherapy, *American Journal Psychotherapy*, vol. 56, p. 539-554.

Hobfoll, S.E. (1989), Conservation of resources, *American Psychologist*, n°44, p. 513-524.

Hobfoll, S.E. (2011), Conservation of resource caravans and engaged settings, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 84, p. 116-122.

Hobfoll, S.E. (2001), The influence of Culture, Community, and the Nested-Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory, *Applied Psychology: An International Review*, vol. 50, n° 3, p. 337-421.

Hobfoll, S.E. (1989), Conservation of resources, *American Psychologist*, vol. 44, n° 3, p. 513-524.

Hobfoll, S.E. et Freedy, J. (1993), Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout, In W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, p. 115-129, Taylor & Francis, Washington, DC.

Hobfoll, S.E. et Shirom, A. (1993), Stress and burnout in the workplace: Conservation of Resources, dans R.T. Golembiewski (Eds.), *Handbook of organizational behaviour*, p. 41-60. New-York: Dekker.

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 de Montpellier 2.

Hood, C. (1995), The « New public management » in the 1980s : variations on a theme, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20, p. 93-109.

House, J.S. (1981), *Work, Stress and Social Support*, Addison-Wesley, Reading, MA.

Idris, M.K. (2011), Over time effects of role stress on psychological strain among Malaysian public university academics, *International Journal of Business and Social Sciences*, vol. 2, n° 9, p. 154-161.

Jaccard, J., Turrisi, R. et Wan, C.K. (1990), *Interaction Effects in Multiple Regression*, Newbury Park, CA: SAGE Publications.

Jackson, S.E. (1983), Participation in decision making as a strategy for reducing job related strain, *Journal of Applied Psychology*, vol. 68, p. 9-19.

Jackson, S.E. et 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.

Jacob, S. et Varone, F. (2004), Institutionnalisation de l'évaluation et Nouvelle Gestion Publique : un état des lieux comparatif, *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol. 11, n° 2, p. 271-292.

Jamal, M. (1990), Relationship of job stress and type-a behavior to employees' job satisfaction, organizational commitment, psychosomatic health problems, and turnover motivation, *Human Relations*, vol. 43, p. 727-738.

Janis, I. et Mann, I. (1977), *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment*, Free Press, New York.

Janssen, O. (2003), Innovative behavior and job involvement at the price of conflict and less satisfactory relations with co-workers, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 76, p. 347-364.

Janssen, O. (2001), Fairness perception as a moderator in the curvilinear relationship between job demands, and job performance and job satisfaction, *Academy of Management Journal*, vol. 44, p. 1039-1050.

Janssen, O. (2000), Job demands, perceptions of effort-reward fairness, and innovative work behavior, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 73, p. 287-302.

Janssen, O., Van de Vliert, E. et West, M.A. (2004), The bright and dark sides of individual and group innovation: A special issue introduction, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 25, p. 129-145.

Janssen, P.M., Schaufeli, W.B. et Houkes, I. (1999), Work-related and individual determinants of the three burnout dimensions, *Work and Stress*, vol. 13, p. 74-86.

Jansen, E. et Gaylen, G.N. (1994), Innovation and restrictive conformity among hospital employees: individual outcomes and organizational considerations, *Hospital Health Services Administration*, vol. 39, n° 1, p. 63-80.

Johnson, K., Donna, L., Lero, S. et Rooney, J.A. (2001), *Recueil travail-vie personnelle 2001 : 150 statistiques canadiennes sur le travail, la famille et le bien-être*, Centre for Families, Work and Well-Being, University of Guelph. Ontario : Canada.

Johnston, M.W., Parasuraman, A., Futrell, C.M. et Black, W.C. (1990), A Longitudinal Assessment of the Impact of Selected Organizational Influences on Salespeople's Organizational Commitment During Early Employment, *Journal of Marketing Research*, vol. 27, p. 333-344.

Jones, C.B. (1990a), Staff nurse turnover costs: Part I, a conceptual model, *Journal of Nursing Administration*, vol. 20, n° 4, p. 18-23.

Jones, C.B. (1990b), Staff nurse turnover costs: Part II, measurements and results, *Journal of Nursing Administration*, vol. 20, n° 5, p. 27-32.

Jorgensen, D.L. (1989), *Participant observation : a methodology for human studies*, Newbury Park, CA, Sage.

Judkins, S.K. et Ingram, M. (2002), Decreasing stress among nurse managers: A long term solution, *Journal of Continuing Education in Nursing*, vol. 33, n° 6, p. 259-264.

Kahn, R.L. et Byosiere, P. (1992), *Stress in Organizations*, dans Dunnette, M. et 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. et Rosenthal, R.A. (1964), *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*, J. Wiley & Sons, New York.

Kanai, A., Wakabayashi, M. et Fling, S. (1996), Workaholism among employees in Japanese corporations: an examination based on the Japanese version of the workaholism scales, *Japanese Psychological Research*, vol. 38, n° 4, p. 192-203.

Kanter, R.M. (1988), When a thousand flowers bloom: Structural, collective, and social conditions for innovation in organization, *Research in Organizational Behavior*. Greenwich, p. 169-211.

Karasek, R. (1985) *Job Content Questionnaire*, Department of Industrial and Systems Engineering, University of Los Angeles, California.

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

Karasek, R. et Theorell, T. (1990), *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York.

Karila, L., Liot, K. et Reynaud, M. (2010), Le travail : une addiction potentielle ?, *Revue Médicale de Liège*, vol. 65, n° 2, p. 71-77.

Katz, E. et 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. et Kahn, R.L. (1978), *The Social Psychology of Organizations*, Wiley, New York.

Kawakami, N. et Haratani, T. (1999), Epidemiology of job stress and health in Japan: review of current evidence and future direction, *Industrial Health*, vol. 37, n° 2, p. 174-186.

Kelloway, E.K. et Barling, J. (1990), Item content versus item wording: Disentangling role conflict and role ambiguity, *Journal of Applied Psychology*, vol. 75, n° 6, p. 738-742.

Kim, B.P., Murrmann, S.K. et Lee, G. (2009), Moderating effects of gender and organizational level between role stress and job satisfaction among hotel employees, *International Journal of Hospitality Management*, vol. 28, p. 612-619.

King, L.A. et King, D.W. (1990), Role conflict and role ambiguity: A critical assessment of construct validity, *Psychological Bulletin*, vol. 107, p. 48-64.

- Kirkpatrick, I., Ackroyd, S. et Walker, R. (2005), *The New Managerialism and Public Service Professions; Change in Health, Social services and Housing*, Palgrave Macmillan.
- Korunka, C., Scharitzer, D., Carayons, P. et Sainfort, F. (2003), Employee Strain and Job Satisfaction Related to an Implementation of Quality in a Public Service Organization: A longitudinal Study, *Work & Stress*, vol. 17, n° 1, p. 52-72.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. et Kahn, S. (1982), *Hardiness and health: a prospective study*, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 42, p. 168-177.
- Krägeloh, C.U. (2011), A systematic review of studies using the Brief COPE : religious coping in factor analyses, *Religions*, vol. 2, p. 216-246.
- Krayer, K.J. (1986), Using training to reducing role conflict and ambiguity, *Training and Development Journal*, vol. 11, p. 49-52.
- Kyriacou, C. (1980), Coping actions and occupational stress among schoolteachers, *Research in Education*, vol. 24, p. 57-61.
- Lachance, L., Brassard, N. et Tétreau, B. (2005), Etude des différences intersexes sur le plan des conflits entre le travail et les rôles familiaux auprès de professionnels, *Canadian Journal of Counselling*, vol. 39, n° 3, p. 145-167.
- Ladsous, J. (2010), Dédramatiser, *Vie Sociale*, n°2, p. 45-47.
- Laget, P.L. et Salaün, F. (2004), Aux origines de l'hôpital moderne, une évolution européenne, *Les tribunes de la santé*, n°3.
- Lambin, J-J. (1990), *Recherche en marketing*, Paris, Mc Graw Hill.
- Langlois, E. (2008), *Du bon usage de la relation chez les cadres*, dans *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, sous la direction d'Ivan Sainsaulieu, Editions Lamarre, France.
- La Torre, D., Pohl, S. et Battistelli, A. (2012), La motivation et le climat : antécédents du comportement innovatif au travail, dans *Jugement professionnel, innovation et efficacité au travail*, sous la direction de Pohl, S., Desrumaux, P. et Vonthron, A.M., L'Harmattan.
- Laufer, R. et Burlaud, A. (1980), *Management public : gestion et légitimité*, Dalloz, Paris.
- 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.
- Laval, C. (2011), *La rationalité néo-libérale à l'assaut des services publics*, dans *L'hôpital en réanimation*, sous la direction de Mas, B., Pierru, F., Smolski, N. et Torrielli, R, Editions du croquant.
- Lawrence, P.R. et Lorsch, J.W. (1973), *Adapter les structures de l'entreprise*, Les Editions d'Organisation, Paris.

Lazarus, R.S. (1993), From psychological stress to the emotions: A history of a changing outlook, *Annual Review of Psychology*, vol. 44, p. 1-21.

Lazarus, R.S. (1966), *Psychological Stress and the Coping Process*, Mac Graw Hill, New York.

Lazarus, R.S. et Folkman, S. (1984), *Stress appraisal and coping*, Springer Publishing Company, New York.

Lazarus, R.S. et Launier, R. (1978), *Stress-related transactions between person and environment*, dans L.A. PERVIN et M. LEWIS (Eds.), *Perspectives in interactional psychology*, New York : Plenum, p. 287-327.

Légeron, P. (2004), Le stress au travail de la performance à la souffrance, *Droit Social*, n°12, p. 1086-1090.

Légeron, P. (2001), *Le stress au travail*. Paris : Éditions Odile Jacob.

Leiter, M., Harvie, P. et Frizzell, C. (1998), The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout, *Social Science and Medicine*, vol. 47, n° 10, p. 1611–1617.

Lemyre, L. et Tessier, R. (1988), Mesure de stress psychologique (MSP): se sentir stressé(e), *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, vol. 20, p. 302-321.

Lemyre, L., Tessier, R. et Fillion, L. (1990), *La Mesure du stress psychologique: manuel d'utilisation*. Québec, Editions Behaviora.

Linhart, D. (2011), *Mieux que le taylorisme, la précarisation subjective*, dans *L'hôpital en réanimation*, sous la direction de Mas, B., Pierru, F., Smolski, N. et Torrielli, R, Editions du croquant.

Linton, R. (1936), *The Study of Man : an introduction*, Appleton Century, New York. Tr. Fr., *De l'homme*, Minuit, Paris.

Lipton, M.A. (1976), Behavioral effects of hypothalamic polypeptide hormones in animals and man, dans Sachar, E.J. (ed.), *Hormones, Behaviour and Psychopathology*, Raven, New York.

Lisander, B. (1979), Somato-autonomic reactions and their higher control, dans Brooks, C., Koizumi, K., et Sato, A. (eds), *Integrative Functions of the Autonomic Nervous System*, Elsevier, New York.

Llewellyn, S. (2001), « Two-way window »: clinicians as medical managers, *Organization Studies*, vol. 22, n°4, p. 593-623.

Loubès, A. (1997), *Contribution à l'étude des tensions de rôle des agents de maîtrise en milieu industriel*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Montpellier 2.

Loubet, G. (2007), *Du praticien hospitalier au médecin-gestionnaire : hybridation du métier et tensions de rôle. Une étude exploratoire*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Montpellier 2.

Lung-Tan, L. et 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.

Lyons, T.F. (1971), Role Clarity, Need for Clarity, Satisfaction, Tension, and Withdrawal, *Organizational Behavior and Human Performance*, vol. 6, p. 99-110.

Lyttle, J. (2007), The judicious use and management of humor in the work-place, *Business Horizon*, vol. 50, p. 239-245.

Mabry, E.A. et Barnes, R.E. (1980), *The dynamics of small group communication* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Machlowitz, M. (1980), *Workaholics: Living with them, working with them*, Simon & Schuster, New York.

Mansour, S. et Commeiras, N. (2013), Les conditions de travail et le stress professionnel : le conflit travail-famille, une variable médiatrice ? Le cas du secteur hôtelier, *Actes du 24^{ème} Congrès de l'AGRH*.

March, J.G. et Simon, H.A. (1979), *Les Organisations*, Dunod, Paris.

Mariage, A. et Schmitt-Fourrier, F. (2006), Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping, *Le travail humain*, vol. 69, p. 1-24.

Marks, S. (1977), Multiple roles and role strain: Some notes on human energy, time, and commitment, *American Sociological Review*, vol. 42, p. 921-936.

Martin, R. (1996), Humor as a therapeutic play: stress-moderating effects of sense of humor, *Journal of Leisureability*, vol. 23.

Martory, B. et Crozet, D. (2001), *Gestion des ressources humaines, Pilotage social et performances*, Paris, Dunod.

Mas, B., Pierru, F., Smolski, N. et Torrielli, R. (2011), *L'hôpital en réanimation*, Editions du Croquant.

Maslach, C. (2006), Understanding job burnout, dans Rossi, A.M., Perrewé, P.L. et Sauter, S.L. (Eds.), *Stress and quality of working life*, Greenwich, CT : Information Age Publishing.

Maslach, C. et Leiter M.P. (1997), The truth about Burnout: How Organizations cause Personal Stress and What to do about it, Josey Bass, San Francisco, CA.

Maslach, C., Schaufeli, W.B. et Leiter, M.P. (2001), Job burnout, *Annual Review of Psychology*, vol.52, p. 397-422.

Mathieu, C. et Mathieu, C. (2011), The impact of work-family conflict on the intention to quit the job in a sample of medical residents, *Proceedings of the Academy of Health Care Management*, vol. 8, n° 2, p. 11- 14.

- Mathieu, J.E. et Zajac, D.M. (1990), A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment, *Psychological Bulletin*, vol. 108, n° 2, p.171- 194.
- McGee, G.W., Ferguson, C.E. et Seers, A. (1989), Role conflict and role ambiguity : do the scales measure these two constructs ?, *Journal of Applied Psychology*, vol. 74, p. 815-818.
- McGrath, J.E. (1970), A Conceptual Formulation for Research on Stress, in McGrath, J.E. (Ed.), *Social and Psychological Factors in Stress*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- McIntosh, N.J. (1991), Identification and investigation of properties of social support, *Journal of Organizational Behavior*, vol.12, n° 3, p. 210-217.
- McMillan, L.H.W., Brady, E.C., O'Driscoll, M.P. et Marsh, N.V. (2002), A multifaceted validation study of Spence and Robbins (1992) Workaholism Battery, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 75, p. 357-368.
- Mead, G.H. (1934), *Mind, Self and Society*, University of Chicago Press, Chicago.
- Merton, R.K. (1949), *Social Theory and Social Structure*, Free Press, New York.
- Meyer, J.P., Stanley, D.J., Herscovitch, L. et Topolnytsky, L. (2002), Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences, *Journal of Vocational Behavior*, vol. 61, n° 1, p. 20-52.
- Micceri, T. (1989), The unicorn, the normal curve, and other improbable creatures, *Psychological Bulletin*, vol.105, p. 156-166.
- Michaels, R.E. et Dixon, A.L. (1994), Sellers and Buyers on the Boundary: Potential Moderators of Role Stress-Job Outcome Relationships, *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol. 22, n° 1, p. 62-73.
- Michaels, R.E., Cron, W.L., Dubinsky, A.J. et Joachimsthaler, E.A. (1988), The influence of Formalization on the Organizational Commitment and Work Alienation of Salespeople and Industrial Buyers, *Journal of Marketing Research*, vol. 25, p. 376-383.
- Michaels, R.E., Day, R.L. et Joachimsthaler, E.A. (1987), Role Stress Among Industrial Buyers: An Integrative Model, *Journal of Marketing*, vol. 51, p. 28-45.
- Miles, M.B. (1979), Qualitative data as an attractive nuisance : the problem of analysis, *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, p. 590-601.
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (2003), *Analyse des données qualitatives*, De Boeck Université.
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (1994), *Qualitative Data Analysis*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- Mintzberg, H. (1982), *Structure et dynamique des organisations*, Eyrolles, Paris.

- Mikulincer, M. et Solomon, Z. (1989), Causal attribution, coping strategies and combat related post-traumatic stress disorders, *European Journal of Personality*, vol. 3, p. 269-284.
- Mitchell, R.E. et Trickett, E.J. (1980), Task force report: Social network as mediators of social support, *Community Mental Health Journal*, vol. 16, p. 27-44.
- Moisdon, J. et Pépin, M. (2010), Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé, *DREES, Etudes et Recherches*, n° 97.
- Moisson, V. (2008), Quand les déséquilibres occasionnent le stress : les conséquences individuelles et organisationnelles, *Thèse de doctorat en sciences de gestion*, Université d'Aix-Marseille.
- Moisson, V. et 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*.
- Moncrief, W.C., Babakus, E., Cravens, D.W. et Johnston, M. (1997), Examining the Antecedents and Consequences of Salesperson Job Stress, *European Journal of Marketing*, vol. 31, p. 786-798.
- Montargot, N., Cherkaoui, W. et Peretti, J-M. (2013), Stress professionnel et stratégies d'ajustement dans un contexte hospitalier marocain, *Actes du 24ème Congrès de l'AGRH*.
- Montgomery, C., Demers, S. et Morin, Y. (2010), Le stress, les stratégies d'adaptation et l'épuisement professionnel chez les stagiaires francophones en enseignement primaire et secondaire, *Revue canadienne de l'éducation*, vol. 33, n° 4, p. 761-802.
- Montgomery, C., Morin, Y. et 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.
- Montgomery, C. et Rupp, A.A. (2005), A meta-analysis for exploring the diverse causes and effects of stress in teachers, *Canadian journal of education*, vol. 28, n° 3, p. 458-486.
- Moreno, J.L. (1970), *Fondements de la sociométrie*, Presses Universitaires de France.
- Morris, J.H., Steers, R.M. et Khoch, J.L. (1979), Influence of organizational structure on role conflict and ambiguity for three occupational groupings, *Academy of Management Journal*, vol. 22, n°1, p. 58-71.
- Moulder, B.C. et Algina, J. (2002), Comparison of Methods for Estimating and Testing Latent Variable Interactions, *Structural Equation modeling*, vol. 9, n° 1, p. 1-19.
- Müller, L. et Spitz, E. (2003), Evaluation multidimensionnelle du coping : validation du Brief COPE sur une population française, *L'Encéphale*, vol. 29, n° 1, p 507-518.
- Munton, A. et West, M. (1995), Innovation and personal change : patterns of adjustment to relocation, *Journal of Organizational behavior*, vol. 16, n° 4, p. 363-374.
- Nadler, D.A., Jenkins, G.D. Jr., Cammann, C. et Lawler, E.E., III (1975), *The Michigan*

organizational assessment package : Progress report II, Ann Arbor, MI : Institute for Social Research, University of Michigan.

Naughton, T.J. (1987), A conceptual view of workaholism and implications for career counselling and research, *The Career Development Quarterly*, vol. 35, n° 3, p. 180-187.

Naumann, E., Widmier, S.M. et Jackson, D.W. (2000), Examining the Relationship between Work and Propensity To Leave Among Expatriate Sales People, *Journal of Personal Selling & Sales Management*, vol. 20, n° 4, p. 227-241.

Neimann, L.J. et Hugues, J.W. (1951), The problem of the Concept of Role. A Re-Survey of the Literature, *Social Forces*, vol. 30, n° 2, p. 141-149.

Netemeyer, R.G., Boles, J.S. et McMurrian, R. (1996), Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales, *Journal of Applied Psychology*, vol. 81, n° 4, p. 400-410.

Netemeyer, R.G., Brashear-Alejandro, T. et Boles, J. (2004), A Cross-National Model of Job-Related Outcomes of Work role and Family Role Variables: A Retail Sales Context, *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol. 32, p. 49-60.

Neveu, J-P. (2007), Jailed resources: conservation of resources theory as applied to burnout among prison guards, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 28, n° 1, p. 21-42.

Neveu, J-P. (1996), *La démission du cadre d'entreprise : Etude sur l'intention de départ volontaire*, Economica.

Newcomb, T. (1951), *Social Psychology*, The Dryden Press, New York.

Newman, S. et Lawler, J. (2009), Managing health care under New Public Management. A Sisyphean challenge for nursing, *Journal of Sociology*, vol. 45, n° 4, p. 419-432.

Newton, J.N. et 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, p. 172-191.

Nicholson, N. et West, M.A. (1988), *Managerial Job Change: Men and Women in Transition*, Cambridge: Cambridge University Press.

Nicholson, P.J. et Goh, S.C. (1983), The relationship of organizational structure and interpersonal attitudes to role conflict and ambiguity in different work environments, *Academy of Management Journal*, vol. 26, n° 1, p. 148-155.

Noblet, A.J. et Rodwell, J.J. (2009), Integrating Job Stress and Social Exchange Theories to Predict Employee Strain in Reformed Public Sector Contexts, *Journal of Public Administration Research and Theory*, July, vol. 19, p. 555-578.

Noor, S. et Maad, N. (2008), Examining the Relationship between Work Life Conflict, Stress

and Turnover Intentions among Marketing Executives in Pakistan, *International Journal of Business and Management*, vol. 3, n° 11, p. 93-102.

Northcott, H.C. et Lowe, G.S. (1987), Job and gender influences in the subjective experience of work, *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, vol. 24, p. 117-131.

Ogien, A. (1995), *L'esprit gestionnaire*, Ed. de l'EHESS, Paris.

O'Neill, J.W., Harrison, M.M., Clevelan, J., Almeida, D., Stawski, R. et Crouter, A.C. (2009), Work-family climate, organizational commitment, and turnover: multilevel contagion effects of leaders, *Journal of Vocational Behavior*, vol. 74, n° 1, p. 18-29.

Or, Z. (2011), *La tarification à l'activité, instrument bénéfique ou maléfique ?*, dans *L'hôpital en réanimation*, sous la direction de Mas, B., Pierru, F., Smolski, N. et Torrielli, R, Editions du croquant.

Orme-Johnson, D.W., Zimmerman, E. et Hawkins, M. (1997), Maharishi's Vedic psychology: the science of the cosmic psyche, dans H.S.R. Kao et D. Sinha (Eds.), *Asian perspectives on psychology*, New Delhi: Sage Publications.

Oroviogioicoechea, C. (1996), The clinical nurse manager: A literature review, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 24, n° 6, p. 1273-1280.

Ortqvist, D. et Wincent, J. (2006), Prominent consequences of role stress: a meta-analytic review, *International Journal of Stress Management*, vol. 13, p. 399-422.

Ouimet, G. (1994), En matière de performance au travail, évitez les excès !, *Revue Internationale de Gestion*, p. 99-108.

Ouwehand, C., Ridder, D.T.D. et Bensing, J.M. (2008), Individual differences in the use of proactive coping strategies by middle-aged and older adults, *Personality and Individual Differences*, vol. 45, p. 28-33.

Panaccio, A.J. et Vandenberghe, C. (2009) Perceived organizational support, organizational commitment and psychological well-being: A longitudinal study, *Journal of Vocational Behavior*, vol. 75, p. 224-236.

Pargament, K.I., Koenig, H G. et Perez, L. (2000), The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE, *Journal of Clinical Psychology*, vol. 56, p. 519 –543.

Parker, J.D.A. et Endler, N.S. (1992), Coping and coping assessment, A critical review, *European Journal of Personality*, vol. 6, n° 5, p. 321-344.

Parsons, T. (1951), *The Social System*, Routledge and Kegan Paul, Londres.

Paulhan, I. (1992), Le concept de coping, *L'année psychologique*, vol. 92, p. 545-557.

Paulhan, I. et Bourgeois, M. (1995), *Stress et coping, les stratégies d'ajustement à l'adversité*, Paris : PUF.

- Pépin, R. (1991), Diagnostic et gestion du stress au travail *Revue Internationale de Gestion* Novembre, p. 8-18.
- Perrot, S. (1999), Identification des différentes formes de conflits de rôles : le cas des jeunes diplômés nouvellement embauchés, Actes du 10^{ème} congrès de l'AGRH.
- Perrot, S. (2001), *L'entrée dans l'entreprise des jeunes diplômés*, Economica, Paris.
- Perrot, S. (2005), Nature et conséquences des conflits de rôle, *Journée de recherche CEROG-AGRH*, IAE d'Aix-en-Provence.
- Persson, D.F. et Thylefors, I. (1999), Career with no return: Roles, demands, and challenges as perceived by Swedish ward managers, *Nursing Administration Quarterly*, vol. 23, n° 3, p. 63-80.
- Pettigrew, A. (1997), Le new public management conduit à un nouveau modèle hybride public-privé, *Revue française de gestion*, n°115, p. 113-120.
- Peyré, P., (2006), La fonction cadre de santé : entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui, *Congrès de l'Association Française des Sciences du Système*, Université de Pau.
- Pezé, S. (2010), Les représentations du stress des dirigeants : quelles implications pour la gestion du stress au travail ?, *Actes du 21^{ème} Congrès de l'AGRH*.
- Phelan, J., Bromet, E.J., Schwartz, J.E., Dew, M.A. et Curtis, E.C. (1993), The work environments of male and female professionals: Objective and subjective characteristics, *Work and Occupations*, vol. 20, n° 1, p. 68-89.
- Pierru, F. (2011), *Le patronat prend de l'assurance*, dans *L'hôpital en réanimation*, sous la direction de Mas, B., Pierru, F., Smolski, N. et Torrielli, R, Editions du croquant.
- Plutchik, R. (1995), A theory of Ego Defenses, dans Conte, H.R. et Plutchik, R. eds, *Ego Defenses: theory and measurements*, New York : John Wiley & Sons, p. 13-37.
- Ponnelle, S. et Lancry, A. (2002), Stratégies d'ajustement et ressources environnementales et personnelles dans la dynamique du stress, dans M. Neboit, et M. Vézina (dir.), *Stress au travail et santé psychique*, p. 59-77, Toulouse: Octares.
- Pollitt, C., van Thiel, S. et Homburg, V. (2007), *New Public Management in Europe : adaptations and alternatives*, Basingstoke, Palgrave/Macmillan.
- Porter, M. (1986), *L'avantage concurrentiel*, InterEditions, Paris.
- Postif, T. (1997), « Public Sector Reform in France », in Lane, J.E., *Public Sector Reform*, Sage, London, p. 209-224.
- Price, J.L. (2004), The development of a causal model of voluntary turnover, dans *Innovative theory and empirical research on employee turnover*, publié par Grieffieth, R.W. et Hom, P.W.

Price, J.L. et Mueller, C.W. (1981), A causal model of turnover for nurses, *Academy of Management Journal*, vol. 24, n° 3, p. 543-565.

Price, J.L. et Mueller, C.W. (1981), *Professional Turnover*, SP Medical and Scientific Books, New York.

Priscilla, E. (2000), Stress and workload of professional women in Sweden, *The Academy of Management Executive*, Ada.

Procidano, M.E. et Heller, K. (1983), Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies, *American Journal of Community Psychology*, Vol. 11, p. 1-24.

Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (2006), *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, Dunod.

Rafaëli, A. (1989), When cashiers meet customers: an analysis of the role of supermarket cashiers, *Academy of management Journal*, vol. 32, p. 245-273.

Reinhardt, S. (2011), Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Paris 8.

Rhoads, G.K., Singh, J. et Goodell, P.W. (1994), The multiple dimensions of role ambiguity and their impact upon psychological and behavioral outcomes of industrial sales people, *Journal of Personal Selling & Sales Management*, vol. 14, n° 3, p. 1-24.

Richard, G.V. et Krieshok, T.S. (1989), Occupational stress, strain, and coping in university faculty, *Journal of Vocational Behavior*, vol. 34, p. 117-132.

Richmond, A. et Skitmore, M. (2006), Stress and coping : a study of project managers in a large ICT organization, *Project Management Journal*, vol. 37, n° 5, p. 5-16.

Ripoll, P., Martín, P. et Gracia, F. (1994), Estrategias de afrontamiento durante el proceso de incorporación a un puesto, *Twenty-third International Congress of Applied Psychology*, Madrid.

Rivière, A., Commeiras, N et Loubès, A. (2013), Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital, *Journal de Gestion et d'Economie Médicales*, vol. 31, n° 2-3, p. 142-162.

Rizzo, J.R., House, R.J. et Lirtzman, S.I. (1970), Role conflict and ambiguity in complex organization, *Administrative Science Quarterly*, (15), 150-163.

Robinson, B.E. (1999), The Work Addiction Risk Test: Development of a tentative measure of workaholism, *Perceptual and Motor Skills*, vol. 88, p. 199-210.

Robinson, B.E. (1998), *Chained to the desk: A guidebook for workaholics, their partners and children and the clinicians who treat them*, NYU Press, New York.

Rocheblave-Spenlé, A.M. (1969), *La notion de rôle en psychologie sociale*, PUF, 2^{ème} éd.

- Rode, J.C., Rehg, M.T., Near, J.P. et Underhill, J.R. (2007), The effect of work-family conflict on intention to quit: The mediating roles of Job and life satisfaction, *Applied Research in Quality of Life*, vol. 2, n° 2, p. 65-82.
- Roger, A. et Roques, O. (1995), Le stress au travail des cadres : déterminants et modes de réaction, Actes du 6ème Congrès de l'AGRH.
- Rogers, R.E. (1977), Components of organizational Stress among Canadian managers, *Journal of Psychology*, vol. 95, p. 265-273.
- Roques, O. et Roger, A. (1996), Le stress au travail des cadres : déterminants et mode de réaction, *Série de Recherche*, I.A.E, p. 1-23.
- Roques, O. et 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*.
- Roussel, P. et Wacheux, F. (2005), *Management des ressources humaines*, De Boeck Université, Bruxelles.
- Roussel, P., Durrieu, F., Campoy, E. et El Akremi, A. (2002), *Méthodes d'équations structurelles : recherche et applications en gestion*, Paris : Economica.
- 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 en administration de l'éducation, Université de Montréal.
- Royal, L. et Brassard, A. (2010), Comprendre les tensions de rôles afin de mieux les prévenir et de contribuer au bien-être des employés, *Gestion*, vol. 35, n° 3, p. 27-33.
- Rudan, V.T. (2002), Where have all the nursing administration students gone?: Issues and solutions, *Journal of Nursing Administration*, vol. 32, n° 4, p. 185-188.
- 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.
- Sager, J. (1994), A Structural Model Depicting Salespeople's Job Stress, *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol. 22, p. 74-84.
- 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.
- Saint-Martin, D. (2000), *Building the New Managerialist state*, Oxford University Press, New York.
- Sainsaulieu, I. (2008), Le cadre animateur, figure fragile d'une conciliation légitime, dans Eggers, J., Sainsaulieu, I., Picot, G., Langlois, E. et Vega, A., *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Wolters Kluwer France.

Salanova, M., Del Líbano, M., Llorens, S., Schaufeli, W.B., et Fidalgo, M. (2008), La adicción al trabajo [Workaholism], *Nota Técnica de Prevención*, n° 759, 22ª Serie. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Sassi, N. (2011), *Burnout et agressivité au travail : une analyse longitudinale auprès de personnels soignants*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Toulouse.

Saunders, D.R. (1956), Moderator variables in prediction, *Educational and Psychological Measurement*, vol. 16, p. 209-222.

Sawyer, J.E. (1992), Goal and process clarity, specification of multiple constructs of role ambiguity and structural equation model of their antecedents and consequences, *Journal of Applied Psychology*, vol. 77, n° 2, p. 130-142.

Schwartz, R., Knol, N. et Reickman, N. (2003), *Social support*, dans Kaptein, A. et Weinman, J., *Introduction to health psychology*, Oxford, England: Blackwell.

Scharzer, R. et Taubert, S. (2002), Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping, dans E. Frydenberg (Ed), *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges*, Oxford University Press, p. 19-35.

Schaubroeck, J.S., Cotton J.L. et Jennings K.R. (1989), Antecedents and consequences of role stress: a covariance structure analysis, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 10, p. 35-58.

Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., Van der Heijden, F.M.M.A. et Prins J.T. (2009), Workaholism Among Medical Residents: It Is the Combination of Working Excessively and Compulsively That Counts, *International Journal of Stress Management*, Vol. 16, n° 4, p. 249-272.

Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. et Van Rhenen, W. (2009), How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 30, p. 893-917.

Schaufeli, W.B., Shimazu, A. et Taris, T.W. (2009), Driven to work excessively hard: The evaluation of a two-factor measure of workaholism in the Netherlands and Japan, *Cross-Cultural Research*, vol. 43, p. 320-348.

Schaufeli, W.B., Taris, T.W. et Bakker, A. (2006), Dr. Jekyll and Mr. Hyde: On the differences between work engagement and workaholism, dans R. Burke (Ed.): *Research companion to working time and work addiction* (pp. 193-217), Edward Elgar: Northampton, MA.

Schaufeli, W.B. et Taris, T.W. (2014), A critical review of the job demands-resources model : implications for improving work and health, dans G.F. Bauer et O. Hämmig, *Bridging Occupational, Organizational and Public Health*, p. 43-68.

Scheuch, K. (1996), Stress and resources at work in a changing society, *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin*, Tagungsbericht 11, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, p. 95-109.

Schmidt, L.R. (1988), Coping with surgical stress: some results and some problems, dans S.

- Maes et C.D. Spielberg (Ed), *Topics in health psychology*, Wiley, New York.
- Schmidt, K.H. et Neubach, B. (2007), Self-control demands: a source of stress at work, *International Journal of Stress Management*, vol. 14, n° 4, p. 398-416.
- Schraub, S. et Marx, E. (2004), Le syndrome de l'épuisement professionnel des soignants ou burn out en cancérologie, *Bull Cancer*, vol. 94, p. 673-676.
- Schuler, R.S., Aldag, R.J. et Brief, A. (1977), Role conflict and ambiguity: a scale analysis, *Organization Behavior and Human Performance*, vol. 20, p. 111-128.
- Schuler, R.S. (1975), Role perceptions, satisfaction and performance: a partial reconciliation, *Journal of Applied Psychology*, vol. 60, p. 683-687.
- Scott, S.G. et Bruce, R.A. (1994), Determinants of innovative behavior: A path model of individual innovation in the workplace, *Academy of Management Journal*, vol. 37, p. 580-607.
- Selye, H. (1936, 1998), A syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents, *The journal of neuropsychiatry and clinical neuroscience*, vol. 10, n° 2, p. 230-231.
- Selye, H. (1956), *The stress of life*, McGraw-Hill, New York.
- Shamir, B. (1980), Between service and servility: role conflict in subordinate service roles, *Human Relations*, vol. 33, p. 741-756.
- Sharada, N. et Raju, M.V.R. (2001), Gender and role stress in organizations, *Journal of Indian Psychology*, vol. 19, n°1-2, p. 50-55.
- Sharma, S., Durand, R.M. et Gur-Arie, O. (1981), Identification and analysis of moderator variables, *Journal of Marketing Research*, vol. 18, p. 291-300.
- Shields, M.A. et Ward, M. (2001), Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit, *Journal of Health Economics*, vol. 20, n° 5, 677-701.
- Shirey, M.R. (2006), Stress and coping in nurse managers : two decades of research, *Nursing Economics*, vol. 24, n° 4, p. 193-211.
- Shirom, A., et Melamed, S. (2006), A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals, *International Journal of Stress Management*, n° 2, p. 176-200.
- Shirom, A., Nirel, N. et Vinokur, A.D. (2010), Work hours and caseload as predictors of physician burnout: the mediating effects by perceived workload and autonomy, *Applied Psychology*, vol. 59, n° 4, p. 539-565.
- Shirom, A., Nirel, N. et Vinokur, A. (2006) Overload, autonomy, and burnout as predictors of physicians' quality of care, *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 11, n° 4, p. 328-342.

Shrout, P.E. et Bolger, N. (2002), Mediation in Experimental and Nonexperimental Studies: New Procedures and Recommendations, *Psychological Methods*, vol. 7, n° 4, p. 422-445.

Siegrist, J. (1996), Adverse Health Effects of High Effort/Low Reward Conditions, *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 1, p. 27-41.

Singh, J. (1998), Striking a balance in boundary-spanning positions: An investigation of some unconventional influences of role stressors and job characteristics on job outcomes of salespeople, *Journal Marketing Research*, vol. 62, p. 69-86.

Singh, J. et Rhoads, G.K. (1991), Boundary role ambiguity in marketing oriented positions: a multidimensional, multifaced operationalization, *Journal of Marketing Research*, vol. 28, p. 328-338.

Smith, C.S., Tisak, J. et Schmieder, R.A. (1993), The measurement properties of the role conflict and role ambiguity scales: a review and extension of the empirical research, *Journal of Organization Behavior*, vol. 14, p. 37-48.

Solky Bytzel, J. et Ryan, R.M. (1997), The Dynamics of Volitional Reliance: A Motivational Perspective on Dependence, Independence, and Social Support, dans G.R. Pierce, B. Lakey, I.G. Sarason, B.R. Sarason (Eds.), *Sourcebook of social support and personality*, New York and London: Plenum Press.

Spector, P.E. et Jex, S.M. (1998), Development of four self-report measures of job stressors and strain: interpersonal conflict at work scale, organizational constraints scale, quantitative workload inventory, and physical symptoms inventory, *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 3, p. 356-367.

Spence, J.T. et Robbins, A.S. (1992), Workaholism: Definition, measurement, and preliminary results, *Journal of Personality Assessment*, vol. 58, n° 1, p. 160-178.

Spielberger, C.D. (1976), The nature and measurement of anxiety, dans Spielberger, C.D. et Diaz-Guerrero, R. (eds), *Cross-Cultural Anxiety*, Hemisphere, Washington DC.

Steel, R.P., Hendrix, W.H. et Balogh, S.P. (1990), Between time lag and turnover study outcomes: an extension of meta-analysis findings and conclusions, *Journal of Organizational Behavior*, vol. 11, p. 237-242.

Steel, R.P. et Ovalle, N.K. (1984), A review and meta-analysis of research on the relationship between behavioral intentions and employee turnover, *Journal of Applied Psychology*, vol. 69, p. 673-686.

Steffy, B.D. et Jones, J.W. (1988), Workplace stress and indicators of coronary-disease risk, *Academy of management Journal*, vol. 31, n° 3, p. 686-698.

Stein, M., Keller, S. et Schleifer, S. (1981), The hypothalamus and the immune response, dans Weiner, H., Hofer, M. et Stunkard, A. (eds), *Brain, Behaviour and Bodily Disease*, Raven, New York.

Stephens, A. (1991), *Psychological coping, individual differences and physiological stress responses*, dans C.L. COOPER et R. PAYNE (Eds.), *Personality and stress, individual*

differences in the stress process, New York : Wiley, chap. 9, p. 205-233.

Stora, J.B. (2010), *Le stress, Que sais-je ?* (8^{ème} éd.), P.U.F.

Strachota, E., Normandin, P., O'Brien, N., Clary, M. et Krukow, B. (2003), Reasons registered nurses leave or change employment status, *Journal of Nursing Administration*, vol. 33, n° 2, p. 111-117.

Strauss, A. (1992), *La trame de la négociation*, L'Harmattan, Paris.

Suls, J. et Fletcher, B. (1985), Self-attention, life stress and illness: A prospective study, *Psychosomatic Medicine*, vol. 47, p. 465-481.

Symonds, C.P. (1947), Use and abuse of the term flying stress, dans Air Ministry, *Psychological Disorders in Flying Personnel of the Royal Air Force, Investigated during the War, 1939-1945*, HMSO, Londres.

Taghavi, I. (2012), Workaholisme. Enquête au sein d'une population de salariés parisiens, *Références en santé au travail*, n° 131, p. 33-39.

Tai, T.W.C., Bame, S.I. et Robinson, C.D. (1998), Review of nursing turnover research, 1977-1996, *Social Science and Medicine*, vol. 47, n° 12, 1905-1924.

Tang, Y-T. et Chang, C-H. (2010), Impact of role ambiguity and role conflict on employee creativity, *African Journal of Business Management*, vol. 4, n° 6, p. 869-881.

Taris, T.W., Schaufeli, W.B. et Verhoeven, L.C. (2005), Workaholism in the Netherlands: Measurement and Implications for Job Strain and Work-Nonwork, *Applied Psychology: an International Review*, vol. 54, n° 1, p. 37-60.

Terkel, S. (1972), *Working*, Aron Books, New-York.

Tett, R.P. et Meyer, J.P. (1993), Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention: Path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology*, vol. 46, p. 259-293.

Thiétart, RA. & coll. (2007), *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Paris.

Tilley, H. et Tilley, I.G. (1999), External change and its impact on nurse management : a case study, *Journal of nursing management*, vol. 7, p. 3-11.

Tracy, L. et Johnson, T.W. (1981), What do the role conflict and role ambiguity scales measure ?, *Journal of Applied Psychology*, vol. 66, n° 4, p. 464-469.

Trentzsch-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.

Trontin, C., Lassagne, M., Boini, S. et Rinal, S. (2010), *Le coût du stress professionnel en France en 2007*, INRS, Paris.

Tubre, T. et 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, n° 1, p. 155-170.

Ughetto, P. (2004), La dépense et la valeur : l'esprit économique de l'Etat, enjeu politique. Le cas des musées, *Revue de l'IRES*, vol. 8, n° 4, p. 1-26.

Uhr, J. (1990), Ethics and the Australian Public Service : Making Managerialism Work, *Current Affairs Bulletin*, vol. 66, n° 11, p. 22-27.

Urio, P. (1998), *La gestion publique au service du marché*, dans Hufty, M., *La pensée comptable : Etat, néolibéralisme, nouvelle gestion publique*, PUF et Les nouveaux Cahiers de l'IUED, Paris et Genève.

Vaillant, G.E. (1977), *Adaptation to life*, Boston : Little, Brown.

Valcour, P.M. et Batt, R. (2003), Work-Life Integration: Challenges and Organizational Responses, *Faculty Publications - Human Resource Studies*, p. 310-331.

Van Maanen, J. et Schein, E. (1979), Toward a theory of organizational socialization, dans B. Staw (ed.), *Research in Organizational Behavior*, vol. 1, Greenwich, Conn. : JAI Press, p. 209-269.

Van Shell, M., Brief, A.P. et Schuler, R.S. (1981), Role conflict and role ambiguity: Integration of the literature and directions for future research. *Human Relations*, vol. 34, p. 43-71.

Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D. et Becker, J. (1985), The ways of Coping check-list: revision and psychometric properties, *Multivariate Behavioral Research*, vol. 20, p. 3-26.

Voydanoff, P. (2004), The effects of work demands and resources on work-to-family conflict and facilitation, *Journal of Marriage and Family*, vol. 66, p. 398-412.

Weathlerly, K.A. et 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.

Weber, M. (1921), *Economie et société*, 1^{ère} traduction française, 1971, Plon, Paris.

Weitzman, E.D., Boyar, R.M., Kapen, S. et Hellman, L. (1975), The relationship of sleep and sleep stages to neuroendocrine secretion and biological rhythms in man, *Recent Progress Hormone Research*, vol. 31, p. 399-446.

West, M.A. (1987), Role innovation in the world of work, *British Journal of Social Psychology*, vol. 26, n°4, p. 305-315.

West, M.A. et Farr, J.L. (1990), *Innovation and creativity at work: Psychological and Organizational Strategies*, Chichester, Wiley.

West, M.A. et Sacramento, C.A. (2006), *Flourishing in teams : Developing creativity and*

innovation, dans *Creative management and development*, ed. Jane Henry, London, p. 25-44.

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

Xanthopoulou, D., Bakker, A.B., Demerouti, E. et Schaufeli, W.B. (2009), Work engagement and financial returns: A diary study on the role of job and personal resources, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 82, p. 183-200.

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.

Yahiel, M. et Mounier, C. (2010), *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?*, Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, novembre.

Yavas, O., Babakus, E, et Karatepe, O. M. (2008), Attitudinal and behavioural consequences of work-family conflict and family-work conflict. Does gender matter? *International Journal of Service Industry Management*, vol. 19, p. 7-31.

Zedeck, S. (1971), Problems with the use of « moderator » variables, *Psychological Bulletin*, vol. 76, p. 295-310.

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE	10
PARTIE 1 : LE CADRE CONTEXTUEL ET THEORIQUE DE LA RECHERCHE	21
CHAPITRE 1 :	23
L'HOPITAL PUBLIC : UNE ORGANISATION EN EVOLUTION	23
<i>Section 1 : L'évolution du management des établissements hospitaliers.....</i>	<i>25</i>
1 LE MANAGEMENT DES ORGANISATIONS PUBLIQUES.....	25
1.1 Le management public : quelle origine ?	25
1.2 Le management public : quelle évolution ?	26
1.3 Le Nouveau Management Public en pratique.....	29
1.4 Les avantages et les limites du Nouveau Management Public (NMP)	32
2 LE MANAGEMENT DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.....	34
2.1 L'Hôpital public : quelle origine ?	34
2.2 Les missions actuelles de l'hôpital public	37
2.3 L'Hôpital public : quelle évolution ?	39
2.4 Les critiques du nouveau management public (NMP).....	46
<i>Section 2 : Le métier de Cadre de santé à l'hôpital public.....</i>	<i>49</i>
1 LE METIER DE CADRE DE SANTE A L'HOPITAL : GENERALITES	49
2 LES MISSIONS DU CADRE DE SANTE.....	51
3 L'EVOLUTION DU METIER DE CADRE DE SANTE A L'HOPITAL PUBLIC.....	53
4 LA MANAGERIALISATION DU METIER DE CADRE DE SANTE	55
5 LA POSITION D'INTERFACE DU CADRE DE SANTE.....	57
CHAPITRE 2 :	61
VERS UN CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE POUR COMPRENDRE LES TENSIONS DE ROLE ET LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT.....	61
<i>Section 1 : Les tensions de rôle et leurs conséquences.....</i>	<i>63</i>
1 DE LA NOTION DE ROLE AUX TENSIONS DE ROLE.....	63
1.1 La notion de rôle	64
1.2 Les tensions de rôle : un concept à clarifier.....	72
2 MISE EN LUMIERE DE TROIS EFFETS PARTICULIERS DES TENSIONS DE RÔLE	86
2.1 Les tensions de rôle : un déterminant majeur du stress professionnel.....	87
2.2 Deux autres conséquences des tensions de rôle : l'intention de quitter et le comportement innovant	100
<i>Section 2 : Les stratégies d'ajustement utilisées pour faire face aux tensions de rôle et à leurs conséquences.....</i>	<i>109</i>
1 DEFINITION ET EVOLUTION DE LA NOTION DE <i>COPING</i> (OU STRATEGIES D'AJUSTEMENT).....	109
2 LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT ET LES THEORIES DES RESSOURCES MOBILISEES	115
2.1 La théorie de la conservation des ressources (« <i>COR theory</i> ») de Hobfoll (1989)	115
2.2 Le modèle « <i>Job Demands – Resources Model</i> » de Demerouti et al. (2001)	119
3 LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT UTILISEES FACE AU STRESS.....	123
3.1 Classifications des stratégies d'ajustement.....	124
3.2 Le soutien social : une stratégie d'ajustement très étudiée	129
4 LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT UTILISEES FACE AUX TENSIONS DE ROLE	131
PARTIE 2 : LES ETUDES EMPIRIQUES SUR LES TENSIONS DE ROLE ET LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT DES CADRES DE SANTE	141
CHAPITRE 3 :	143
L'ETUDE QUALITATIVE EXPLORATOIRE SUR LES TENSIONS DE ROLE ET LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT DES CADRES DE SANTE.....	143
<i>Section 1 : Les objectifs et la méthodologie de l'étude qualitative exploratoire</i>	<i>145</i>
1 LES OBJECTIFS DE L'ETUDE QUALITATIVE EXPLORATOIRE.....	145
2 LA COLLECTE DES DONNEES.....	151
2.1 Les entretiens semi-directifs	151
2.2 L'observation non participante	156
3 LE TRAITEMENT DES DONNEES	158

3.1	La transcription des données	158
3.2	Le codage des données	159
3.3	La catégorisation des unités d'analyse	159
3.4	L'analyse des données	160
<i>Section 2 : Les résultats de l'étude qualitative exploratoire</i>		<i>162</i>
1	LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	162
1.1	La localisation de l'établissement	162
1.2	La gouvernance de l'établissement	164
1.3	Quelques chiffres sur le CHRU	166
1.4	Les cadres de santé du CHRU	166
2	LES RESULTATS DE L'ETUDE EXPLORATOIRE	167
2.1	L'évolution du métier de cadre de santé	168
2.2	Les tensions de rôle identifiées	172
2.3	Les stratégies d'ajustement identifiées	181
2.4	La discussion des résultats de l'étude qualitative exploratoire	195
<i>Section 3 : La présentation du modèle de recherche et l'opérationnalisation des variables... 202</i>		<i>202</i>
1	La problématique de la recherche	202
2	Les hypothèses de la recherche	203
2.1	Les hypothèses concernant les effets directs des tensions de rôle	203
2.2	Les hypothèses concernant l'effet modérateur des stratégies d'ajustement	209
2.3	Les hypothèses concernant les facteurs individuels et organisationnels des tensions de rôle	211
3	L'opérationnalisation des variables	218
3.1	L'opérationnalisation des variables individuelles et organisationnelles	219
3.2	L'opérationnalisation des tensions de rôle	223
3.3	L'opérationnalisation des effets directs des tensions de rôle	231
3.4	L'opérationnalisation des stratégies d'ajustement	234
CHAPITRE 4 :		243
L'ETUDE QUANTITATIVE CONFIRMATOIRE SUR LES TENSIONS DE ROLE ET LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT DES CADRES DE SANTE		243
<i>Section 1 : La méthodologie de l'étude quantitative confirmatoire</i>		<i>245</i>
1	Les objectifs de l'étude quantitative	245
2	La méthodologie utilisée pour le traitement statistique des données	247
2.1	Les objectifs et les intérêts des méthodes d'équations structurelles	247
2.2	Les étapes de résolution d'un Modèle d'Equations Structurelles (MES)	248
2.3	L'analyse factorielle confirmatoire (AFC)	253
3	La collecte des données de l'étude quantitative	257
3.1	Elaboration du questionnaire	257
3.2	La démarche de collecte des données	260
4	La présentation de l'échantillon étudié	266
4.1	Les caractéristiques des cadres de santé interrogés	267
4.2	La multi-normalité des distributions	274
4.3	Les valeurs extrêmes	279
4.4	Les valeurs manquantes	281
<i>Section 2 : Le test des échelles de mesure retenues</i>		<i>284</i>
1	Test de l'échelle du conflit et de l'ambiguïté de rôle de Rizzo et al. (1970)	284
2	Test de l'échelle du Conflit travail-famille de Netmeyer et al. (1996)	286
3	Test de l'échelle de la charge de travail de Harris (1989)	288
4	Test de l'échelle du stress professionnel de Lemyre et Tessier (1988)	290
5	Test de l'échelle de l'Intention de quitter de Battistelli et al. (2013)	291
6	Test de l'échelle du Comportement Innovant au Travail (CIT) de Janssen (2000, 2001)	292
7	Test de l'échelle du <i>workaholisme</i> de Schaufeli et al. (2009)	294
8	Test de l'échelle des changements liés au Nouveau Management Public (NMP) de Abord de Chatillon et Desmarais (2012)	296
9	Test des échelles du soutien social	297
10	Test de l'échelle des stratégies de <i>Coping</i> de Carver (1997)	299
10.1	Analyse factorielle exploratoire de l'échelle du <i>Coping</i>	299
10.2	Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle du <i>Coping</i>	306
11	Synthèse des tests des échelles de mesure retenues	310
<i>Section 3 : Les résultats de l'étude quantitative confirmatoire</i>		<i>312</i>
1	Une analyse préalable des corrélations entre les variables étudiées	312
1.1	Analyse des corrélations entre les tensions de rôle et leurs effets	312
1.2	Analyse des corrélations entre les tensions de rôle et leurs antécédents	314
1.3	Analyse des corrélations avec les stratégies d'ajustement	317
2	Le test des hypothèses de recherche	321
2.1	Le test des relations directes entre les tensions de rôle et leurs effets	322

2.2	Le test des effets modérateurs des stratégies d'ajustement.....	332
2.3	Le test des hypothèses avec les antécédents des tensions de rôle.....	342
<i>Section 4 : La discussion des résultats au regard de la littérature et de l'étude qualitative exploratoire</i>		<i>355</i>
1	La description de l'échantillon et la validation des instruments de mesure.....	355
1.1	La description de l'échantillon.....	355
1.2	La validation des instruments de mesure.....	356
2	La discussion des résultats des tests sur les liens directs entre les tensions de rôle et leurs effets	359
2.1	Les liens directs entre les tensions de rôle et le stress professionnel (H1)	359
2.2	Les liens entre les tensions de rôle et l'intention de quitter (H2)	362
2.3	Les liens entre les tensions de rôle et le comportement innovant au travail (H3)	364
3	La discussion des tests des résultats sur les effets des stratégies d'ajustement.....	366
3.1	Les effets modérateurs des stratégies d'ajustement.....	366
3.2	Les effets directs des stratégies d'ajustement.....	373
4	La discussion des résultats des tests sur l'influence des antécédents des tensions de rôle	375
4.1	L'influence des caractéristiques individuelles (H7)	375
4.2	L'influence des caractéristiques organisationnelles (H8)	377
CONCLUSION GENERALE.....		382
BIBLIOGRAPHIE.....		401
TABLE DES MATIERES		435
TABLE DES FIGURES		438
TABLE DES TABLEAUX.....		439
ANNEXES.....		442
ANNEXE 1 : REPERTOIRE DES METIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE		443
ANNEXE 2 : REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DE L'ECHANTILLON ETUDIE		446
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX REpondANTS		447
ANNEXE 4 : TEST DU MODELE SOUS SPSS-AMOS		480
ANNEXE 5 : RESULTATS DES TESTS D'INTERACTION ENTRE LES TENSIONS DE ROLE ET LES STRATEGIES DE COPING SUR LE STRESS PROFESSIONNEL.....		481
ANNEXE 6 : RESULTATS DES TESTS D'INTERACTION ENTRE LES TENSIONS DE ROLE ET LES STRATEGIES DE COPING SUR L'INTENTION DE QUITTER		483
ANNEXE 7 : RESULTATS DES TESTS D'INTERACTION ENTRE LES TENSIONS DE ROLE ET LES STRATEGIES DE COPING SUR LE COMPORTEMENT INNOVANT AU TRAVAIL.....		485

Table des figures

Figure 1 : Schéma de la structure de la recherche	20
Figure 2 : La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé (Bonnici, 2007)	45
Figure 3 : Modèle d'épisode de Katz et Kahn (1978, p. 196)	67
Figure 4 : Les modes d'ajustements aux transitions de rôle (Nicholson, 1984).....	71
Figure 5 : Le syndrome général d'adaptation adapté de Seyle (1956)	92
Figure 6 : Le processus de <i>Coping</i> (Bruchon-Schweitzer, 2001)	114
Figure 7 : Le modèle "Job Demands-Resources" (Demerouti et al., 2001).....	120
Figure 8 : Le modèle JD-R (Bakker et Demerouti, 2007)	122
Figure 9 : Premier modèle de recherche issu de la revue de littérature	140
Figure 10 : La triangulation (Thiétart et al., 2007)	146
Figure 11 : Les degrés d'exploration et d'intervention (Gavard-Perret et al., 2008).....	148
Figure 12 : L'organigramme de gouvernance du CHRU en 2011	165
Figure 13 : Le modèle de recherche enrichi de l'étude qualitative exploratoire	201
Figure 14 : Les hypothèses du modèle de recherche	216
Figure 15 : Modèle de recherche détaillé.....	240
Figure 16 : Exemple de formalisation d'un modèle d'analyse en modèle d'équation structurelles.....	249
Figure 17 : Les étapes de résolution d'un MES adaptées de Hair, Anderson, Tatham et Black (1998), dans Roussel et al., 2002	253
Figure 18 : Date de retour des questionnaires.....	265
Figure 19 : Boîte à moustache représentant des observations sur le temps de travail hebdomadaire effectué en fonction du temps de travail (plein ou partiel)	280
Figure 20 : Boîte à moustache représentant les observations pour l'ancienneté sur le poste de cadre de santé en fonction de l'âge.....	281
Figure 21 : Test du modèle	323
Figure 22 : Les effets des variables modératrices (dans Roussel et Wacheux, 2005)	333
Figure 23 : Illustration des hypothèses liées aux antécédents des tensions de rôle	342
Figure 24 : Rôle modérateur des stratégies de <i>coping</i>	367
Figure 25 : Schéma du processus de recherche	384

Table des tableaux

Tableau 1 : L'encadrement infirmier de proximité en France (Feroni et Kober-Smith, 2005)	54
Tableau 2 : Déroulement de la phase exploratoire.....	151
Tableau 3 : Le guide d'entretien de l'étude exploratoire	152
Tableau 4 : Les caractéristiques de l'échantillon de cadres de santé interrogés.....	154
Tableau 5 : Les caractéristiques des cadres de santé observés	157
Tableau 6 : Les effectifs en 2011 (source : "Chiffres clés du CHRU 2011").....	166
Tableau 7 : Les stratégies d'ajustement (SA) organisationnelles déployées face aux tensions de rôle (TR).....	184
Tableau 8 : Les stratégies d'ajustement (SA) individuelles déployées face aux tensions de rôle (TR).....	195
Tableau 9 : Synthèse des hypothèses de recherche.....	217
Tableau 10 : Item relatif à l'âge.....	219
Tableau 11: Item relatif au sexe.....	219
Tableau 12 : Item relatif au nombre d'enfant à charge.....	219
Tableau 13: Item relatif au temps de travail hebdomadaire.....	220
Tableau 14 : Echelle utilisée pour mesurer le <i>workaholisme</i> : Version courte de la DUWAS (Schaufeli et al., 2009).....	221
Tableau 15 : Item relatif à l'étendue de contrôle	221
Tableau 16 : Item relatif à l'étendue de subordination.....	222
Tableau 17 : Echelle de perception des changements liés au NMP (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012)	222
Tableau 18 : Echelle finale de Rizzo et al. (1970) pour le conflit de rôle	225
Tableau 19 : Utilisation de l'échelle traduite du conflit de rôle de Rizzo et al. (1970).....	225
Tableau 20 : Echelle adaptée du conflit de rôle de Rizzo et al. (1970)	226
Tableau 21 : Echelle du conflit travail-famille (CTF) et du conflit famille-travail (CFT), Netemeyer et al. (1996).....	227
Tableau 22 : Echelle finale de Rizzo et al. (1970) pour l'ambiguïté de rôle.....	228
Tableau 23 : Utilisation de l'échelle traduite de l'ambiguïté de rôle de Rizzo et al. (1970) ..	229
Tableau 24 : Echelle adaptée de Rizzo et al. (1970) pour l'ambiguïté de rôle.....	230
Tableau 25 : Echelle de la charge de travail de Harris, 1989	231
Tableau 26 : Echelle de mesure adaptée de la MSP-9 de Lemyre et Tessier (1988).....	232
Tableau 27 : Echelle de mesure de l'intention de quitter (Battistelli et al., 2013).....	233
Tableau 28 : Echelle de mesure du CIT (Janssen, 2000 ; 2001).....	234
Tableau 29 : Stratégies d'ajustement identifiées avec l'étude exploratoire et correspondant aux dimensions du Brief-COPE de Carver (1997)	235
Tableau 30 : Items du Brief-COPE de Carver (1997).....	236
Tableau 31 : Items de l'échelle du soutien de la famille et des amis (Baruch et al., 2002) ...	238
Tableau 32 : Items de l'échelle du soutien du supérieur hiérarchique et du soutien des collègues (Caplan et al., 1975).....	238
Tableau 33 : Valeurs clés communément admises des principaux indices d'ajustement (Roussel et al., 2002, p. 74)	251
Tableau 34 : Valeurs de l'alpha de Cronbach (De Vellis, 2003).....	255
Tableau 35 : Préambule du questionnaire.....	258
Tableau 36 : Situations géographiques ciblées	261
Tableau 37 : Age des répondants	267
Tableau 38 : Genre des répondants.....	268

Tableau 39 : Situation familiale des répondants	268
Tableau 40 : Nombre d'enfant à charge des répondants	269
Tableau 41 : Temps de travail des répondants	269
Tableau 42 : Durée d'ancienneté à l'hôpital (en année).....	270
Tableau 43 : Durée d'ancienneté sur le poste de cadre de santé (en année).....	270
Tableau 44 : Formation continue des répondants	271
Tableau 45 : Moyennes des scores pour le <i>workaholisme</i>	271
Tableau 46 : Etendue de contrôle des répondants.....	272
Tableau 47 : Etendue de subordination des répondants.....	272
Tableau 48 : Identification des services où exercent les répondants	273
Tableau 49 : Moyenne des scores pour le NMP	274
Tableau 50 : Ancienneté à l'hôpital des répondants	275
Tableau 51 : Etendue de contrôle des répondants.....	275
Tableau 52 : Etendue de subordination des répondants.....	276
Tableau 53 : Temps de travail hebdomadaire effectué par les répondants	276
Tableau 54 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Rizzo et al. (1970).....	285
Tableau 55 : Validité discriminante de l'échelle du conflit et de l'ambiguïté de rôle	286
Tableau 56 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Netmeyer et al. (1996).....	287
Tableau 57 : Validité discriminante de l'échelle de conflit travail-famille.....	288
Tableau 58 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Harris (1989).....	289
Tableau 59 : Validité discriminante de l'échelle de la charge de travail	290
Tableau 60 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Lemyre et Tessier (1988)	290
Tableau 61 : Qualité d'ajustement de l'échelle de Battistelli et al. (2013)	291
Tableau 62 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Battistelli et al. (2013).....	292
Tableau 63 : Validité discriminante de l'échelle du CIT	293
Tableau 64 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Janssen (2000, 20001).....	293
Tableau 65 : Validité discriminante de l'échelle du <i>workaholisme</i>	294
Tableau 66 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Schaufeli et al. (2009).....	295
Tableau 67 : Valeur discriminante du NMP	296
Tableau 68 : Résultats de l'AFC de l'échelle de Abord de Chatillon et Desmarais (2012) ...	297
Tableau 69 : Fiabilité et validité convergente du Soutien social	298
Tableau 70 : Qualité d'ajustement du modèle de mesure du Soutien social	298
Tableau 71 : Validité discriminante du Soutien social	299
Tableau 72 : Résultats des tests de Barlett et de Meyer et Olkin.....	301
Tableau 73 : AFE de l'échelle du <i>Coping</i>	302
Tableau 74 : Items de l'axe 1 " <i>Coping</i> actif et positif"	303
Tableau 75 : Items de l'axe 2 "Soutien social".....	303
Tableau 76 : Items de l'axe 3 "Déni et renoncement"	304
Tableau 77 : Items de l'axe 4 "Utilisation de substances"	304
Tableau 78 : Items de l'axe 5 "Religion"	304
Tableau 79 : Items de l'axe 6 "Humour"	304
Tableau 80 : Items de l'axe 7 "Blâme".....	305
Tableau 81 : Items de l'axe 8 "Acceptation"	305
Tableau 82 : Fiabilité et validité convergente de l'échelle du <i>Coping</i>	306
Tableau 83 : Résultats de l'AFC de l'échelle du <i>Coping</i> de Carver (1997) à 5 dimensions..	307
Tableau 84 : Valeur discriminante du <i>Coping</i>	308
Tableau 85 : Synthèse des AFC des modèles de mesure	310
Tableau 86 : Corrélations de Pearson entre les tensions de rôle et leurs effets	313
Tableau 87 : Corrélations de Pearson avec les variables individuelles	314
Tableau 88 : Corrélations de Pearson avec les variables organisationnelles	316
Tableau 89 : Moyennes et écart-types des variables.....	317

Tableau 90 : Corrélations de Pearson entre les tensions de rôle et les stratégies de <i>Coping</i> .	318
Tableau 91 : Corrélations de Pearson entre les effets directs de tensions de rôle et les stratégies de <i>Coping</i> .	319
Tableau 92 : Récapitulatif des variables du modèle global	321
Tableau 93 : Qualité d'ajustement du modèle testé.	324
Tableau 94 : Résultats du modèle testé.	325
Tableau 95 : Coefficients de régression avec le stress professionnel	326
Tableau 96 : Coefficients de régression avec l'intention de quitter	327
Tableau 97 : Coefficients de régression avec le comportement innovant au travail	329
Tableau 98 : Résumé des résultats sur les hypothèses relatives aux liens directs avec les tensions de rôle	331
Tableau 99 : Effets d'interaction significatifs entre les tensions de rôle et les stratégies de <i>coping</i> sur le stress professionnel	335
Tableau 100 : Résultats des effets modérateurs sur le stress professionnel.	336
Tableau 101 : Effets d'interaction significatifs entre les tensions de rôle et les stratégies de <i>coping</i> sur l'intention de quitter	337
Tableau 102 : Résultats des effets modérateurs sur l'intention de quitter.	338
Tableau 103 : Effets d'interaction significatifs entre les tensions de rôle et les stratégies de <i>coping</i> sur le comportement innovant au travail.	340
Tableau 104 : Résultats des effets modérateurs sur le comportement innovant au travail	340
Tableau 105 : ANOVA à un facteur (âge)	343
Tableau 106 : ANOVA à un facteur (sexe)	344
Tableau 107 : ANOVA pour le nombre d'enfants à charge	345
Tableau 108 : Test de régression pour le nombre d'enfants à charge	346
Tableau 109 : ANOVA pour le nombre d'heures hebdomadaires travaillées.	347
Tableau 110 : Test de régression pour le nombre d'heures hebdomadaires travaillées	347
Tableau 111 : ANOVA du <i>workaholisme</i> .	348
Tableau 112 : test de régression pour le <i>workaholisme</i>	348
Tableau 113 : ANOVA pour l'étendue de contrôle.	349
Tableau 114 : Test de régression pour l'étendue de contrôle	350
Tableau 115 : ANOVA pour l'étendue de subordination.	351
Tableau 116 : ANOVA pour le NMP	352
Tableau 117 : Test de régression pour le NMP.	352
Tableau 118 : Synthèse des résultats sur les antécédents des tensions de rôle	353

ANNEXES

Annexe 1 : Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière



Cadre responsable d'unité de soins

Famille : Soins

Sous-famille : Management des soins

Code FPT : 06/D/25

Code Rome : J1502

Code métier : 05U20

Information générale

Définition :

Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.

Autres appellations :

Cadre de santé
Surveillant

Prérequis :

Exercice professionnel de 4 ans

Activités

- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine
 - Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
 - Élaboration et rédaction de rapports d'activité
 - Encadrement d'équipe(s), gestion et développement des personnels
 - Gestion des moyens et des ressources : techniques, financières, humaines, informationnelles
 - Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
 - Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
 - Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
 - Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
 - Veille spécifique à son domaine d'activité

Cadre responsable d'unité de soins -

Ministère de la santé et des sports - Direction générale de l'offre de soins



Savoir-Faire

- Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe / en réseau

Connaissances

Description	Degré	Formacode
Animation d'équipe	Connaissances détaillées	
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances approfondies	
Communication et relation d'aide	Connaissances approfondies	44021
Droit des patients	Connaissances détaillées	43415
Évaluation de la charge de travail	Connaissances détaillées	32012
Management	Connaissances détaillées	
Méthodologie d'analyse de situation	Connaissances approfondies	14254
Organisation du travail	Connaissances détaillées	42887
Soins	Connaissances approfondies	
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances détaillées	32025

Connaissances détaillées : Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

Connaissances approfondies : Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.

Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Direction des soins pour l'élaboration et le suivi de projets
médecins pour la gestion journalière de l'unité
autres services de soins, médico techniques, logistiques, administratifs pour l'organisation des activités et des soins et pour la gestion des matériels
partenaires de santé extra hospitaliers pour la continuité des prestations
fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix des moyens
service de formation continue pour organiser des formations adaptées aux besoins des personnels
instituts de formation pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires
responsables du pôle et autres cadre du pôle pour l'élaboration et le suivi des projets du pôle

Etudes préparant au métier et diplôme(s) :

Une année de formation, après sélection d'entrée, en institut de formation des cadres de santé
Diplôme de cadre de santé

Cadre responsable d'unité de soins -

Ministère de la santé et des sports - Direction générale de l'offre de soins



LE RÉPERTOIRE DES **MÉTIERS**
DE LA **FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE**
« Une aide à la décision pour chacun d'entre nous »



Correspondances statutaires éventuelles :

Cadre de santé

Proximité de métier - Passerelles courtes :

Directeur des soins,
cadre supérieur de santé,
cadre de santé de pôle

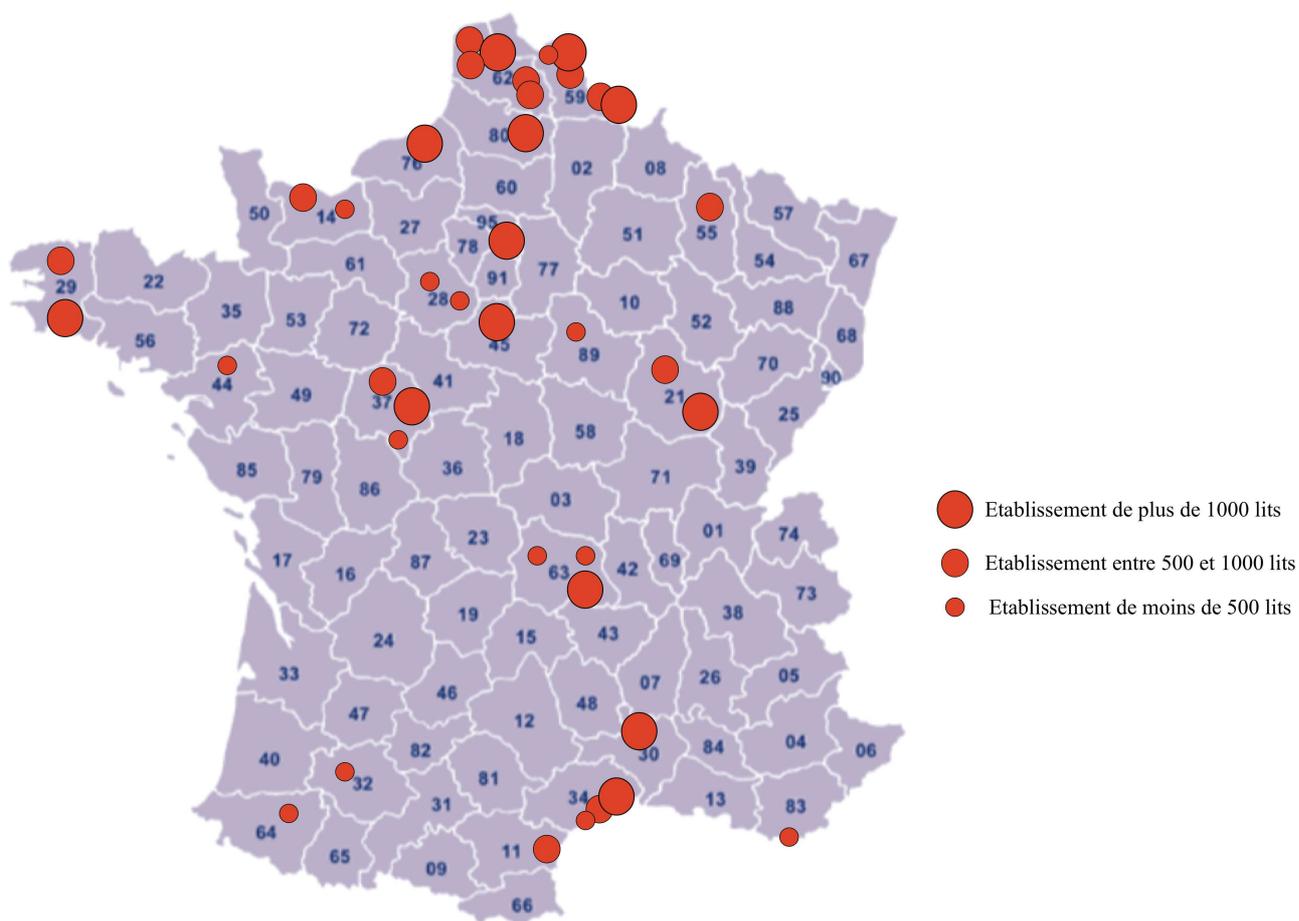
Tendances d'évolution du métier - Les facteurs clés à moyen terme :

Renforcement des contraintes juridiques et réglementaires,
évolution des professions paramédicales dans le cadre des transferts d'activités et de compétences,
évolutions technologiques des équipements, des matériels et des pratiques

Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences :

Développement de la traçabilité
Réalisation de protocoles, de procédures
Ajustement des profils de postes et évaluation en besoins de formation

Annexe 2 : Répartition géographique des établissements hospitaliers de l'échantillon étudié



Annexe 3 : Questionnaire adressé aux répondants

30/05/2014 18:34

EVAL & GO
Enquête Cadres de Santé

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un travail de thèse au sein du Laboratoire MRM (Montpellier Recherche en Management), je mène une étude sur l'évolution du métier de Cadre de Santé à l'hôpital public et ses conséquences éventuelles sur le stress professionnel. Aujourd'hui, je vous sollicite pour répondre à un questionnaire qui concerne certaines caractéristiques de votre emploi ainsi que des attitudes et des comportements qui pourraient se manifester dans des situations particulières de votre quotidien. Le temps de réponse est estimé à environ 20 minutes.

Les informations collectées dans le cadre de ce questionnaire seront traitées de manière strictement confidentielle et anonyme et ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.

Veillez à lire attentivement l'introduction en haut de chaque page du questionnaire.

En vous remerciant de votre aimable collaboration à cette étude et de l'intérêt que vous y accordez.

Si vous avez des questions ou des commentaires à me communiquer concernant cette recherche, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : riviere.audrey@hotmail.fr.

Audrey Rivière

Doctorante – Université de Montpellier 2 - MRM

Questionnaire

Informations concernant votre contexte de travail et votre comportement au travail :

Veillez indiquer votre niveau d'accord ou de désaccord avec les phrases suivantes en cochant la case correspondante, sachant que :

1 = « Pas du tout d'accord » ; 2 = « Pas d'accord » ; 3 = « Sans avis » ; 4 = « Plutôt d'accord » ; 5 = « Tout à fait d'accord »

- Dans mon service, les moyens (matériels ou humains) à disposition pour travailler sont de plus en plus limités.
1

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- Les contraintes budgétaires prennent une place de plus en plus importante.
2

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 3. Je reçois des missions sans main-d'œuvre pour les réaliser.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 4. Je n'ai pas assez de temps pour faire tout ce qu'on attend de moi au travail.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 5. Les exigences de ma famille ou de mon partenaire empiètent sur mes activités professionnelles.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 6. Dans mon travail, je côtoie des personnes souffrantes ou en fin de vie.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 7. Je reçois des demandes incompatibles de plusieurs personnes.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 8. Les exigences de mon travail interfèrent avec ma vie familiale.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•

9. Je connais avec certitude mon étendue d'autorité (hiérarchique).

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•

10. J'ai pour effectuer mon travail des objectifs clairs et planifiés.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•

11. Je réalise des tâches trop faciles ou trop ennuyeuses.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•

12. Le temps que prend mon travail me pose des difficultés concernant l'accomplissement de mes responsabilités familiales.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•

13. Je dois remettre à plus tard certaines tâches liées à mon travail en raison du temps que je dois investir à la maison.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 14. Je travaille sous pression parce que je dois toujours respecter le temps alloué à chaque tâche.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 15. Dans mon travail je suis confronté(e) à des questions de vie ou de mort.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 16. Ces derniers jours, au travail, je suis détendu(e).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 17. Ces derniers jours, au travail, je me sens débordé(e) ; j'ai l'impression de manquer de temps.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 18. Ces derniers jours, au travail, j'ai des douleurs physiques : maux de dos, maux de tête, mal à la nuque, maux de ventre.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 19. Je produis de nouvelles idées pour résoudre des problèmes difficiles.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 20. Je mobilise le soutien d'autres personnes pour les idées innovatrices.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 21. Je transforme les idées innovatrices en applications utiles dans le travail.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 22. Je me sens pressé(e) et j'ai l'impression de faire une course contre la montre.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 23. Je reste au travail après le départ de mes collègues cadres de santé.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 24. Je me retrouve toujours à travailler sur de nombreux projets en parallèle.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

1 2 3 4 5

- 31. Habituellement, je suis responsable.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 32. Habituellement, je suis détendu(e).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 33. Habituellement, je suis à l'aise.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 34. Habituellement, je suis imaginatif(ve).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 35. Habituellement, je suis créatif(ve).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 36. J'ai l'intention de chercher un autre emploi dans un autre hôpital pendant l'année prochaine.
*

- 25. Je travaille tellement que je n'ai plus assez de temps pour mes loisirs ou pour voir mes amis.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 26. Habituellement, je suis silencieux(se).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 27. Habituellement, je suis réservé(e).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 28. Habituellement, je suis aimable.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 29. Habituellement, je suis coopératif(ve).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 30. Habituellement, je suis organisé(e).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 31. Habituellement, je suis responsable.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 32. Habituellement, je suis détendu(e).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 33. Habituellement, je suis à l'aise.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 34. Habituellement, je suis imaginatif(ve).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 35. Habituellement, je suis créatif(ve).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 36. J'ai l'intention de chercher un autre emploi dans un autre hôpital pendant l'année prochaine.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 37. J'ai l'intention de chercher un emploi dans un autre hôpital durant les 5 prochaines années.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

Cette page concerne toujours votre contexte de travail et votre comportement au travail :

Cette page contient 36 questions.

Veillez indiquer votre niveau d'accord ou de désaccord avec les phrases suivantes en cochant la case correspondante, sachant que :

1 = « Pas du tout d'accord » ; 2 = « Pas d'accord » ; 3 = « Sans avis » ; 4 = « Plutôt d'accord » ; 5 = « Tout à fait d'accord »

- 38. Il faut rendre des comptes de plus en plus précis et de plus en plus souvent.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 39. La responsabilité personnelle de chacun est de plus en plus engagée.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 40. Ma vie familiale empiète sur mes responsabilités professionnelles, par exemple, elle m'empêche d'être ponctuel(le), d'accomplir mes tâches quotidiennes et de travailler des heures supplémentaires.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 41. Mon travail est stressant ce qui ne me permet pas de satisfaire mes obligations familiales.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 42. Je sais quelles sont mes responsabilités.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 43. Je suis tellement sollicité(e) par les autres que je n'ai plus le temps de tout faire correctement.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

-
44. Il y a des choses que j'aimerais faire au travail et que je n'arrive pas à faire à cause des exigences de ma famille ou de mon partenaire.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

-
45. Il y a un manque de procédures et de guides pour m'aider.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

-
46. Dans mon travail, je dois consoler des personnes en deuil.

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

-
47. Je dois effectuer des choses qui, je pense, devraient être réalisées différemment.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

-
48. Je reçois des demandes incompatibles entre elles, de la part d'une personne (quelle qu'elle soit, au sein de mon établissement).

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

-
49. Ce que je veux faire à la maison n'est pas réalisé compte tenu des exigences de mon travail.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 50. Je réalise des choses qui peuvent être acceptées par certaines personnes et rejetées par d'autres.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 51. Dans mon travail, je dois m'occuper de patients difficiles.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 52. Au lieu de suivre mon planning, je passe mon temps à faire trente six mille choses à la fois.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 53. Ces derniers jours, au travail, je me sens préoccupé(e), tourmenté(e) ou anxieux (anxieuse).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 54. Ces derniers jours, au travail, je ne sais plus où j'en suis, je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 55. Ces derniers jours, au travail, je me sens plein(e) d'énergie, en forme.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•

56. Je crée de nouvelles méthodes de travail, techniques ou outils.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•

57. Je fais en sorte que les personnes importantes dans l'organisation soient enthousiastes au sujet d'idées innovatrices.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•

58. J'introduis systématiquement de nouvelles idées dans l'environnement de travail.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•

59. Je me trouve souvent à faire deux ou trois choses en même temps.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•

60. Il est important pour moi de travailler dur même quand je n'aime pas ce que je fais.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 61. J'ai souvent l'impression qu'il y a quelque chose en moi qui me pousse à travailler avec ténacité.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 62. Habituellement, je suis prudent(e).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 63. Habituellement, je suis énergique.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 64. Habituellement, je suis désintéressé(e).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 65. Habituellement, je suis confiant(e).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 66. Habituellement, je suis doté(e) d'esprit pratique.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 67. Habituellement, je suis soigneux(se).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 68. Habituellement, je suis stable.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 69. Habituellement, je suis satisfait(e).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 70. Habituellement, je suis curieux(se).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 71. Habituellement, je suis réfléchi(e).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•

72. J'ai l'intention de déposer un dossier de mutation dans une autre unité de cet hôpital pendant l'année prochaine.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•

73. J'ai l'intention de déposer un dossier de mutation dans une autre unité de cet hôpital durant les 5 prochaines années.

*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

Cette page concerne toujours votre contexte de travail et votre comportement au travail :

Cette page contient 27 questions.

Veillez indiquer votre niveau d'accord ou de désaccord avec les phrases suivantes en cochant la case correspondante, sachant que :

1 = « Pas du tout d'accord » ; 2 = « Pas d'accord » ; 3 = « Sans avis » ; 4 = « Plutôt d'accord » ; 5 = « Tout à fait d'accord »

- 74. Nous travaillons quotidiennement avec des interlocuteurs de plus en plus nombreux.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 75. Il faut prendre en compte dans mon travail les demandes de personnes variées (autres services, autres institutions...)
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 76. Je perds mon temps à faire des tâches sans intérêt qui ne font pas partie de mon travail.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 77. Les explications sur ce qui doit être fait sont claires.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 78. Je travaille pour des choses inutiles.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•

79. Je reçois certaines missions sans ressources ni moyens adéquats pour pouvoir les effectuer.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•
80. Je sais exactement ce que l'on attend de moi.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•
81. Dans mon travail, je dois faire face à des personnes agressives.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•
82. Compte tenu des exigences de mon travail, je suis amené(e) à changer mes programmes familiaux.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•
83. Il m'est difficile de m'acquitter de mes obligations professionnelles en raison des tensions que je vis par rapport à ma famille.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•
84. Je dois gérer l'entourage et la famille des patients.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 85. Ces derniers jours, au travail, je sens peser un grand poids sur mes épaules.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 86. Ces derniers jours, au travail, je contrôle mal mes réactions, mes émotions, mes humeurs, mes gestes.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 87. Ces derniers jours, au travail, je suis stressé(e).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 88. Je trouve des solutions originales à des problèmes.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 89. J'obtiens l'approbation des autres pour des idées innovatrices.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 90. J'évalue l'utilité des idées innovatrices.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 91. Je me sens obligé(e) de travailler avec ténacité, même quand ce n'est pas agréable.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 92. Je me sens coupable quand je ne travaille pas.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 93. Il est difficile pour moi de me détendre quand je ne travaille pas.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 94. Habituellement, je suis timoré(e).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 95. Habituellement, je suis généreux(se).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•

96. Habituellement, je suis travailleur(se).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•
97. Habituellement, je suis peu émotif(ve).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•
98. Habituellement, je suis raffiné(e) (sophistiqué(e)).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•
99. J'ai l'intention de quitter la profession et de changer de métier pendant l'année prochaine.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•
100. J'ai l'intention de quitter la profession et de changer de métier durant les 5 prochaines années.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

Informations concernant votre réaction face à des événements stressants :

Nous sommes intéressés par la façon dont les cadres de santé répondent lorsqu'ils sont confrontés aux événements difficiles ou stressants dans leur vie professionnelle. Il y a beaucoup de manières d'essayer de faire face au stress. Indiquez ce que vous faites ou ressentez habituellement lors d'un événement stressant tels que ceux énumérés dans la partie précédente.

Cette page contient 20 questions.

Veillez indiquer votre niveau d'accord ou de désaccord avec les phrases suivantes en cochant la case correspondante, sachant que :

1 = « Pas du tout d'accord » ; 2 = « Pas d'accord » ; 3 = « Sans avis » ; 4 = « Plutôt d'accord » ; 5 = « Tout à fait d'accord »

- 101. Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 102. Je détermine une ligne d'action et je la suis.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 103. Je me dis que ce n'est pas réel.
*

Pas du tout d'accord tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 104. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 105. Je recherche un soutien émotionnel de la part des autres.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 106. Je renonce à essayer de résoudre la situation.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 107. J'essaie de trouver du réconfort dans ma religion ou dans des croyances spirituelles.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 108. J'accepte la réalité de ma nouvelle situation.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 109. J'évacue mes sentiments déplaisants en en parlant.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 110. Je recherche l'aide et le conseil d'autres personnes.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 111. J'essaie de voir la situation sous un jour plus positif.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 112. Je me critique.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 113. J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 114. Je prends la situation avec humour.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 115. Quand quelque chose va mal au travail, je peux toujours en parler avec ma famille ou mes amis.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 116. Ma famille ou mes amis se soucient vraiment de ce qui m'arrive au travail.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 117. Mon supérieur hiérarchique direct fait tout son possible pour me faciliter les choses au travail.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 118. Je peux compter sur mon supérieur direct quand les choses vont mal au travail.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 119. Mes collègues font tout leur possible pour me faciliter les choses au travail.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 120. Il m'est facile de parler avec mes collègues.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

Cette page concerne toujours votre réaction face à des événements stressants :

Cette page contient 21 questions.

Veillez indiquer votre niveau d'accord ou de désaccord avec les phrases suivantes en cochant la case correspondante, sachant que :

1 = « Pas du tout d'accord » ; 2 = « Pas d'accord » ; 3 = « Sans avis » ; 4 = « Plutôt d'accord » ; 5 = « Tout à fait d'accord »

- 121. Ma famille ou mes amis m'aident à me sentir mieux lorsque j'ai une dure journée de travail.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 122. Ma famille ou mes amis partagent ce que je vis au travail.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 123. Je peux parler librement avec mon supérieur direct.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

-

124. Il m'est facile de parler avec mon supérieur direct.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•
125. Je peux compter sur mes collègues quand les choses vont mal au travail.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•
126. Je peux parler librement avec mes collègues.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•
127. Je recherche le soutien et la compréhension de quelqu'un.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•
128. J'abandonne l'espoir de faire face.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•
129. Je fais quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la TV, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins).
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 130. J'exprime mes sentiments négatifs.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 131. J'essaie d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il faut faire.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 132. Je concentre mes efforts pour résoudre la situation.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 133. Je refuse de croire que ça m'arrive.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 134. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 135. J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 136. Je planifie les étapes à suivre.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 137. Je me reproche les choses qui m'arrivent.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 138. Je recherche les aspects positifs dans ce qu'il m'arrive.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 139. Je prie ou médite.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

- 140. Je m'amuse de la situation.
*

Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord

1 2 3 4 5

•

141. Autre, précisez :

Pour finir, quelques informations générales vous concernant, vous, votre poste et votre établissement :

Cette page contient 16 questions.

•
142. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?
*

•
143. Vous êtes :
*

•
144. Vous êtes :
*

•
145. Combien d'enfant avez-vous ?
*

•
146. Combien d'enfant avez-vous à votre charge ?
*

•
147. Quel est votre niveau d'étude ?
*

- 148. Quelles sont les formations continues diplômantes que vous avez suivies ?

Master Aucunes Autre

- 149. Quelle est votre ancienneté dans le secteur hospitalier ?

*
Inscrivez ici le nombre d'années :

- 150. Quelle est votre ancienneté dans le poste de cadre de santé (y compris faisant fonction) ?

*
Inscrivez ici le nombre d'années :

- 151. Vous êtes :

*

- 152. Quel est votre temps hebdomadaire effectué ?

*
Inscrivez ici le nombre d'heures hebdomadaires travaillées (en moyenne) :

- 153. Dans quel centre hospitalier exercez-vous ?

*
Inscrivez ici le nom de la VILLE, le nom du CENTRE HOSPITALIER et le nom de l'HOPITAL :

- 154. Quel est le nombre annuel de séjours patients dans votre centre hospitalier ?

*

- 155. Dans quel (s)service(s) exercez-vous ?

*
Inscrivez ici le nom du ou des services :

156. Dans votre fonction de cadre de santé, combien de personnes avez-vous sous votre responsabilité hiérarchique ?

*

Inscrivez ici le nombre de personnes :

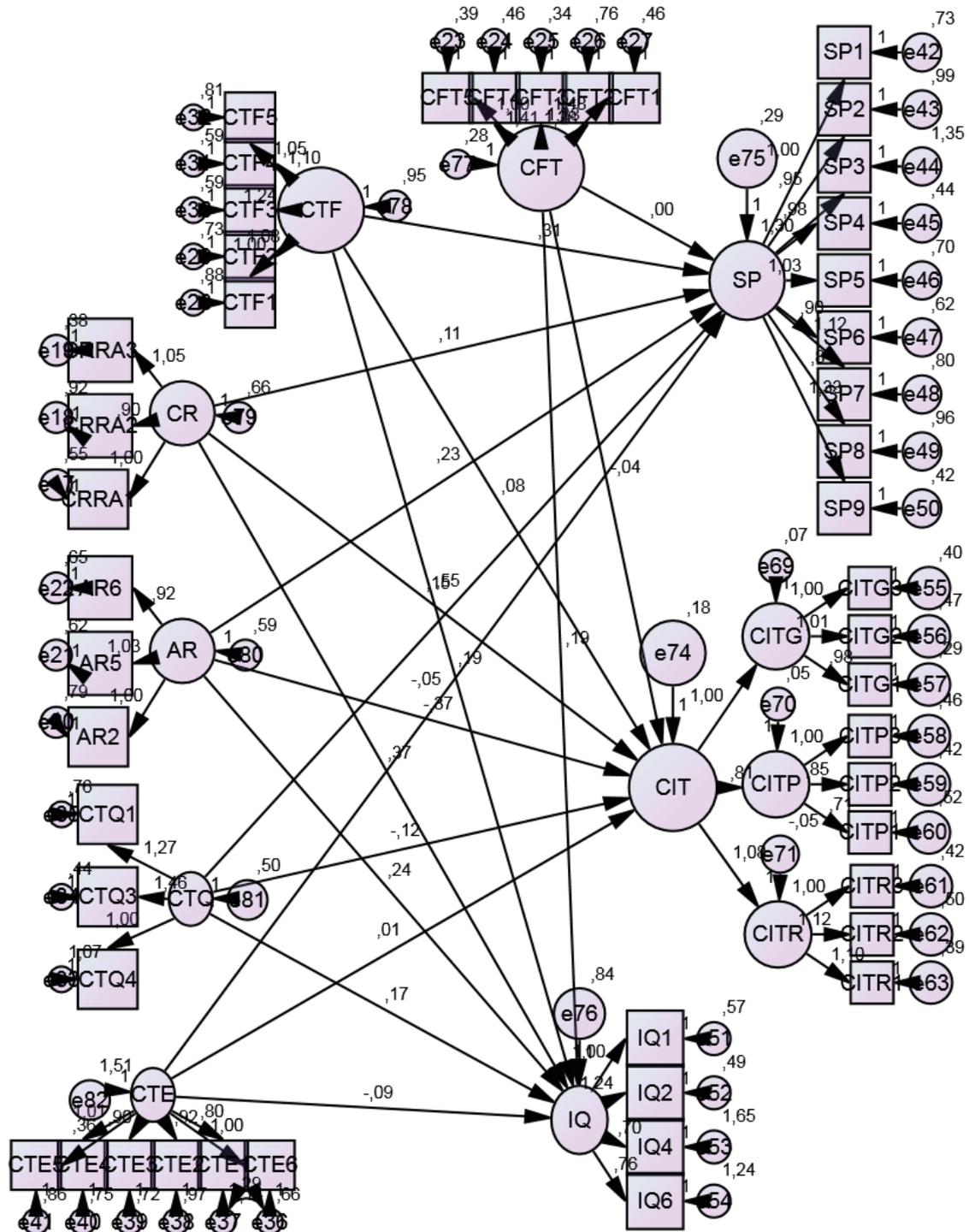
•

157. Dans votre fonction de cadre de santé, combien de personnes sont susceptibles de vous donner des directives de manière directe ?

*

Inscrivez ici le nombre de personnes :

Annexe 4 : Test du modèle sous SPSS-AMOS



Annexe 5 : Résultats des tests d'interaction entre les tensions de rôle et les stratégies de *coping* sur le stress professionnel

Variable explicative	Variable modératrice	Coeff. Régres.	T de Student	p
Conflit travail-famille	Réinterprétation positive	-0,0561	-1,5222	0,1287
Conflit travail-famille	Humour	-0,0562	-1,5713	0,1168
Conflit travail-famille	Soutien de la famille	0,0211	0,5644	0,5728
Conflit travail-famille	Soutien de la hiérarchie	0,0270	0,7393	0,4601
Conflit travail-famille	Soutien des collègues	-0,0045	-0,1275	0,8986
Conflit travail-famille	Désengagement comportemental	0,0258	0,7141	0,4755
Conflit travail-famille	Utilisation de substances	-0,0367	-0,9151	0,3606
Conflit travail-famille	Religion	0,0794	2,1701	0,0305
Ambiguïté de rôle	Réinterprétation positive	-0,0169	-0,4329	0,6653
Ambiguïté de rôle	Humour	-0,0705	-1,8183	0,0697
Ambiguïté de rôle	Soutien de la famille	-0,0115	-0,2785	0,7808
Ambiguïté de rôle	Soutien de la hiérarchie	-0,0337	-0,8520	0,3947
Ambiguïté de rôle	Soutien des collègues	-0,0072	-0,2012	0,8407
Ambiguïté de rôle	Désengagement comportemental	-0,0335	-0,8943	0,3716
Ambiguïté de rôle	Utilisation de substances	-0,0841	-2,1973	0,0285
Ambiguïté de rôle	Religion	-0,0158	-0,3558	0,7222
Charge de travail quantitative	Réinterprétation positive	-0,0722	-2,1102	0,0354
Charge de travail quantitative	Humour	-0,0819	-2,4617	0,0142

Variable explicative	Variable modératrice	Coeff. Régres.	T de Student	p
Charge de travail quantitative	Soutien de la famille	-0,0074	-0,1994	0,8420
Charge de travail quantitative	Soutien de la hiérarchie	0,0524	1,5169	0,1300
Charge de travail quantitative	Soutien des collègues	-0,0144	-0,4212	0,6738
Charge de travail quantitative	Désengagement comportemental	0,0315	0,8597	0,3904
Charge de travail quantitative	Utilisation de substances	-0,0339	-0,0196	0,3583
Charge de travail quantitative	Religion	0,0550	1,5708	0,1170
Conflit de rôle	Réinterprétation positive	-0,0424	-1,1615	0,2461
Conflit de rôle	Humour	-0,0768	-2,1087	0,0355
Conflit de rôle	Soutien de la famille	0,0197	0,5079	0,6118
Conflit de rôle	Soutien de la hiérarchie	0,0146	0,3497	0,7267
Conflit de rôle	Soutien des collègues	-0,0618	-1,5595	0,1196
Conflit de rôle	Désengagement comportemental	-0,0238	-0,6356	0,5253
Conflit de rôle	Utilisation de substances	-0,0590	-1,0620	0,2888
Conflit de rôle	Religion	0,0040	0,0973	0,9225
Charge de travail émotionnelle	Réinterprétation positive	0,0217	0,4804	0,6311
Charge de travail émotionnelle	Humour	0,0483	1,0952	0,2740
Charge de travail émotionnelle	Soutien de la famille	0,0844	1,8520	0,0647
Charge de travail émotionnelle	Soutien de la hiérarchie	0,0091	0,2080	0,8353
Charge de travail émotionnelle	Soutien des collègues	0,0977	2,2343	0,0260
Charge de travail émotionnelle	Désengagement comportemental	-0,0460	-1,1268	0,2604
Charge de travail émotionnelle	Utilisation de substances	-0,0204	-0,4439	0,6573
Charge de travail émotionnelle	Religion	0,0000	-0,0004	0,9996

Annexe 6 : Résultats des tests d'interaction entre les tensions de rôle et les stratégies de *coping* sur l'intention de quitter

Variable explicative	Variable modératrice	Coeff. Régres.	T de Student	p
Conflit travail-famille	Réinterprétation positive	-0,0463	-1,0747	0,2831
Conflit travail-famille	Humour	-0,1083	-2,6154	0,0092
Conflit travail-famille	Soutien de la famille	0,0236	0,5571	0,5777
Conflit travail-famille	Soutien de la hiérarchie	-0,0095	-0,2270	0,8205
Conflit travail-famille	Soutien des collègues	-0,0199	-0,4925	0,6226
Conflit travail-famille	Désengagement comportemental	0,0425	1,0008	0,3175
Conflit travail-famille	Utilisation de substances	0,1093	2,4208	0,0159
Conflit travail-famille	Religion	0,0065	0,1569	0,8754
Ambiguïté de rôle	Réinterprétation positive	0,0119	0,2871	0,7742
Ambiguïté de rôle	Humour	-0,0846	-2,0222	0,0438
Ambiguïté de rôle	Soutien de la famille	0,0010	0,0244	0,9805
Ambiguïté de rôle	Soutien de la hiérarchie	0,0363	0,8830	0,3777
Ambiguïté de rôle	Soutien des collègues	0,0464	1,2262	0,2208
Ambiguïté de rôle	Désengagement comportemental	0,0040	0,0988	0,9214
Ambiguïté de rôle	Utilisation de substances	-0,0174	-0,4348	0,6639
Ambiguïté de rôle	Religion	0,0086	0,1873	0,8515
Charge de travail quantitative	Réinterprétation positive	-0,0839	-1,9268	0,0546
Charge de travail quantitative	Humour	-0,1078	-2,5364	0,0115

Variable explicative	Variable modératrice	Coeff. Régres.	T de Student	p
Charge de travail quantitative	Soutien de la famille	-0,0223	-0,4834	0,6290
Charge de travail quantitative	Soutien de la hiérarchie	0,0999	2,3218	0,0207
Charge de travail quantitative	Soutien des collègues	0,0204	0,4717	0,6374
Charge de travail quantitative	Désengagement comportemental	0,0353	0,7510	0,4531
Charge de travail quantitative	Utilisation de substances	0,0497	1,0926	0,2752
Charge de travail quantitative	Religion	-0,0424	0,9731	0,3310
Conflit de rôle	Réinterprétation positive	-0,0333	-0,8417	0,4004
Conflit de rôle	Humour	-0,0596	-1,4843	0,1384
Conflit de rôle	Soutien de la famille	0,0732	1,8014	0,0723
Conflit de rôle	Soutien de la hiérarchie	0,0710	1,6098	0,1082
Conflit de rôle	Soutien des collègues	0,0242	0,5674	0,5707
Conflit de rôle	Désengagement comportemental	0,0102	0,2472	0,8048
Conflit de rôle	Utilisation de substances	-0,0390	-0,6669	0,5052
Conflit de rôle	Religion	0,0618	1,4193	0,1565
Charge de travail émotionnelle	Réinterprétation positive	0,0554	1,1917	0,2340
Charge de travail émotionnelle	Humour	0,0848	1,8322	0,0676
Charge de travail émotionnelle	Soutien de la famille	0,1002	2,2060	0,0279
Charge de travail émotionnelle	Soutien de la hiérarchie	0,0478	1,0734	0,2837
Charge de travail émotionnelle	Soutien des collègues	0,0885	1,9701	0,0494
Charge de travail émotionnelle	Désengagement comportemental	0,0088	0,2039	0,8385
Charge de travail émotionnelle	Utilisation de substances	-0,0458	-0,9990	0,3183
Charge de travail émotionnelle	Religion	-0,0241	-0,4723	0,6369

Annexe 7 : Résultats des tests d'interaction entre les tensions de rôle et les stratégies de *coping* sur le comportement innovant au travail

Variable explicative	Variable modératrice	Coeff. Régres.	T de Student	p
Conflit travail-famille	Réinterprétation positive	-0,0341	-0,7561	0,4500
Conflit travail-famille	Humour	0,0678	1,4945	0,1358
Conflit travail-famille	Soutien de la famille	-0,0398	-0,8471	0,3974
Conflit travail-famille	Soutien de la hiérarchie	-0,1005	-2,1418	0,0328
Conflit travail-famille	Soutien des collègues	-0,0407	-0,9079	0,3644
Conflit travail-famille	Désengagement comportemental	0,0690	1,4838	0,1386
Conflit travail-famille	Utilisation de substances	0,0373	0,7343	0,4631
Conflit travail-famille	Religion	0,0636	1,3739	0,1702
Ambiguïté de rôle	Réinterprétation positive	-0,0032	-0,0802	0,9361
Ambiguïté de rôle	Humour	0,0064	0,1537	0,8779
Ambiguïté de rôle	Soutien de la famille	-0,0306	-0,7275	0,4673
Ambiguïté de rôle	Soutien de la hiérarchie	0,0417	1,0115	0,3124
Ambiguïté de rôle	Soutien des collègues	0,0299	0,7898	0,4301
Ambiguïté de rôle	Désengagement comportemental	-0,0865	-2,1494	0,0321
Ambiguïté de rôle	Utilisation de substances	-0,0048	-0,1187	0,9056
Ambiguïté de rôle	Religion	-0,0378	-0,8367	0,4032
Charge de travail quantitative	Réinterprétation positive	-0,0542	-1,2202	0,2230
Charge de travail quantitative	Humour	0,0193	0,4243	0,6716

Variable explicative	Variable modératrice	Coeff. Régres.	T de Student	p
Charge de travail quantitative	Soutien de la famille	-0,0485	-0,9813	0,3270
Charge de travail quantitative	Soutien de la hiérarchie	0,0108	0,2291	0,8189
Charge de travail quantitative	Soutien des collègues	0,0361	0,7730	0,4399
Charge de travail quantitative	Désengagement comportemental	0,0156	0,3097	0,7569
Charge de travail quantitative	Utilisation de substances	-0,0780	-1,5837	0,1140
Charge de travail quantitative	Religion	-0,0247	-0,5307	0,5959
Conflit de rôle	Réinterprétation positive	-0,0143	-0,3463	0,7293
Conflit de rôle	Humour	0,0468	1,0660	0,2870
Conflit de rôle	Soutien de la famille	0,0136	0,3031	0,7619
Conflit de rôle	Soutien de la hiérarchie	-0,0711	-1,4406	0,1504
Conflit de rôle	Soutien des collègues	0,0091	0,1924	0,8475
Conflit de rôle	Désengagement comportemental	0,0050	0,1111	0,9116
Conflit de rôle	Utilisation de substances	0,1001	1,5312	0,1264
Conflit de rôle	Religion	0,0642	1,3338	0,1830