



HAL
open science

Charge, soutien organisationnel, latitude, LMX et bien-être au travail du personnel soignant accompagnant des personnes en fin de vie

Pascale Desrumaux, Eric Dose, Marion Leroy

► To cite this version:

Pascale Desrumaux, Eric Dose, Marion Leroy. Charge, soutien organisationnel, latitude, LMX et bien-être au travail du personnel soignant accompagnant des personnes en fin de vie. Université de Lille. 2021. hal-04451803

HAL Id: hal-04451803

<https://hal.univ-lille.fr/hal-04451803>

Submitted on 11 Feb 2024

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.

Charge, soutien organisationnel, latitude, LMX et bien-être au travail du personnel soignant accompagnant des personnes en fin de vie

Desrumaux Pascale, Dose Eric, Leroy Marion

Rapport de recherche AcSoiVie

Octobre 2021

Table des matières

Introduction.....	3
Chapitre 1 : Rappel de l'état du droit.....	4
1.1. La loi Léonetti.....	4
1.2. La loi sur le consentement éclairé sur les actes médicaux et les traitements	5
Chapitre 2 : Présentation du modèle AcSoi-Vie	5
2.1. Cadre de recherche.....	5
2.1.1. Modèle ACSoi-Vie de Dose et Desrumaux.....	5
2.2. Cadre théorique.....	6
2.2.1. État des lieux d'un système complexe et dysfonctionnant	6
2.3 Objectifs de la recherche AcSoi-VIE	8
Chapitre 3 : Les soignants face à des facteurs du bien-être au travail.....	9
3.1. Le bien être psychologique au travail	9
3.1.1. Bien être psychologique	9
3.1.2. Bien être général et bien-être au travail : clarification.....	11
3.1.3. Bien-être psychologique au travail des soignants	12
Chapitre 4 : Les soignants face à des facteurs du soutien organisationnel perçu.....	14
4.1. Définition	14
4.2 Le SOP dans les hôpitaux.....	16
4.3. Lien entre SOP et le bien-être psychologique au travail.....	16
Chapitre 5 : Les soignants face à des facteurs de charge de travail.....	17
5.1. Le concept de charge de travail	17
5.2. La représentation de la charge de travail	18
5.3. Les effets de la charge de travail sur les soignants et sur l'hôpital.....	20
5.4. Lien entre charge de travail et le bien-être au travail	21
Chapitre 6 : Les soignants face à des facteurs de latitude/autonomie	22
6.1. Définition latitude/autonomie	22

6.2. Lien entre latitude/autonomie et le bien être psychologique au travail	22
Chapitre 7 : Les soignants face à des facteurs de LMX.....	23
7.1. La notion de LMX.....	23
7.2. Lien entre LMX et le bien-être au travail	24
Chapitre 8 : Problématique	26
Chapitre 9 : Méthodologie	27
9.1. Participants	27
9.2 Procédure et consentement	28
9.3. Matériel	28
9.4. Résultats	29
9.4.1. Analyses descriptives et analyses des corrélations :	30
9.4.2. Analyses des médiations	31
9.5. Discussion	33
9.6. Les limites de l'étude	34
9.7. Implications pratiques	35
Références.....	37
Annexes.....	43

Introduction

Accompagner la personne en fin de vie, c'est respecter ses droits, son histoire, sa situation sociale, sa culture, sa spiritualité mais surtout sa dignité et sa douleur. L'accompagnement est un processus dynamique qui engage différents partenaires dans un projet cohérent au service de la personne, soucieux de son intimité et de ses valeurs propres. Approche globale et pluridisciplinaire, l'accompagnement en institution relève d'initiatives et de procédures adaptées aux attentes et besoins de la personne ainsi que nécessairement des personnels soignants accompagnants. Après un changement lent du cadre juridique évoluant au gré des affaires retentissantes (Affaires Vincent Humbert et Vincent Lambert), la loi du 2 février 2016, ainsi promulguée, affirme que toute personne a le droit à une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. La loi reconnaît ainsi le droit du patient à une sédation profonde et continue jusqu'au décès associée à une analgésie. Pour que cet accompagnement puisse être effectif et efficace et respectueux du cadre législatif dans le milieu hospitalier, encore faut-il prendre en compte la qualité des soins palliatifs effectués par les personnels de santé et de soins (aides-soignants ; infirmiers ; médecins ; cadres administratifs hospitaliers...etc). Cette qualité dépend de la mise en œuvre de ces dispositions légales par ces personnels qui doivent pouvoir aisément les comprendre et de leur capacité décisionnaire et donc de la qualité de vie au travail de ces mêmes personnels selon des critères organisationnels, physiques et psychosociaux. Une recherche sur l'accompagnement de la fin de Vie (Regards croisés des professionnels de santé (AcSoi-Vie)) a été entreprise par les Professeurs SAISON et FANTONI, sous la direction de l'Université de Lille ayant pour but de comprendre les freins et les leviers vis-à-vis de ces personnels ; ce qui revient à appréhender les conditions de travail des personnels de santé et de soins selon des critères multiples (territoires pris en compte, âge, profession, sexe, formation, milieux hospitaliers privés ou publics...etc.), conditions qui pourraient empêcher la possibilité de mise en œuvre du droit, faute de qualité de vie au travail suffisante. Cette recherche, effectuée selon un protocole bien déterminé, a été menée via l'exploitation de réponses à un questionnaire envoyé à l'ensemble des participants du secteur tels que : médecins, psychologues, juristes, économistes de la santé (600 questionnaires et 150 interrogés par catégorie). Ce questionnaire prend en compte des mesures qualitatives des entretiens et quantitatives des questionnaires. Cette recherche comprend plusieurs phases exploratoires par périodes de six mois se clôturant

par un colloque en novembre 2021 pour un état des lieux, puis par un colloque final clôturant une période d'analyses, de synthèse et de réflexions prospectives.

A une étude exploratoire des résultats succédera un travail d'analyse, de synthèse et de réflexions prospectives sur la qualité de vie au travail des personnels soignants et l'incidence de cette qualité sur l'efficacité de la mise en œuvre des dispositions législatives de l'accompagnement en fin de vie. Un rappel de l'évolution législative sera un préambule nécessaire à cette étude.

Chapitre 1 : Rappel de l'état du droit

1.1. La loi Léonetti

La loi Léonetti (Loi n°2005-370) est une loi française adoptée le 12 avril 2005, promulguée le 22 avril 2005. Les objectifs de cette loi sont d'éviter les pratiques illégales d'euthanasie, empêcher l'acharnement thérapeutique, permettre aux patients de choisir un cadre précis et l'arrêt de son traitement. Cette loi indique que les traitements ne doivent pas être poursuivis par une « obstination déraisonnable », toute personne a le droit à une fin de vie digne (Article L.1110-5 du code de la santé publique). Chaque personne a le droit à ce que sa fin de vie soit accompagnée du moins de souffrance possible. Sans légaliser l'euthanasie, elle permet l'introduction de traitements antidouleurs efficaces en fin de vie, même s'il en résulte une mort plus rapide. Le malade a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement (article L1111-4 du code de la santé publique), le médecin doit respecter la volonté de la personne tout en sauvegardant la dignité du mourant. Si le malade est inconscient, la limitation ou l'arrêt du traitement sera décidé seulement dans le cadre d'une procédure collégiale et après consultation d'une « personne de confiance » ou un proche préalablement désigné par le malade. Le statut de la personne de confiance permet la prévalence de son avis sur tout autre avis non médical. Le choix de poursuite de traitement ou de son arrêt sera défini aussi en tenant compte des directives anticipées formulées par le malade (à condition qu'elles aient été formulées trois ans avant la perte de conscience). Ces directives doivent exprimer les volontés de la personne concernant sa fin de vie quant aux conditions de poursuite ou de l'arrêt, de la limitation ou encore du refus d'un traitement ou d'actes médicaux, ces directives

anticipées étant révocables et révisables à tout moment (Article L1111-11 du code de la santé publique).

Le 11 mars 2015, la nouvelle loi Léonetti-Claeys (version 2) est approuvée en partie, la sédation profonde et continue jusqu'au décès a été approuvée mais la légalisation de l'euthanasie a été refusée.

1.2. La loi sur le consentement éclairé sur les actes médicaux et les traitements

La loi Kouchner (Article L1110-2 du code de la santé publique) du 4 Mars 2002, est relative aux droits des malades, au droit à la protection de la santé et à la qualité du système de santé. Cette loi a pour objectif de répondre aux attentes des patients et d'améliorer les droits des patients en cas d'erreur ou de faute médicale. Cette loi indique que le patient doit disposer de toutes les informations nécessaires à la compréhension de sa situation médicale, pour ainsi donner, de manière libre et éclairée, son consentement aux actes médicaux et aux traitements. Le médecin doit transmettre les informations pouvant mettre en jeu sa responsabilité. Le patient a le droit de savoir, avant tout acte médical, les différents traitements, les conséquences directes et celles en cas de refus, et enfin leurs risques fréquents. Cette loi permet aussi d'obtenir son dossier médical plus facilement, ce qui lui permet de faire valoir ses droits si les conséquences des actes médicaux ne sont pas bonnes. Il est stipulé qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Chapitre 2 : Présentation du modèle AcSoi-Vie

2.1. Cadre de recherche

2.1.1. Modèle ACSoi-Vie de Dose et Desrumaux

Cette étude s'inscrit dans le projet pluridisciplinaire AcSoi-Vie, portant sur l'accompagnement de la fin de vie : regards croisés des soignants et des patients.

Cette recherche sert à analyser l'efficacité des différents dispositifs mis à disposition des soignants pour leur permettre d'accompagner au mieux les familles mais aussi leurs propres vécus face à ces expériences de travail. Le tableau ci-dessous récapitule les variables retenues pour cette recherche :

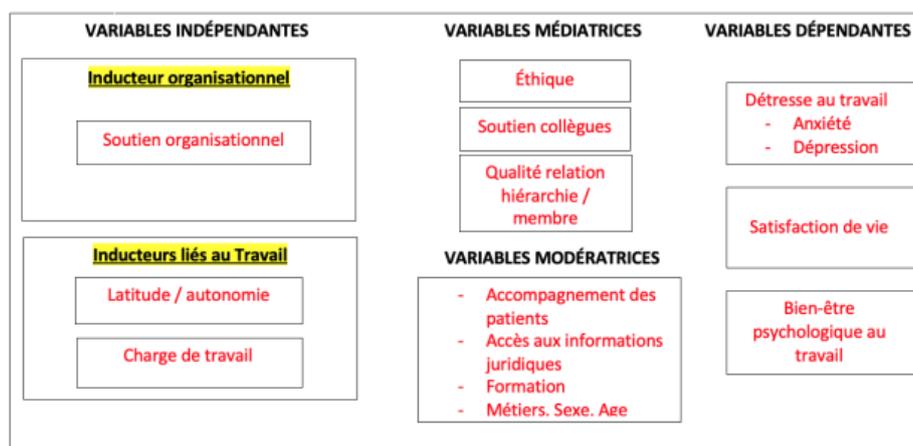


Figure 1 : Modèle hypothétique ACSoi-Vie de Dose et Desrumaux (2019).

2.2. Cadre théorique

2.2.1. État des lieux d'un système complexe et dysfonctionnant

L'année 2003 s'est ouverte sur l'affaire Vincent Humbert, portant enfin le débat sur la question de la fin de vie et de l'euthanasie et ayant participé à la promulgation le 22 avril 2015 de la loi Léonetti sur la fin de vie (Saison & Fantoni, 2019). Les personnes à l'initiative de ce projet de loi ont souhaité limiter l'obstination déraisonnable à la guérison et/ou au maintien en vie, laissant finalement au patient la liberté de proposer lui-même des directives et d'obtenir ainsi un traitement spécifique pour soulager ses douleurs et/ou abrégé sa vie (Saison & Fantoni, 2019).

En 2008, l'effet du dispositif ainsi mis en place, cumulé à l'insuffisance des connaissances, est jugé finalement comme peu efficace (Saison & Fantoni, 2019). En 2012, on évoque surtout un manquement d'application du dispositif (Sicard, 2012). Le Comité Consultatif National Ethique est contraint de revoir ce dispositif et de procéder à une « réévaluation de la pratique » (Fin de vie, autonomie de la personne et volonté de mourir, 2013). Le monde médical a fini par réagir face à l'abandon des patients en fin de vie et plus

particulièrement face au défaut récurrent de prise en compte de leur souffrance (CCNE, 2014). Le Juge a dû, par ailleurs, prévoir un cadre permettant de mieux contrôler la légalité de la décision de l'arrêt de traitement d'un patient (Saison & Fantoni, 2019). En effet, suite à une autre affaire retentissante (Affaire Vincent Humbert), une prise de conscience du manquement de formation du personnel soignant aux procédures d'accompagnement en fin de vie a abouti à mieux contrôler ces décisions (Saison & Fantoni, 2019). C'est dans ce contexte qu'il a été pris l'initiative du texte de loi du 2 février 2016 ; on parle d'une évolution des droits des malades en fin de vie accordant un droit sur un traitement médicamenteux profond, ce jusqu'au décès (Saison & Fantoni, 2019). Les soignants ont manifesté leur désapprobation face à l'accompagnement des malades en fin de vie (Saison & Fantoni, 2019), désapprobation mise en exergue dans de nombreux travaux, aboutissant à leur propre souffrance. En effet, les travaux de Colombat et Mitaine (2001) ont observé cette souffrance. Ce système montre ses limites tant il est difficile pour les soignants d'assimiler complètement les dispositions légales, difficultés souvent dues aux contraintes de l'organisation et du manque de connaissances dans le domaine juridique (Saison & Fantoni, 2019). En conséquence, des mesures ont été mises en place pour améliorer la qualité de vie au travail des soignants (Saison & Fantoni, 2019). Cependant, les dispositifs mis en place sont encore estimés comme inefficaces (Saison & Fantoni, 2019). Bien que ces dispositifs aient été renforcés (Saison & Fantoni, 2019), ils sont inégalement utilisés sur le territoire dans les soins hospitaliers. Les soins et les procédures d'accompagnements en fin de vie diffèrent d'un hôpital à l'autre (Saison & Fantoni, 2019). Les malades ont, par ailleurs, le droit à une fin de vie digne et à une prise en compte de la douleur afin de la réduire, voire de la faire disparaître. Ainsi, le personnel soignant doit pouvoir être en mesure d'intervenir sur cette prise en compte et sur le traitement de cette douleur (Saison & Fantoni, 2019).

Or, seule la moitié des malades bénéficiant des soins palliatifs pourront réellement accéder à ce droit. On reconnaît un certain nombre de dysfonctionnement du dispositif en raison de la diminution ou la suppression de soins actifs par le personnel soignant (Saison & Fantoni, 2019). La HAS a pourtant préconisé d'intégrer les soins palliatifs dans la formation des soignants (Saison & Fantoni, 2019). Les soins palliatifs ne sont pas destinés exclusivement à des professionnels spécialisés ou des unités de soins particulières (Saison & Fantoni, 2019).

2.3 Objectifs de la recherche AcSoi-VIE

Malgré les nouveaux plans d'améliorations des soins palliatifs et de la loi du 2 février 2016, le sujet de l'accompagnement en fin de vie est de nouveau sujet à controverses et notamment dans le cadre de la tenue des États Généraux de la Bioéthique 2018 (Saison & Fantoni, 2019). Ce débat est alimenté par deux pensées opposant ceux souhaitant un statu quo et l'autre souhaitant l'évolution de la société par la légalisation du suicide assisté ou l'euthanasie (Saison & Fantoni, 2019). Mais si des propositions de lois ont déjà érigées permettant « aux malades en fin de vie la libre disposition de leurs corps » (Tribune, 2018), ces dernières sont restées vaines. Cette question de l'évolution de la législation est de nouveau d'actualité. Il serait donc important d'analyser les procédés utilisés par les soignants lors de l'accompagnement en fin de vie afin de mieux comprendre les obstacles et les leviers (Saison & Fantoni, 2019). Cette étude est éminemment utile car constituant un préalable nécessaire aux solutions pour optimiser et faire évoluer cet accompagnement (Saison & Fantoni, 2019). Il est émis l'hypothèse que les conditions de vie au travail insatisfaisantes ne seraient pas propices à une mise en œuvre optimale du « droit positif » (Saison & Fantoni, 2019). Cette amélioration de la qualité de vie au travail permettrait aux soignants de réaliser cet accompagnement dans de meilleures conditions et ainsi faire optimiser le dispositif (Saison & Fantoni, 2019).

Nous pouvons faire le lien entre la souffrance du personnel soignant et le burnt-out puisque les soignants doivent réaliser leurs tâches avec un investissement durable qui semble en contradiction avec des questions éthiques liées à l'accompagnement en fin de vie et un manquement de soutien social de la part de l'organisation (Desrumaux, Gillet et Nicolas, 2018) ainsi que l'absence d'interaction et de « qualité empêchée » (Clos, 2015). Nous pouvons lier cette souffrance à des facteurs psychosociaux ou socio organisationnels (Pronost et al, 2018). En effet, les infrastructures de soins et particulièrement les hôpitaux sont des organisations qui semblent particulièrement touchées par les risques professionnels (Michel, Thibon et Walicki, 2016). Par conséquent, nous pouvons nous poser la question de l'efficacité des différents dispositifs mis à disposition des soignants pour leur permettre d'accompagner au mieux les familles tout en préservant leur propre vécu face à ces expériences difficiles de travail (Saison & Fantoni, 2019).

Chapitre 3 : Les soignants face à des facteurs du bien-être au travail.

3.1. Le bien être psychologique au travail

3.1.1. Bien être psychologique

Le bien-être est une notion qui a été essentiellement étudiée selon une approche philosophique et psychologique. On peut relever plusieurs concepts relevant de cette notion comme le bien être subjectif qui est défini comme « *une prédominance dans l'expérience consciente d'un individu, d'évaluations cognitives et émotionnelles positives, par rapport à la perception d'expériences négatives ou désagréables.* » (Ed Diener, 1984, 1998, 2006). La personne va ainsi limiter les perceptions négatives qui pourraient entacher la poursuite du plaisir et, par extension, du bien-être (Kahneman et al, 1999).

Le sujet du bonheur est un sujet important dans l'Antiquité qui se développe aujourd'hui encore dans les sociétés contemporaines. Il est vrai que profiter de l'instant présent ne coïncide pas avec nos modes de vie d'aujourd'hui (Machado, Desrumaux et Van Droogenbroeck, 2016). Il faut, cependant, faire attention à protéger tout ce qui impacte nos comportements physiques, sociaux et émotionnels (Siquiera & Pavodam, 2008) tant sur le plan professionnel que personnel.

Nous pouvons relever deux perspectives distinctes à savoir le bien être « hédoniste » et celui « eudémoniste ». Selon l'approche eudémonique, on considère l'individu comme acteur de son épanouissement. Le bien être donne par conséquent du sens et permet de se réaliser. (Dagenais-Desmarais et al., 2018 ; Dagenais-Desmarais & Savoie, 2012 ; Gilbert, Dagenais-Desmarais, & Savoie, 2011 ; Keyes, 2005 ; Westerhof & Keyes, 2010). Cette approche est conceptualisée par Aristote qui stipule que nous sommes en permanence à la recherche du bonheur et que nous faisons le maximum pour pouvoir l'atteindre (Mc Mahon, 2006). On doit partir du principe que le seul objectif à atteindre pour être satisfait est le bonheur, « le daimon » ou son vrai soi (Waterman, 1993) tout en ayant comme aboutissement d'atteindre une réalisation de soi la plus optimale (Ryff, Singer, 2008). Le modèle de Deci et Ryan permet de mettre en évidence un modèle permettant de comprendre le lien entre « réalisation » et « intérêt ». Nous allons toujours réaliser des actions en cohérence avec l'intérêt que nous donnons à celles-ci ainsi qu'à des projets et à des besoins psychologiques fondamentaux (Machado, Desrumaux et Van Droogenbroeck, 2016). Ainsi pour Kraut (1979),

l'Homme essaye toujours d'atteindre un niveau supérieur pour arriver « au bonheur », « au bien être » mais aussi à l'épanouissement

(Machado, Desrumaux et Van Droogenbroeck, 2016). Selon la théorie eudémoniste, l'homme va ainsi travailler sur ses capacités pour arriver au bien être (Machado, Desrumaux et Van Droogenbroeck, 2016).

Selon les travaux de Riff (1989), ce dernier décrit le bien être comme résultant de six composantes : « l'acceptation de soi », « ses limites et faiblesses », « les réactions positives à autrui » ; « l'autonomie dans l'orientation de sa vie », « la poursuite de ses objectifs » ; « la maîtrise de son environnement proche » et « pouvoir agir sur les contraintes que l'on rencontre » ; « le sens de la vie », « la capacité de pouvoir définir le bien-être » ; « la possibilité de développer » (Dorol & Finickel, 2016).

D'autres auteurs ont permis de proposer des modèles théoriques mettant en évidence un désir de compétence (Deci & Ryan, 2000) et la conception de vie (Mc Gregor & Little, 1998). Cependant, il est difficile d'arriver à un consensus scientifique entre ces différents modèles théoriques de l'approche eudémonique (Dorol & Finickel, 2016).

La seconde perspective est le bien être hédoniste qui se rapporte au plaisir. Ainsi, le bonheur peut être atteint si on prend en compte le plaisir (Siquiera & Pavodam, 2008). Selon cette perspective, on prend en compte l'atteinte du bonheur et précisément ce que l'on ressent en termes de plénitude et de plaisir quand on atteint ce but (Machado, Desrumaux et Van Droogenbroeck, 2016). Nous allons faire une rétrospection de tout le plaisir et, par extension, du bonheur que nous avons stockés dans notre mémoire. L'individu va évaluer son vécu de manière cognitive en termes de satisfaction et de fréquence qu'il a emmagasinées (Diener, 2000). Cette perspective fait ainsi une différence entre plaisir et douleur en prenant compte que l'Homme va essayer d'atteindre les buts qu'il s'est fixé tout en maximisant la récompense qu'il pourrait obtenir afin d'améliorer le plaisir qui va émaner de ses actions (Kahneman et al, 1999).

Par conséquent, ces deux approches liées au bonheur nous donnent une définition différente de la notion de bien-être. L'une, eudémonique, qui relie le bonheur à un potentiel humain et l'autre, hédoniste, qui renvoie à un état subjectif et ainsi à un bien être subjectif (Siquiera & Pavodam, 2008). Ainsi, l'étude du bien-être, concept du 20^{ème} siècle, a été largement développé et plébiscité par de nombreux travaux et plus particulièrement ceux de

Diener. En effet, Diener a largement participé au développement du concept de bien-être renvoyant à trois composantes : « les affects positifs », « les affects négatifs » et « la satisfaction générale de la vie » (Dorol & Finickel, 2016). L'addition de ces trois composantes permet d'arriver au bien-être (Dorol & Finickel, 2016).

Selon l'étude de Keyes, Shmotkin et Ryff (2002), l'analyse factorielle montre un lien entre le bien être psychologique et le bien être subjectif pouvant être ainsi définis et analysés distinctement (Machado, Desrumaux et Van Droogenbroeck, 2016). Le bien être psychologique et subjectif ne sont pas linéaires dans le temps ; ils fluctuent selon « l'âge », « l'éducation » mais aussi selon « la stabilité émotionnelle » (Machado, Desrumaux et Van Droogenbroeck, 2016). Il serait à ce moment-là, peut être propice de prendre un modèle théorique rassemblant le bien être psychologique et subjectif (Keyes, Magyar-Moe, 2003 ; Ryan, Deci, 2001).

3.1.2. Bien être général et bien-être au travail : clarification

Il est important de différencier le bien-être de vie du bien-être au travail. Le bien-être de vie est engendré par des satisfactions venant de nombreux domaines tels que l'amitié et les bonheurs familiaux, dont le bien-être au travail fait également partie (Dorol & Finickel, 2016).

Nous retrouvons dans le travail l'application du bien-être hédonique et eudémonique. Ainsi, dans l'accomplissement de son travail, l'individu ressent des émotions et de la satisfaction (Pavot & Diener, 2008). Le bien-être eudémonique est lié au fait d'être en harmonie avec soi-même et ses propres valeurs, réalisant ainsi son plein potentiel. En d'autres termes, lorsqu'un individu réussit à faire de son mieux et est satisfait de son travail, le bien être eudémonique est élevé (Dorol & Finickel, 2016).

De nos jours, le travail tient une place importante dans la vie des individus et permet à celui-ci de pouvoir s'épanouir professionnellement et par extension d'un point de vue personnel. Le travail permet ainsi à l'individu de pouvoir s'épanouir. (Baudelot & Gollac, 2003).

On découvre ainsi de nouveaux travaux sur le bien-être au travail et, en conséquence, sur l'importance de cette notion face à des conditions de travail devenues de plus en plus problématiques.

3.1.3. Bien-être psychologique au travail des soignants

Le travail est un facteur de santé et d'accomplissement personnel. Il joue une place importante dans la vie de l'individu et sur sa santé (Debout et al, 2009). Il représente une valeur fondamentale par rapport au collectif, à la société et à l'individu en lui-même (Machado, Desrumaux et Van Droogenbroeck, 2016). Le travail permet à l'individu de se réaliser lui-même et, par extension, pouvoir travailler sur son identité ainsi que sa socialisation (Lancry & Ponelle, 2004).

La santé au travail devient une problématique prenant ainsi de l'ampleur et devient un déterminant sanitaire dans beaucoup d'études (Cohidon & Imbernon, 2009). La santé et le travail sont deux notions qui sont liées. Il existe aussi de nombreux travaux portant sur le bien-être au travail. Deux modèles se sont vraiment intéressés au bien-être au travail et en font leur problématique principale. Il s'agit des travaux de Robert et de Dagenais-Desmarais et al (2006).

Le modèle de Robert est un modèle important puisque c'est un des premiers à réaliser un modèle sur le bien-être au travail. Il différencie le bien-être de l'individu dans le travail et le bien-être du travailleur dans l'organisation (Dorol & Finickel, 2016).

Le bien-être du travailleur comporte différentes facettes et notamment celles environnementales auquel l'individu se rapporte. On prend en considération « l'hygiène », « la santé », « la sécurité », « l'amélioration des lieux de travail » (Dorol & Finickel, 2016). En effet, pour l'auteur, le bien être du salarié au travail doit « tirer toute la satisfaction possible qu'il est en droit d'attendre de l'exercice spécifique de ses fonctions » (Abaidi & Drillon, 2016). En effet, trois conditions doivent être remplies (Abaidi & Drillon, 2016). La première condition est de pouvoir réaliser ses tâches librement sans avoir d'obstacles à surmonter. La deuxième condition est de pouvoir bénéficier des ressources nécessaires pour réaliser de façon optimale ses tâches (Abaidi & Drillon, 2016). Enfin, la troisième condition consiste en la cohérence des tâches effectuées par le travailleur avec la vision qu'il a de l'exercice de son métier (Abaidi & Drillon, 2016). En effet dans l'étude de Bрами, Damart et Kletz (2013), la non prise en compte de ces trois conditions chez les agents hospitaliers nuit au bien-être au travail et engendre une augmentation de l'absentéisme. Ce dysfonctionnement provoque une augmentation des plaintes de patients sur la qualité des soins.

Dans ce modèle, si on veut mettre en place des plans d'actions efficaces, il est important de prendre en compte le bien être du travailleur (Abaidi & Drillon, 2016). Ce modèle repose sur

des caractéristiques tels que l'environnement. Un matériel adéquat mis à disposition du travailleur permettrait de rendre plus performant celui-ci (Abaidi & Drillon, 2016). On peut voir que dans les résultats de l'étude de Bami, Damart et Kletz (2013), les bouleversements organisationnels tels qu'un abaissement du budget de l'établissement conduit à des dégradations des conditions de travail du soignant, amenant celui-ci à se poser des questions sur sa satisfaction au travail.

Il est important d'analyser la conséquence de ces émotions dues au travail sur le bien-être des individus (Abaidi & Drillon, 2016).

En effet, pour l'auteur, « la personne au travail accepte un certain nombre de règles, qu'elle s'efforcera de respecter, mêmes si elles peuvent la contraindre à éprouver des émotions négatives » (Abaidi & Drillon, 2016).

Si, ces émotions négatives ne sont pas en adéquation avec son emploi, celles-ci vont avoir un mauvais effet sur l'individu (Abaidi & Drillon, 2016). Par conséquent, être face aux décès du patient et à la douleur des familles, engendrent une difficulté majeure et centrale dans le discours du soignant (Chahraoui et al, 2011).

Quand ces émotions sont envahissantes et très négatives, il est important de pouvoir les extérioriser (Abaidi & Drillon, 2016). Il est nécessaire de pouvoir créer des lieux permettant aux individus de pouvoir extérioriser (Abaidi & Drillon, 2016) leur ressenti. On évoque alors les salles de détente, les pauses déjeuners et les événements comme un moyen permettant de renforcement du bien-être au travail des aides-soignants et des infirmiers (Machado, Desrumaux et Van Droogenbroeck (2016).

Ces activités permettraient aux individus de se sentir considérés par l'organisation (Abaidi & Drillon, 2016).

Selon les travaux de Boyle, ces dysfonctionnements dans l'organisation pourraient engendrer des difficultés au sein même de la vie privée des salariés (Abaidi & Drillon, 2016). Une bonne organisation de travail, a contrario, permet de concilier la vie professionnelle et la vie personnelle des soignants (Machado, Desrumaux et Van Droogenbroeck (2016). De bons échanges entre les collègues ainsi qu'une bonne répartition vie privée /vie travail seraient un indicateur du bien-être au travail

Chapitre 4 : Les soignants face à des facteurs du soutien organisationnel perçu

4.1. Définition

Le soutien organisationnel peut être défini comme « la manière dont le salarié estime que son organisation prend en compte ses efforts, valorise son investissement personnel et contribue à son bien-être professionnel, au travers de décisions et de politiques de ressources humaines, qui favorisent la qualité de son environnement de travail » (Eisenberger, Fasolo, Davis-LaMastro, 1990; Eisenberger, Huntington, Hutchison, Sowa, 1986; Eisenberg, Stinglhamber, Vandenberghe, Sucharski, Rhoades, 2002).

Le concept de soutien organisationnel perçu permet de comprendre les agissements des salariés par rapport à l'organisation dans laquelle ils exercent leur métier (Eisenberger et al, 1986, 1990). Le soutien organisationnel peut être en lien avec la théorie de l'engagement de Blau (1964) selon laquelle les salariés vont vouloir s'engager dans l'organisation s'ils perçoivent un environnement de travail favorable, une relation de qualité entre l'employé et l'employeur et le sens de la valorisation (Paillé, 2007).

En effet, on parle d'une réciprocité. Se sentant soutenus et valorisés, les salariés vont exécuter un travail de qualité afin que l'entreprise puisse atteindre ses objectifs. Quand l'entreprise prend en considération le salarié, on va remarquer une augmentation de l'engagement et une diminution des absences au travail (Eisenberger et al, 1990). Peuvent être également perçus, dans ces circonstances, une humeur plus positive et un bien-être significatif au travail (Rhoades & Eisenberger, 2002). Rhoades et Eisenberger (2002) ont pu mettre en évidence trois déterminants du soutien organisationnel perçu tels que « la justice procédurale », « les conditions de travail et récompenses de travail » et « le soutien et échange entre les leaders et les salariés ».

On va accentuer la mise en place du soutien organisationnel perçu dans les entreprises surtout quand le salarié va personnifier et attribuer des particularités humaines à l'entreprise (Eisenberger & Stinglhamber, 2011). L'étude de Shore et Shore (1995) a pu mettre en évidence que la justice procédurale et particulièrement l'équité sont une notion importante quand on parle de soutien organisationnel et, par extension, du bien-être au travail. Pour les employés, le soutien de la hiérarchie et des leaders est égal au soutien organisationnel perçu. Ainsi, le supérieur va faire le lien entre la hiérarchie et le reste de l'organisation. Il sert de messenger entre la direction et les employés. Le soutien du supérieur est très important

puisqu'il va émettre des opinions sur ses employés qu'il transmettra ensuite à la direction (Rhoades & Eisenberger, 2002). Les conditions de travail et les récompenses de travail permettent aux employés de se sentir importants et ainsi plus soutenus (Shore & Shore, 1995). Ce soutien se caractérise par la sécurité des travailleurs dans leur travail, un salaire et l'autonomie donnée à l'employé dans ses fonctions (Rhoades & Eisenberger, 2002). Or, Eisenberger & Stinglhamber (2011) relèvent ainsi que « *La théorie de l'échange sociale fournit des arguments solides justifiant pourquoi les employés répondraient positivement à un fort soutien organisationnel perçu et négativement à un faible soutien organisationnel perçu* ».

En effet, la théorie du soutien organisationnel décrit de multiples processus permettant de comprendre les effets positifs du SOP (Stinglhamber & Caesens, 2019). En effet, nous remarquons un mécanisme tel que la norme de réciprocité obligeant les salariés à rendre l'aide qu'ils ont obtenue, par ailleurs, en se comportant de façon positive et favorable vis-à-vis du reste de l'entreprise (Stinglhamber & Caesens, 2019). En effet, le SOP permet aux salariés de croire que l'entreprise sera là en cas de difficulté et pourra donc les aider (Stinglhamber & Caesens, 2019). Ainsi, les salariés se sentant soutenus vont participer au développement certain de l'organisation (Stinglhamber & Caesens, 2019).

La revue littéraire de Rhoades et Eisenberger (70 études) a permis de décrire les conséquences du SOP sur les employés. En effet, le SOP améliore ainsi le bien être de ceux-ci quand ils sont récompensés de leur effort au travail (e.g. Witt, 1991,1992 ; Witt & Hellman, 1992 ; Welchans, 1995). Les salariés sont moins prédisposés à être touchés par des facteurs de stress et des contraintes de l'emploi (George et al., 1993 ; Robblee, 1997) quand ils se sentent soutenus par leur organisation et quand leur besoin de compétences est satisfait (Eisenberger et al., 2001).

Par ailleurs, ils seront plus déterminés à aider leur collègue en cas de difficultés (George & Brief, 1992). La satisfaction des besoins telle que le besoin de compétences permettrait à l'individu de se sentir utile et de trouver du sens à ses activités (Rhoades & Eisenberger, 2002). Le SOP permet de créer une atmosphère solidaire entre les salariés créant ainsi une véritable cohésion sociale. Pareillement, les salariés n'ont pas le sentiment d'être enchaînés à l'organisation et de devoir y rester sans possibilité de pouvoir partir (Shore & Tetrick, 1991). Par conséquent, la cohésion sociale, le soutien, le sentiment d'utilité, la satisfaction des besoins permettraient de hisser l'organisation vers un développement plus important que d'autres et placeraient l'entreprise dans une dimension plus concurrentielle (Rhoades & Eisenberger, 2002).

4.2 Le SOP dans les hôpitaux

Il faut se rendre compte que le secteur de la santé n'échappe pas à certaines questions liées à la difficulté de garder les salariés dans les rangs (Ndayirata, Belghiti-Mahut et Briol, 2020). Si nous prenons l'exemple du Burundi, les médecins partent vers le secteur privé ou s'installent à l'étranger (Ndayirata, Belghiti-Mahut et Briol, 2020). Il est important de comprendre les influences qui peuvent toucher le soutien organisationnel. Ainsi, la gestion des ressources humaines est un élément à prendre en compte quand on analyse le SOP. Le développement de la gestion des ressources humaines est favorable pour l'organisation ainsi que pour les salariés (Eisenberger & Stinglhamber, 2011). En effet, les travaux de Guitérrez-Martinez (2006) vont dans ce sens : « *les pratiques de GRH mise en place dans une organisation seraient perçues par les salariés comme un signal de soutien que celle-ci est prête à offrir* ». Nous pouvons ainsi relier le concept du soutien « organisationnel » perçu au soutien « efficacité » perçue. Le concept de l'efficacité personnelle mis en évidence par Carré (2004), puis repris par Bandura, se définit comme une croyance de l'individu à pouvoir agir et réagir face à une situation qui pourrait lui arriver (Dose, Desrumaux et Colombat, 2019). Pour lui, ce sentiment d'efficacité est un élément de l'agentivité humaine (Dose, Desrumaux et Colombat, 2019). Il serait alors acteur des relations sociales optimales entre les salariés, doté d'une attirance pour la réussite et d'un développement affectif et émotionnel plus favorable (Dose, Desrumaux et Colombat, 2019).

En effet, on se rend compte, du point de vue de la santé et particulièrement chez les infirmiers, qu'un sentiment élevé d'auto-efficacité permettrait de se défendre face à certaines difficultés et de permettre de ressentir un sentiment de satisfaction personnelle.

Ces salariés vont, par conséquent, pouvoir consolider le sentiment de compétences (Dose, Desrumaux et Colombat, 2019). Selon Bandura (1991, 2003), le sentiment d'efficacité place la personne sous une forme de contrôle prédisposant l'individu à réaliser des choix qui ne sont pas complètement les siens (Dose, Desrumaux et Colombat, 2019).

4.3. Lien entre SOP et le bien-être psychologique au travail

Relevant de la théorie de l'échange social (Blau, 1964 ; Cropanzano & Mitchell, 2005), le soutien organisationnel (Eisenberger, Huntington, Hutchinson & Sowa, 1986) analyse le lien entre le salarié et l'engagement qu'il noue avec l'organisation. Les

récompenses organisationnelles sont d'autant plus appréciées et contribuent au SOP si elles sont induites par les salariés eux-mêmes dans leurs propres actions, à savoir non soumises à des pressions et contraintes extérieures (Dose, Desrumaux, Bernaud et Machado, 2019). Deux facettes du SOP ont pu être décrites. La première résulte du fait que l'organisation va mettre un point d'honneur à mettre en évidence les actions réalisées par les salariés et la deuxième réside dans l'importance de l'organisation à prendre en considération le bien-être des travailleurs (Rhoades & Eisenberger, 2002). Par conséquent, la théorie de l'échange social montre que si les facettes du SOP sont comblées, alors le salarié sera plus engagé et sa loyauté solidifiée (Rhoades & Eisenberger, 2002).

Certaines études montrent un lien important entre le SOP et le soutien de la hiérarchie. Ainsi, les supérieurs hiérarchiques seraient le symbole de l'entreprise, guidant ainsi le sens que l'on pourrait donner au soutien organisationnel. Ces derniers permettraient de faciliter l'expression d'un soutien émotionnel. Cependant, certains auteurs contredisent cette idée en stipulant que le soutien du supérieur est un soutien du SOP (Eisenberger et al, 2002 ; Kurtessis et al. 2015 ; Rhoades & Eisenberger, 2002) ou alors que ces deux concepts sont bien distincts selon les travaux de Tekleab et Chiaburu (2011). Ces auteurs ont rendu compte de deux facteurs représentant les échanges sociaux, à savoir ceux avec l'entreprise et ceux avec les supérieurs hiérarchiques (Dose, Desrumaux, Bernaud et Machado, 2019). Le soutien organisationnel perçu possède un lien positif avec le bien-être (Eisenberger & Stinglhamber, 2011 ; Rhoades & Eisenberger, 2002). Le soutien organisationnel et managérial joue un rôle influant sur « l'implication affective », « la satisfaction au travail » et « les émotions positives au travail » (Rhoades & Eisenberger, 2002). Un comportement d'autonomie, transmis par la hiérarchie aux salariés et particulièrement les encouragements à entreprendre seuls des tâches (être intéressé par leurs problèmes), engendrent des effets positifs sur le bien-être via la satisfaction des besoins psychologiques (Dose, Desrumaux, Bernaud et Machado, 2019).

H1 : Le soutien organisationnel est lié au bien-être psychologique au travail

Chapitre 5 : Les soignants face à des facteurs de charge de travail

5.1. Le concept de charge de travail

Selon l'Institut National de Santé Publique du Québec, la charge de travail est un concept complexe, qui va au-delà de la quantité de travail prescrite par l'employeur. Elle est relative à l'activité déployée par un opérateur pour exécuter, dans des conditions données et particulières (Bobillier, Chaumont et Sarnin, p.160, 2013). Cette charge de travail doit être traitée de façon globale, en tenant compte de la complexité du travail réel, des demandes formelles et informelles qui sont faites aux travailleurs, des outils et des ressources mises à la disposition de chaque employeur pour réaliser le travail. Cette notion peut caractériser les tâches susceptibles de solliciter à l'excès des opérateurs. Elle est aussi utilisée pour caractériser les effets sur l'organismes de l'individu ; on va alors parler d'astreintes, de pénibilité, de coûts, de fatigue, d'usure, de TMS ou encore de stress. (De Montmollin, 1995) En Psychologie, la charge de travail désigne un niveau de mobilisation du sujet pour effectuer une tâche donnée. On peut parler de « sous charge », lorsque la mobilisation se révèle inférieure aux capacités de l'individu ou de « surcharge » quand elle dépasse ses capacités (Leduc, p.79, 2016). En ergonomie, elle sera définie comme « ce qui pèse sur le travailleur » (Montmollin, 1986), le rôle de l'ergonome sera donc de réduire ou d'aménager la charge de travail.

5.2. La représentation de la charge de travail

Girard (2009) dira que la charge de travail peut être quantitative lorsqu'elle désigne une charge de travail trop élevée par rapport au temps et aux ressources disponibles, ou qualitative, lorsqu'elle signifie des exigences trop élevées en comparaison aux compétences de l'individus.

Falzon et Sauvagnac (2004), va décomposer la charge de travail en trois dimensions :

- Ce qui est demandé (ou charge prescrite) : Ce qui correspond aux objectifs de performances et aux objectifs qualitatifs. Elle correspond à une demande de l'organisation, elle va se traduire par une exigence de performances et des procédures à mettre en œuvre dans la réalisation de travail.
- Ce qui est ressenti (ou charge vécue) : Ce qui correspond à ce que ressent l'opérateur quant à sa charge de travail, aux différentes tâches qui lui sont demandées et celles qui se rajoutent au fur et à mesure. Cette charge de travail englobe donc le travail prescrit, les ressources de l'opérateur ainsi que celles de

l'organisation et le contexte organisationnel spécifique offrant ou non une reconnaissance et un soutien.

- Ce qui est réellement fait (ou charge réelle) : Cette charge de travail va correspondre à l'addition des deux dimensions précédentes. Elle englobe les stratégies, les compromis et les processus pour surmonter les contraintes qui peuvent se rajouter au travail, comme des retards, des accidents, du manque de matériel ou encore des pannes, etc. La charge réelle va prendre en compte les événements variables affectant l'activité.

On peut voir les causes, les conséquences et les obstacles facilitateurs grâce au modèle de Hart et Staveland (1988) :

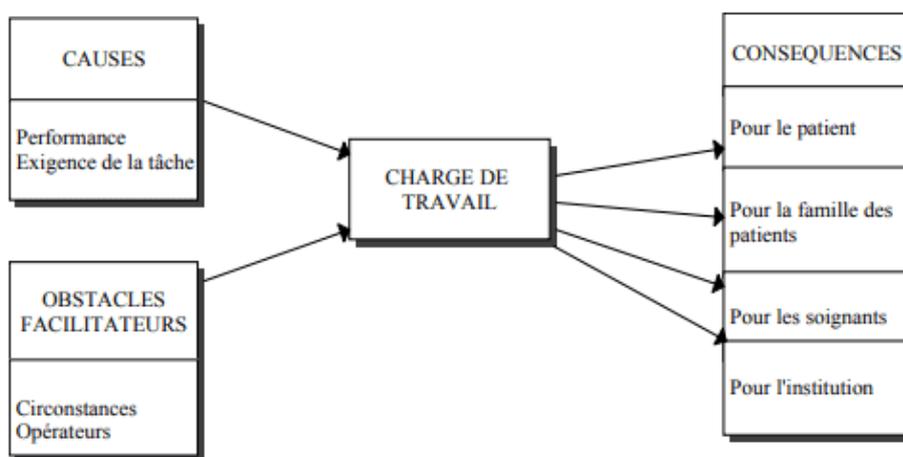


Figure 2 : Modèle des causes et conséquences de la charge de travail des soignants :

Les obstacles facilitateurs de la performance renvoient à l'activité et aux caractéristiques des patients comme, par exemple, un patient difficile demandant un investissement relationnel important, patients plaintifs, patients non observables, etc. (Al Kandari & Thomas 2008 ; Vega, 2000), une étude de Schoenenberger et al. (2010) a montré que les patients agressifs, souffrant d'une pathologie psychiatrique, les toxicomanes, les alcooliques ou encore les personnes âgées ou les SDF sont des patients qui augmentent la charge de travail des soignants. Ces obstacles facilitateurs sont aussi liés à l'opérateur et renvoient aux compétences de l'opérateur (Montmollin, 1997), ces compétences peuvent renvoyer, entre autres, à l'interprétation des pathologies, des comportements et des perceptions (Fassin et al., 2000). Une charge de travail élevée induit aussi des conséquences sur la patience des patients, sur les patients eux-mêmes, sur les soignants ainsi que sur l'institution. Ces conséquences vont avoir des répercussions sur la qualité des soins, la

sécurité des patients, comme par exemple, une augmentation des infections et du temps d'attente, les erreurs médicales, des patients qui seront renvoyés chez eux sans avoir reçu les soins nécessaires (Al Kandori & Thomas, 2008 ; Fassin et al. 2000). Les conséquences pour l'institution vont se traduire par des conséquences économiques notamment à cause de l'absentéisme ou encore des turns over (Cavanagh, 1992).

L'article de Schoenenberger et al. (2010) vont regrouper 4 types de difficultés qui vont induire une charge de travail supplémentaire chez 121 soignants de services hospitaliers d'urgence. :

- Difficultés liées à l'organisation du travail : la difficulté de trouver un lit dans un service, surtout pour les personnes âgées,
- Difficultés liées à l'entretien clinique majorées par le manque de compétences du professionnel : problèmes de communication avec des personnages étrangères et nécessité de trouver un infirmier parlant la langue ou temps supplémentaire pris pour comprendre,
- Difficultés liées à l'entretien clinique majoré par l'état du patient : Ici, on aura les patients en état de délire tels que les malades psychiatriques en décompensation, ou encore des personnes ivres ou des toxicomanes sous l'emprise de drogue. Ces patients demandent beaucoup plus de temps et induisent une charge de travail supplémentaire. Les soignants manquent de compétences face à ce type de patients et ne savent pas toujours comment réagir.
- Difficultés liées aux comportements des patients : les patients agressifs, revendicateurs ou encore désocialisés comme les SDF, il est indispensable d'adapter le service à ce type de patients, il faut les isoler pour ne pas effrayer les autres patients ou les gêner pendant leurs convalescences.

5.3. Les effets de la charge de travail sur les soignants et sur l'hôpital

Selon une étude sur 9501 travailleurs, dont des professionnels de la santé, les soignants figurent comme les plus susceptibles de présenter une santé mentale faible. Cette santé mentale faible est associée à la détresse psychologique, à la dépression et à l'épuisement professionnel. Cet épuisement professionnel est une cause de la surcharge de travail (Marchand, 2007). On peut noter que le risque de dépression est présent chez le personnel

infirmier subissant un alourdissement de la charge de travail, ainsi qu'un manque de respect, compte tenu du faible soutien organisationnel (Ohler et al., 2010). La charge de travail des infirmières a subi une intensification depuis une dizaine d'années. Les organisations (hôpitaux, cliniques...) sont victimes de restrictions budgétaires. Ainsi de plus en plus de personnels hospitaliers travaillent à temps partiel en ayant plusieurs employeurs (Boivin-Desrochers et Alderson, p.85, 2014.) Malgré ces temps partiels, le risque de devoir effectuer des heures supplémentaires est bien présent au sein du personnel soignant. On constate qu'en 2010, au Canada, les heures supplémentaires du personnel infirmier du secteur public, équivalent à 11 400 emplois à temps plein (Berry & Curry, 2012). Berry et Curry (2012), mentionnent que la surcharge de travail entraîne, chez les soignants, de l'épuisement, de la fatigue, de l'absentéisme, ainsi qu'une perte de la valeur du travail. Un sondage auprès de 600 infirmières en Nouvelle Ecosse, a mis en lumière que 66% d'entre elles affirment que la charge de travail excessive contribue à l'insatisfaction au travail, (Berry & Curry, 2012). Cette surcharge de travail et ces heures supplémentaires sont néfastes autant pour les soignants que les soignés, une charge de travail élevée au sein de la profession de soignant entraînant une incapacité de prodiguer des soins de qualité à l'égard des patients (Berry & Curry, 2012 ; Bougie & Cara, 2008). Cette surcharge de travail, ces heures supplémentaires à répétition, figurent parmi les raisons qui incitent les infirmiers à quitter leurs professions (Lavoie-Tremblay, O'Brien-Pallas et al., 2008). Certains patients contribuent à augmenter la charge de travail, comme, par exemple, lors d'une communication difficile (surdité, problèmes linguistiques...) (Schoenenberger et al., 2010).

5.4. Lien entre charge de travail et le bien-être au travail

« Je suis  puis (e) par ma charge de travail. Que puis-je faire ? Le Burn-out ou la souffrance des soignants », comme l'indique ce titre de la revue *Imaginaire et Inconscient*  crit par Delbrouck (2010), une charge de travail trop intense peut amener à une réelle souffrance chez le soignant jusqu'à l'amener à un burn out. Malgré les effets néfastes de la surcharge de travail, une étude menée par Alderson en 2006, auprès d'infirmières travaillant dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, a montré que l'attribution d'une charge de travail acceptable favorise la reconnaissance au travail ainsi que le bien-être au travail. Si l'on maintient une charge de travail qui est adéquate et réaliste, alors on aura un milieu de travail de qualité (Boivin-Desrochers & Alderson, 2014).

H2 : Une charge de travail raisonnable est liée au bien-être psychologique au travail

Chapitre 6 : Les soignants face à des facteurs de latitude/autonomie

6.1. Définition latitude/autonomie

L'autonomie est une alternative à un travail autoritaire. En effet, le principe est de déléguer les tâches. L'objectif principal de l'autonomie est de pouvoir déléguer un pouvoir à des sources externes à l'organisation centrale. L'autonomie peut être définie comme « une capacité d'initiative légitimée ». En effet, nous pouvons prendre en charge une situation de travail complexe et résoudre les aléas qui pourraient rendre la situation difficile. Cette prise d'initiative est caractérisée par trois registres différents : « aptitudes (une capacité à), une motivation (l'envie de) et une habilitation (le droit de) ».

On y retrouve également « la capacité d'auto-organisation » c'est-à-dire la façon de trouver la meilleure façon de résoudre une solution et notamment en concertation avec les autres.

6.2. Lien entre latitude/autonomie et le bien être psychologique au travail

Selon Kahneman, Diener et Schwarz (1999), les salariés expriment des besoins fondamentaux tels que la reconnaissance, le soutien ou encore la latitude décisionnelle. Cette satisfaction de ces besoins permet de favoriser le bien-être des salariés dans leur organisation (Forest, Dagenais-Desmarais, Crevier-Braud, Bergeron, Girouard, 2010). L'étude de Machado, Desrumaux et Van Droogenbroeck (2016) a voulu mettre en évidence les différents facteurs notamment celui de la latitude permettant de favoriser le bien-être des soignants. Cependant, le système organisationnel de la santé ne permet pas de favoriser l'autonomie du personnel soignant travaillant sur des tâches routinières. En effet, elle ne permet pas aux soignants de pouvoir prendre des décisions. Au vu de l'organisation, le personnel soignant possède une participation réduite concernant les décisions importantes, laissant peu de place à des prises d'initiatives (Boiteau, 2018).

H3 : Le bien être psychologique au travail est lié à une perception optimale de l'autonomie au travail

Chapitre 7 : Les soignants face à des facteurs de LMX

7.1. La notion de LMX

Pour donner suite aux théories du rôle et de l'échange social, Rupelle, Fray et Kalika, (2014) ont été amenés à considérer la relation managériale. Le LMX va servir d'outil afin de mesurer la qualité de cette relation managériale traitant l'aspect qualitatif de celle-ci, Scandura et Graen (1986) définissent les échanges leader-membre comme « l'intensité de la relation entre un leader et un employé ». Récemment se sont développées des approches intégrant l'échange entre les employés, le TMX (Team Member Exchange), le LMX et le TMX sont définis comme une relation réciproque entre un salarié et son supérieur hiérarchique et/ou un collègue de l'équipe de travail, dans laquelle chaque partie peut offrir à l'autre des ressources (Seers et al., 1995 ; Cole et al., 2002). Le LMX va reposer sur quatre dimensions qui sont : La confiance, la contribution, le respect professionnel et l'affection. Si l'on considère un score élevé au LMX cela correspond à une relation de qualité et si ce score est faible alors cette relation est de mauvaise qualité. Selon Chenyak et Tziner, (2012), un score haut correspond à une bonne performance (subjective et objective), la satisfaction au travail, l'auto-efficacité professionnelle, le bien être psychologique, un sentiment d'autodétermination dans la réalisation de la tâche ainsi qu'une bonne relation travail-famille. Tandis qu'un faible score peut induire un conflit de rôle, le stress, l'intention de partir, une faible confiance. L'influence exercée est unidirectionnelle (supérieur vers le subordonné). Les récompenses sont moindres et le soutien est limité.

Suite aux développements des hôpitaux, la « démocratie participative » promise dans les services est loin d'être tenue. Seddon (2008) témoigne « *de la réduction de la qualité des services publics et de la destruction du moral et de la confiance du personnel et des citoyens engagés par les réformes* ». Les cadres de santé, encadrant les soignants et coopérant avec les médecins, sont touchés par cette modification et se positionnent entre trois « logiques » (médicales, soignants et administratives). Ces derniers 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 se traduisant souvent par des « bricolages multiples » (Bourret, 2008). Ceci induit chez eux une insatisfaction par rapport au travail ainsi que le burnout, ne se sentant pas soutenus par la direction qui les sollicite fortement. Ils semblent également incompris par leur équipe (Ruiller, 2012). Dans l'étude de Ruiller (2012), 19 cadres de santé et 24 soignants expliquent que les absences dans le service, causant ainsi une surcharge de travail, sont palliées par des discussions informelles où le personnel peut exprimer ses émotions, surtout pendant les pauses, dans les vestiaires et sur le parking en sortant de l'hôpital. Le comportement du cadre va déterminer le climat du service par l'exemplarité de son comportement, la thématique la plus sensible étant celle de la verbalisation par la confiance relationnelle que le cadre initie par son style de leadership. Selon cette étude de Ruiller (2012), une bonne relation leader-membre se compose de trois facteurs, une écoute active par rapport aux représentations de l'autre, le rôle de soutenance et de régulation et la reconnaissance professionnelle.

7.2. Lien entre LMX et le bien-être au travail

La qualité des rapports interpersonnels et des facteurs organisationnels sont déterminants quant à la satisfaction du bien-être de l'individu (Dose, 2018). Pour Gagné et Deci (2005, cités par Desrumaux & Gillet, 2016), les comportements de leadership sont des facteurs organisationnels qui vont jouer un rôle clé dans la satisfaction des besoins psychologiques, ceci induisant le bien-être de l'individu. Selon la théorie de l'échange social de Blau (1964, citée par Desrumaux, 2016), la qualité des échanges interpersonnels au travail contribue aux comportements de citoyenneté au travail (Chernyak-Hai & Tziner, 2012) ; ce qui va favoriser les rapports interpersonnels de qualité et un bon climat organisationnel. Une étude menée auprès de 175 professionnels des milieux médicaux et paramédicaux indique que la satisfaction des besoins psychologiques a un effet médiateur dans les relations entre la qualité des échanges leader-membre et le bien être psychologique au travail (Dose, Desrumaux et Colombat, 2019). Selon une étude de Ruiller (2014), les attentes de soutien des salariés sont principalement émotionnelles et d'estime. Les managers de proximité, quant à eux, reconnaissent des comportements de soutien ayant vocation à favoriser l'efficacité organisationnelle. Si ces attentes sont obtenues, alors la relation Leader-membre induira le bien être psychologique au travail.

Estyn-Behar (2004) témoigne en France d'un manque de soutien psychologique ressenti par les soignants face à la charge émotionnelle, au stress, à l'agressivité des patients et les contraintes professionnelles. Les résultats de l'enquête démontrent le besoin de communiquer avec les collègues et l'équipe, qui est perçu comme la plus importante source de soutien. Ils mettent en évidence l'importance de la manifestation d'affects positifs et de reconnaissance des individus dans l'organisation, pour avoir une bonne relation Leader-membre et induire le bien être psychologique au travail. L'enquête Presst-Next de (Estyn-Behar, 2004) montre l'importance d'aider les salariés à développer leurs capacités relationnelles et communicationnelles et de les accompagner dans le développement de leurs compétences émotionnelles. Ce développement peut être augmenté par l'élargissement des frontières de prise de décision concernant l'organisation des équipes.

Les Magnet Hospitals (Aiken & al., 2000 ; Buerhaus et al, 2000) sont des endroits qui favorisent la relation leader-membre ainsi que le bien être psychologique au travail. Ces structures favorisent le contrôle, l'autonomie, le développement de relations positives entre les membres des équipes et entre la hiérarchie, la participation aux décisions de l'établissement, le management participatif et un environnement de travail favorisant la contribution du personnel. Ce développement d'un environnement du travail soucieux de la qualité de vie au travail et de la qualité de la relation leader-membre présente quatre niveaux (Aiken & al., 2001) : la diminution des risques liés aux erreurs médicales, la diminution du turnover des soignants, la satisfaction des patients seraient plus élevés, les niveaux d'épuisement professionnel moins importants et la satisfaction au travail plus élevée.

H4a : La relation/hiérarchie membre est liée à la relation entre la charge de travail et le bien-être psychologique au travail

H4b : La relation/hiérarchie membre est liée à la relation entre le soutien organisationnel et le bien-être psychologique au travail

H4c : La relation/hiérarchie membre est liée à la relation entre la latitude/autonomie et le bien-être psychologique au travail

Chapitre 8 : Problématique

La fin de vie est devenue durant cette dernière décennie un sujet particulièrement prégnant obligeant tous les intervenants du monde législatif et de la santé, à savoir les juristes, les psychologues, les économistes de la santé et le personnel de santé et soignants (cadres administratifs ; médecins, infirmiers et aides-soignants) à repenser la prise en compte et la prise en charge de la dignité et de la douleur des patients en fin de vie. Cette meilleure prise en compte et cette meilleure prise en charge imposent de mieux impliquer ces intervenants. Ceci impose de tenir compte de deux paramètres : mieux encadrer ces personnels dans la compréhension du contexte juridique ; ce qui nécessite de mieux gérer la qualité de vie au travail de ce même personnel, la gestion de ces malades nécessitant des soins palliatifs particuliers et un investissement psychologique et émotionnel des soignants très différent de celui consacré aux malades non en fin de vie.

Il semble aujourd'hui impératif d'opérer un changement profond dans la gestion de protocoles de soins afin de lever les freins et réticences du personnel soignant et de mieux appréhender les leviers psychologiques pour améliorer cette prise en charge et donc la qualité de vie au travail. Cette qualité de vie est évidemment appréhendée sous l'angle psychologique. L'organisation du travail est également un paramètre à prendre en considération.

Ce travail d'étude et de recherche s'intéresse, au moyen d'un questionnaire quantitatif et qualitatif adressé à une population intervenant dans le domaine de la santé dans le secteur public et privé et dans la région du Nord Pas de Calais, tous sexes, âges et formations confondues (environ une trentaine de personnes), à la bonne compréhension de ces réticences, en faisant le lien entre l'application du droit, l'organisation du travail et la santé psychologique des soignants. Des améliorations ou changements pourraient ainsi être apportées pour remédier à ces réticences.

A la variable dépendante à savoir le bien-être psychologique au travail (le bien être, la détresse, et l'épuisement), il sera évoqué les variables indépendantes telles que la charge de travail, la latitude /autonomie, le soutien organisationnel et la relation leader-membre.

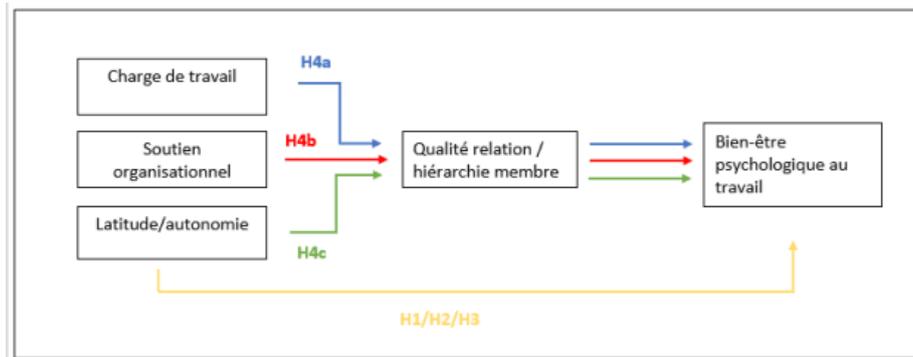


Figure 3 : Le des hypothèses

Chapitre 9 : Méthodologie

9.1. Participants

La passation du questionnaire a été effectuée via une enquête en ligne. Ces questionnaires ont été envoyés dans les hôpitaux de la région du Nord-Pas-de-Calais tels que l'hôpital de Lille, de Cambrai et de Valenciennes. En termes d'âge, on y trouve 34% ayant entre 20 et 30 ans ; 20% entre 30 et 40 ans et 46% qui ont plus de 40 ans avec une moyenne de 35,57 ans. Dans l'échantillon, plus de femmes (21) que d'hommes (9) avec 21 en couple et 9 célibataires. S'agissant des formations suivies par les participants, 3% ont un niveau scolaire inférieur au bac, 13% ont niveau bac à bac +2, 34% ont niveau bac +3 à bac +4 et (50%) ont bac + 5 et plus. En termes d'années d'expérience, la moyenne était de 13,53. Les participants travaillaient dans diverses infrastructures tels qu'en service hospitalier (53%), en EPHAD (10%), CHU (10%), HAD (7%) et en hôpitaux privés (20%). Les participants travaillaient plus précisément dans un service hospitalier (33%), dans une unité de soins palliatifs (33%), dans une équipe mobile de soins palliatifs (14%), et 20% travaillant dans d'autres secteurs. En termes de professions, 23% de médecins, 7% d'internes de médecine, 4% de cadres de santé, 4% de sages-femmes, 23% d'infirmières, 16% d'aides-soignants et 23% d'autres professions tels que des psychologues, psychomotriciens...etc. Pour les postes occupés, 87% travaillaient en temps plein et 13% en temps partiel avec en moyenne de 150,8 d'heures travaillées par mois. 47% encadraient avec une moyenne de 15 personnes.

9.2 Procédure et consentement

Toutes les variables mesurées ont été classées sous une échelle de Likert en 7 points allant de 1 « Fortement en désaccord » à 7 « Fortement en accord ».

Le questionnaire a été transmis par mail à des connaissances pour la ville de Lille et par le réseau social professionnel LinkedIn pour les villes de Cambrai et de Valenciennes. Il a donc été transmis dans différents secteurs (EHPAD, HAD...etc.) et pour différents métiers (infirmière, médecin...etc.)

Toutes les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire construit sur Framiforms celui-ci étant proposé en ligne. La participation s'est faite sur une base de volontariat, dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat des données. En effet, « *Une fois que vous aurez cliqué sur OUI, nous considérons que vous consentez à répondre à l'enquête. Vous aurez à tout moment la possibilité d'interrompre vos réponses et de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision. Si vous vous retirez de l'étude, le questionnaire sera détruit* ».

9.3. Matériel

Le bien-être psychologique au travail. L'échelle de Dagenais-Desmarais et Savoie (2012) mesurait le bien-être psychologique (25 items, e.g. *J'ai confiance en moi au travail*). Bien qu'il s'agisse d'un concept multidimensionnel, les analyses ont permis de mettre en évidence l'existence d'une dimension globale correspondant au bien-être psychologique au travail. Le bien-être était mesuré au moyen du questionnaire de Dagenais-Desmarais et Savoie (2012). Cette échelle comprenait par 25 items répartis en cinq sous dimensions telles que l'adéquation personnelle au travail (e.g., j'ai une relation de confiance avec les gens de mon travail), l'épanouissement au travail (e.g., je suis fier(e) de l'emploi que j'occupe), le sentiment de compétences au travail (e.g., je me sens efficace et compétent(e) dans mon travail), la reconnaissance perçue au travail (e.g., j'ai l'impression que les gens avec qui je travaille reconnaissent ma compétence), et la volonté d'engagement au travail (e.g., je désire contribuer à l'atteinte des objectifs de mon organisation). L'alpha de *Cronbach* était de $\alpha = .96$.

La charge de travail. L'échelle de Karasek, et al. (1981) comprenait 9 items (par ex., « *Mon travail me demande de travailler intensément* »). Cette version a été traduite en Français et validée par Niedhammer et al. L'alpha de *Cronbach* était de $\alpha = .70$

Le soutien organisationnel perçu. L'échelle de Eisenberger et al. (1997) mesurait le soutien reçu par l'organisation (8 items; e.g. *Mon entreprise/administration est prête à m'aider en cas de problème*). Cette échelle a été traduite en Français par Gillet et al. (2012) en suivant le guide de la Commission Internationale des Tests (Hambleton 1993) puis validée par ces auteurs. Des études recourant à des analyses exploratoires et confirmatives auprès de travailleurs de différents secteurs ont mis en évidence une forte validité interne et une unidimensionnalité de l'échelle (voir Rhoades & Eisenberger, 2002). L'alpha de Cronbach était de $\alpha = .92$

La latitude décisionnelle (ou autonomie). L'échelle de Karasek, et al. (1981) a été traduite en Français traduite et validée par Niedhammer Chastang et al. (2006). Elle comprenait deux sous-dimensions, l'utilisation des compétences et la **latitude** décisionnelle. Les dimensions correspondaient à la possibilité d'utiliser et de développer ses compétences et qualifications pour la première et à la marge de manœuvre dans la manière d'effectuer son travail et de prendre part aux décisions qui s'y rattachent pour la seconde. L'échelle 9 items (e.g., « J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles »). Les participants répondaient au moyen d'une échelle en Likert en sept points allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). L'alpha de Cronbach était de $\alpha = .85$

Le soutien leader-membres ou managérial. Il était évalué au moyen de l'échelle de Graen, Novak et Sommerkamp (1982), initialement validée en langue anglaise par Scandura et Graen, 1984) puis par Tekleab et Chiaburu (2011) (7 items ; e.g. *Mon supérieur reconnaît mes réalisations et mon potentiel*). Une méta-analyse sur des recherches empiriques a montré que cette échelle LMX possédait de bonnes propriétés psychométriques et des corrélations les plus élevées avec d'autres échelles relatives à tous les instruments de mesure du LMX disponibles (Gerstner & Day, 1997). Cette échelle a été traduite par Saint-Michel et Wielhorski (2011) qui l'ont validée avec un alpha supérieur à $\alpha = .70$. L'alpha de Cronbach était de $\alpha = .95$.

9.4. Résultats

A partir du logiciel statistica, les analyses statistiques ont été effectuées. Premièrement, nous avons calculé les alphas de Cronbach dans le but de vérifier la cohérence de notre étude. Lorsque celle-ci est confirmée, nous avons analysé les corrélations entre les différentes variables ainsi qu'une analyse du rôle médiateur de la relation membre/hiérarchie.

9.4.1. Analyses descriptives et analyses des corrélations :

Tableau 1 : Moyennes, écarts-types, Alpha de Cronbach et corrélations entre les variables étudiées

	M	ET	1	2	3	4
Soutien organisationnel perçu	4,229	0,69	(.92)			
Latitude/autonomie	5,352	0,78	.19	(.85)		
Charge de travail	5,019	0,80	-.21	.44*	(.70)	
Relation leader-membre	5,214	1,16	.31	.24	-.05	(.95)
Bien-être psychologique au travail	5,787	0,72	.18	.25	.29	.18(.96)

Notes. $n = 30$. * $p < .10$; M= moyenne, ET= écart-type

Les moyennes et écart-types des cinq variables sont présentés dans le Tableau 1. Ainsi, les scores obtenus sont référencés selon une note minimale de 1 et une note maximale de 7. On peut apercevoir des notes plutôt élevées dans chacune des variables avec une note maximale dans la variable bien-être psychologique au travail. En effet, nous pouvons être surpris de ce score, malgré un contexte professionnel défavorable à l'épanouissement psychologique. En effet, les 30 soignants de notre étude possédaient, en moyenne, un niveau élevé de soutien (M= 4,229), d'autonomie (5,352), relation optimale avec les collègues (M = 5,214), une charge de travail plutôt importante (M= 5,019) et un bien-être psychologique au travail optimal (M= 5,787).

La fiabilité interne de chacune des variables a été testée par le biais d'un alpha de Cronbach. Toutes les variables sont considérées comme fiables car supérieures à .70 comme décrit par Nunnally et Bernstein (1994). Les calculs d'alpha de Cronbach varient entre .70 et .96. Les différentes échelles utilisées possèdent toutes un alpha de Cronbach satisfaisant que nous retrouvons dans le bien-être au travail ($\alpha = .96$), dans le soutien organisationnel ($\alpha = .92$), dans la latitude/autonomie ($\alpha = .85$), dans la charge de travail ($\alpha = .70$) et la qualité des relations membres/hierarchie ($\alpha = .95$).

Nous avons également calculé une matrice de corrélations entre nos variables indépendantes, notre variable dépendante (BEP) et variable médiatrice. On peut se rendre compte que la corrélation entre le soutien organisationnel et latitude/autonomie n'est pas significative ($r = .19$; $p > .05$). La variable de la charge de travail possède une corrélation non significative avec la variable du soutien organisationnel ($r = -.21$; $p > .05$) mais une corrélation significative avec la variable de la latitude/autonomie ($r = .44$; $p < .05$). La variable LMX n'est pas corrélée significativement avec le soutien organisationnel ($r = .31$; $p > .05$), la latitude/autonomie ($r = .85$; $p > .05$) et la charge du travail ($r = -.05$; $p > .05$). Enfin, La variable du bien-être psychologique au travail (VD) n'est pas corrélée significativement entre le soutien organisationnel ($r = .18$; $p > .05$), la latitude/autonomie ($r = .25$; $p > .05$), la charge de travail ($r = .29$; $p > .05$) et ainsi le LMX ($r = .18$; $p > .05$). Nous pouvons donc nous rendre compte que le soutien organisationnel, la charge de travail, la latitude et la relation membre/hiérarchie n'entretiennent très peu, voire pas de lien avec le BEPT.

9.4.2. Analyses des médiations

Nous allons donc analyser le rôle médiateur de la relation membre/hiérarchie. En effet, « une variable médiatrice spécifie comment et selon quel mécanisme une variable indépendante influence une variable dépendante » (El Akremi, 2005). En d'autres termes, une VI peut avoir un effet direct sur la VD mais peut être indirect grâce à une VM. Ainsi, les analyses de médiations ont été effectuées grâce à la méthode de Preacher et Hayes sur le logiciel SPSS.

Tableau 2 : Rôle médiateur du LMX dans la relation entre le soutien organisationnel, la latitude/autonomie ou la charge de travail, et le bien-être psychologique au travail

VI	VM	Effet Total (Lien C)	Effet de la VI sur la VM	Effet de la VM sur la VD (Lien B)	Effet Direct (Lien C')	Effet indirect	Intervalle de confiance
Soutien organisationnel perçu	Relation hiérarchie membre	.2079	.5131	.1072	.1529	.0550	[-.1494 ; .2611]

Latitude/autonomie	Relation	.2686	.3705	.0958	.2331	.0355	[-.1194 ; .1886]
	hiérarchie						
	membre						
Charge de travail	Relation	.29	-.15	.15	.32	.02	[-.1253 ; .1109]
	hiérarchie						
	membre						

Notes. n = 30 ; IC : Intervalle de confiance ; LL : Lower Limit ; UL : Upper Limit
 * $p < .10$ ** $p < .05$ *** $p < .01$

Dans la présente étude, il est important de rappeler que les variables indépendantes ont été introduites de manière séparée dans les analyses. Par ailleurs, nous pouvons conclure à une existence de lien de médiation lorsque l'intervalle de confiance n'inclut pas le zéro (0) significatif.

Trois analyses ont été conduites. Premièrement, nous allons tester l'effet médiateur de la relation membre/hiérarchie entre la charge de travail (VI) et le bien-être psychologique au travail (VD). Les liens A ($A = -.15$; $p < .05$) et B ($B = .15$; $p < .01$) étaient non significatifs. Comme nous pouvons le voir, l'intervalle de confiance n'inclue pas le zéro significatif ($[-.12 ; .11]$). Donc, il semble que le LMX ne joue pas un rôle médiateur entre nos deux variables. En outre, nous ne pouvons valider l'hypothèse **4a**.

Deuxièmement, nous avons testé l'effet médiateur de la relation hiérarchie/membre entre le soutien organisationnel (VI) et le bien-être psychologique au travail (VD). Les liens A ($A = .20$; $p < .01$) et B ($B = .10$; $p < .01$) étaient non significatifs. Comme nous pouvons le voir, l'intervalle de confiance n'inclue pas le zéro significatif ($[-.14 ; .26]$). Donc, il semble que le LMX ne joue pas un rôle médiateur entre nos deux variables. En outre, nous ne pouvons valider l'hypothèse **4b**.

Pour finir, la troisième analyse, nous avons testé l'effet médiateur de la relation hiérarchie/membre entre la latitude/autonomie (VI) et le bien-être psychologique au travail (VD). Les liens A ($A = .37$; $p < .05$) et B ($B = .09$; $p < .01$) étaient non significatifs. Comme nous pouvons le voir, l'intervalle de confiance n'inclue pas le zéro significatif ($[-.11 ; .18]$). Donc, il semble que le LMX ne joue pas un rôle médiateur entre nos deux variables. En outre, nous ne pouvons valider l'hypothèse **4c**.

En outre, nous ne pouvons conclure à un réel lien médiateur de la VM entre la VI et la VD.

9.5. Discussion

Au cours de cette recherche, nous avons voulu analyser et mesurer la qualité de vie des soignants confrontés à la fin de vie. Elle sert également à se rendre compte de la connaissance qu'ont les soignants sur le dispositif de fin de vie mis en place. Au cours de cette étude, on a voulu mettre l'accent sur le bien-être psychologique des soignants au travail via des variables indépendantes. Le corps médical a été ciblé pour plusieurs raisons. En effet, pour Dussuet et al, (2017), les soignants font face à des conditions délétères qui ne le permettent pas de s'épanouir et qui le poussent à se reconverter professionnellement. Ainsi, comprendre les facteurs, pouvant augmenter le bien-être des soignants, permettrait de changer la façon d'accompagner les équipes et d'ainsi éviter le turnover.

Cependant, nous ne pouvons actuellement fournir des réponses aux hypothèses que j'ai pu poser. D'autres part, les soignants sont depuis un an sur le front dû à la crise de la Covid 19 les amenant à réaliser un travail rapide et précis et à laisser de côté les problèmes existants et nouveaux au sein de l'hôpital. Ainsi, il est important de mettre l'accent sur le vécu des soignants et d'y ajouter des éléments de réflexion pour leur permettre un accompagnement plus optimal et de qualité.

Le lien qu'entretiennent les personnels soignants avec l'hôpital peut être négatif, dépendant de la prise en compte du bien-être psychologie des soignants. Une charge de travail trop importante peut provoquer des turnovers excessifs, engendrant des frais importants à l'établissement et à l'État (Hom et al, 2012). Ainsi, il est important de comprendre tous les facteurs pouvant engendrer des fragilisations au niveau du bien-être psychologique. Par ailleurs, cette étude a été réalisée pendant un contexte difficile fragilisant les soignants avec des horaires démesurés, des tâches paradoxales (soins de faux malades), de la mise en danger de la santé des soignants et de leurs proches. Il serait donc judicieux de continuer cette étude quand le contexte d'urgence sanitaire sera partiellement résolu. Ainsi, nous pourrions analyser le bien-être psychologique ainsi que toutes les variables indépendantes dans un contexte auquel ils sont exposés quotidiennement.

Ainsi, l'hypothèse H1 qui stipule que la variable du soutien organisationnel est en lien avec le bien-être psychologique au travail ne peut pas être vérifiée. L'hypothèse H2 démontrant qu'une charge de travail raisonnable est en lien avec le bien-être psychologique au travail ne

peut être vérifiée. Également l'hypothèse H3 démontrant que le bien être psychologique au travail est lié à une perception optimale de l'autonomie au travail ne peut pas être vérifiée.

Nous avons analysé le rôle médiateur du LMX qui porte sur les différentes variables. Nous n'avons trouvé aucun lien entre le LMX des soignants, la charge de travail, le soutien organisationnel et la latitude et l'autonomie, invalidant également les hypothèses H4a, H4b, H4c. Pourtant, selon Gagné et Deci (2005), les comportements de leadership sont des facteurs organisationnels qui vont jouer un rôle clé dans la satisfaction des besoins psychologiques, ceci induisant le bien-être de l'individu

Cependant, nous avons pu observer un lien de médiation entre la latitude/autonomie et la charge de travail. En effet, il est plutôt logique de comprendre le lien entre ces deux variables. En effet, une charge de travail élevée au sein de la profession de soignant entraînant une incapacité de prodiguer des soins de qualité mais également de limiter l'autonomie du personnel (Berry & Curry, 2012, Bougie & Cara, 2008). Plus la charge de travail est importante plus il est difficile pour le soignant de pouvoir prendre des initiatives.

9.6. Les limites de l'étude

Cette étude comporte certaines limites. Par conséquent, l'interprétation des questionnaires doit nous interroger, interprétation qui peut différer de la situation réelle et de l'expérience subjective des répondants (Dose, Desrumaux et Reikik, 2019). La différence de secteurs pris en compte, à savoir privés ou publics, peut également avoir un impact sur les résultats. Des erreurs au niveau des échelles ont pu également se produire, échelles dont la fiabilité n'est pas certaine. Le questionnaire n'est également pas adapté à une population de soignants accompagnant des patients en fin de vie. Les questions sont trop générales et adapter aux soignants dans leur globalité. Du fait de la communication du questionnaire en ligne, il n'est pas possible d'affirmer que les répondants ont répondu en prenant en compte le modèle, comme nous le voyons nous-mêmes. Un biais de désirabilité sociale, non contrôlable, peut également interférer avec les réponses des répondants. Pour éviter ce biais, il pourrait être envisagé de réaliser des entretiens semi-directifs permettant de comprendre le sens que donnent les participants à leurs réponses et ainsi mieux prendre en compte des remarques auxquelles nous n'avons pensé au préalable.

Il faut également ne pas oublier que les répondants ont participé à ce questionnaire tout en travaillant pendant la période de la Covid 19. Malgré la présence de problématiques organisationnelles existantes, cette crise sanitaire a créé un bouleversement organisationnel et

une modification des pratiques du métier de soignants, impactant quelque peu les réponses de certains participants.

L'échantillon ne peut pas non plus être considéré comme homogène. En effet, il apparaît un différentiel important quant au sexe des répondants, soit vingt et une femmes ayant répondu et seulement neuf hommes. Il serait donc intéressant de pouvoir augmenter le nombre de candidats masculins pour pouvoir présenter une homogénéité entre les femmes et les hommes.

La faible pluralité de métiers représentés ne permet pas non plus de pouvoir généraliser les résultats à tous les métiers du soin (du « care »). En effet, il y a une prédominance d'infirmiers, et d'aide-soignants au détriment des professions administratifs du domaine hospitalier même si nous pouvons retrouver quelques réponses de médecins et de sage-femmes. S'agissant du secteur pris en compte également, il y a une large population de participants travaillant en service hospitalier et plus particulièrement dans des unités de soins palliatifs. Malheureusement, nous tirons une conclusion assez hâtive de cette analyse. En effet, le faible nombre de participants est peut-être la cause de cette absence de lien entre les différentes variables.

Principalement dans les études relevant du bien être psychologique au travail (Dose, Desrumaux, Bernaud et Hellemans, 2019), ce sont principalement les personnes dites « volontaires » qui vont répondre à ces questionnaires, ce dans des conditions optimales. Les résultats peuvent, en conséquence, sensiblement changer si l'on prend cette variable en compte.

En général, le faible nombre de participants retenus, à savoir trente répondants, ne permet pas de généraliser les résultats pour une population de soignants.

9.7. Implications pratiques

Pour favoriser le soutien organisationnel et, en conséquence, maintenir la motivation, il pourrait être envisagé de développer davantage les valeurs organisationnelles de l'entreprise. Les valeurs organisationnelles de l'entreprise comprennent, entre autres, le travail d'équipe, l'intégration, l'effort et le mérite... etc. L'attachement à ces valeurs organisationnelles par les professionnels de santé a évidemment un impact positif sur leur attachement émotionnel et leur identité professionnelle (Lebrument, Rochette et Zumbo-Lebrument, 2020). Pour accroître le bien être psychologique, les hopitaux peuvent valoriser, en priorité, les échanges entre les membres du personnel et, par extension, prioriser le développement d'un soutien social (Dose, Desrumaux, Bernaud et Hellemans, 2019). De

même, des programmes de formation peuvent intégrer des apports sur les échanges leader-membres et le soutien organisationnel qui sont significativement liés au bien-être des soignants (Dose, Desrumaux et Colombat, 2019). De plus, il serait opportun de mettre en place des temps de communication et d'échanges de qualité permettant ainsi d'exposer et donc de tenter de résoudre les problèmes récurrents, ce qui participe du soutien. La mise en place d'un management plus participatif favoriserait également les liens sociaux, devenant plus forts. La confiance réciproque, ainsi établie, favoriserait le bien-être des individus (Colombat, 2012 ; Lejeune, Coillot, Chevalier, & Fouquereau, 2018).

Enfin, travailler sur la qualité de vie au travail dans les hôpitaux nécessite de réaliser des actions diverses pour assurer la satisfaction des besoins psychologiques des employés car constituant un facteur important du bien-être au travail (Deci, Olafsen, et Rayan, 2017 ; Gagné & Deci, 2005). Il faut écouter et aider à l'adaptation aux changements organisationnels. Les organisations doivent être particulièrement attentives à toutes les variables liées à la QVT pour assurer un climat de travail de qualité, notamment quand le contexte sociétal a changé brusquement et radicalement. Il est également important de pouvoir rendre compte de certains dysfonctionnements dans la prise en charge des patients. En effet, les soignants ont un manquement au niveau des informations et sur les lois. L'hôpital doit veiller à une pleine connaissance des lois de la part des soignants pour accompagner au mieux les patients. Préserver la santé psychologique des soignants est évidemment primordiale, surtout pour ceux affrontant la mort quotidiennement. Il est impératif de valoriser leur travail, les rendant ainsi plus opérationnels et plus impliqués dans une perspective à long terme.

Références

- Abaidi, J., & Drillon, D. (2016). Les dimensions du bien-être au travail : Axes de prévention des risques psychosociaux ? *Revue Internationale de Psychosociologie et de Gestion des Comportements Organisationnels*, *HS*, 145- 172.
- Aiken, L. H., & Patrician, P. A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the revised nursing work index. *Nursing Research*, *49*(3), 146- 153.
- Alderson, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : Entre plaisir et souffrance. *Recherche en Soins Infirmiers*, *80*(1), 76- 86.
- Al- Kandari, F., Vidal, V. L., & Thomas, D. (2008). Health-promoting lifestyle and body

- mass index among College of Nursing students in Kuwait: A correlational study. *Nursing & Health Sciences*, 10(1), 43- 50. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00370.x>
- Bauer, T. N., Green, S. G., & Bauer, T. N. (1996). Development of leader-member exchange: A longitudinal Test. *The Academy of Management Journal*, 39(6), 1538- 1567. <https://doi.org/10.2307/257068>
- Berry, L., & Curry, P. (2012). Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients. Comprendre la valeur du personnel infirmier, les répercussions des charges de travail excessives, et comment les ratios infirmière-patients et les modèles dynamiques de dotation peuvent aider. *La Fédération Canadienne des Syndicats d'Infirmières et Infirmier*. http://fcsii.ca/sites/default/files/workload_french_0.pdf
- Bobillier-Chaumon, M. E., & Sarnin, P. (2012). *Manuel de Psychologie du Travail et des Organisations*. De Boeck Supérieur.
- Bobillier-Chaumon, M.-E., Cuvillier, B., Sarnin, P., & Vacherand-Revel, J. (2018). Usage des TIC et évolutions des pratiques socioprofessionnelles des cadres : Quels repères pour le métier et quelles incidences sur la santé?. *Pratiques Psychologiques*, 24(4), 349- 373.
- Boivin-Desrochers, C., & Alderson, M. (2014). Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : Stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail. *Recherche En Soins Infirmiers*, 118(3), 85- 96.
- Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management Avenir*, 61(3), 168- 189.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Marilou Bruchon-Schweitzer, Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Dunod
- Buerhaus, P. (2000). Leader Interview: A nursing shortage like none before. *Creative Nursing*, 6(2), 4- 7. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.6.2.4>
- Caesens, G., & Stinglhamber, F. (2019). The relationship between organizational dehumanization and outcomes: The mediating role of emotional exhaustion. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 61(9), 699.
- Cavanagh, S. J., & Coffin, D. A. (1992). Staff turnover among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 17(11), 1369- 1376. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01861.x>
- Cella, D. F. (2007). Le concept de qualité de vie : Les soins palliatifs et la qualité de vie.

- Recherche En Soins Infirmiers*, 88(1), 25- 31.
- Chahraoui, K., Bioy, A., Cras, E., Gilles, F., Laurent, A., Valache, B., & Quenot, J.-P. (2011). Vécu psychologique des soignants en réanimation: Une étude exploratoire et qualitative. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 30(4), 342- 348. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2011.01.020>
- Chernyak-Hai, L., & Tziner, A. (2012). Organizational citizenship behaviors: Socio-psychological antecedents and consequences. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 25(3), 53- 92.
- Dagenais-Desmarais, V. (2010). Bien-être psychologique au travail: Vers une conceptualisation unifiée du construit, 6.
- Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2012). What is psychological well-being, really? A grassroots approach from the organizational sciences. *Journal of Happiness Studies*, 13, 1- 26. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9285-3>
- Darses, F., & Montmollin, M. de. (2012). IV. L'ergonomie des conditions de travail. *Reperes*, 69- 86.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The « what » and « why » of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227- 268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Delbrouck, M. (2010). Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le burn-out ou la souffrance des soignants. *Imaginaire Inconscient*, 25(1), 157- 166.
- Desrumaux, P., Lapointe, D., Ntsame Sima, M., Boudrias, J. -S., Savoie, A., & Brunet, L. (2015). The impact of job demands, climate, and optimism on well-being and distress at work: What are the mediating effects of basic psychological need satisfaction? *European Review of Applied Psychology*, 65, 179–188. <https://doi:10.1016/j.erap.2015.06.003>
- Desrumaux, P. (2020). *Psychologie du travail et des organisations*. Recueil inédit, Lille SHS.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34- 43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Dose, E., Desrumaux, P., & Bernaud, J. -L. (2019). Direct and indirect effects of perceived organizational support on objective and subjective career success via need satisfaction: A study among French psychologists. *Journal of Employment Counseling*, 56(4), 144–163. <https://doi:10.1002/joec.12130>

- Dose, E., Desrumaux, P., & Bernaud, J.-L., & Hellemans, C. (2019). What makes happy counselors? From self-esteem and leader-member exchange to well-being at work: The mediating role of need satisfaction. *Europe's Journal of Psychology*, *15*(4), 823–842. <https://doi.org/10.5964/ejop.v15i4.1881>
- Dose, E., Desrumaux, P., & Colombat, P. (2019). Le bien-être psychologique au travail des professionnels du médical et du paramédical : Rôles des échanges leader-membres, du soutien organisationnel perçu, du sentiment d'efficacité et médiations par la satisfaction des besoins psychologiques. *Psychologie du Travail et des Organisations*, *25*(4), 251- 268. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2019.09.002>
- Eisenberger, R., Fasolo, P., & Davis-LaMastro, V. (1990). Perceived organizational support and employee diligence, commitment, and innovation. *Journal of Applied Psychology*, *75*(1), 51- 59. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.75.1.51>
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, *71*(3), 500- 507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500>
- Eisenberger, R., Stinglhamber, F., Vandenberghe, C., Sucharski, I. L., & Rhoades, L. (2002). Perceived supervisor support: Contributions to perceived organizational support and employee retention. *Journal of Applied Psychology*, *87*(3), 565- 573. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.3.565>
- Estryn-Behar, M., Ben-Brik, E., Le Nézet, O., Affre, A., Arbieu, P., Bedel, M., Bonnet, N., Derrienic, F., Fayet, C., Gadier, G., Lorient, M., Salbreux, R., Caillard, J.-F., & Caillard, J.-F. (2004). La situation des soignants des établissements publics et privés en France en 2002 : Analyse des résultats de la première partie de l'étude PRESST-NEXT. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, *65*(5), 413- 437. [https://doi.org/10.1016/S1775-8785\(04\)93483-2](https://doi.org/10.1016/S1775-8785(04)93483-2)
- Falzon, P., & Sauvagnac, C. (2004). Charge de travail et stress. *Ergonomie*, *175*- 190. <https://www.cairn.info/ergonomie--9782130514046-page-175.htm?contenu=resume>
- Fassin, D., Carde, E., & Ferré, N. (2000). *Un Traitement Inégal—Les Discriminations Dans l'Accès Aux Soins*.
- Favro, G. (2016, août 17). Bien être psychologique et bien être subjectif; deux approches scientifiques du bien-être. *Be and Become*. <http://be-and-become.com/bien-etre-psychologique-et-bien-etre-subjectif-deux-approches-scientifiques-du-bien-etre/>
- Ford, L. R., & Seers, A. (2006). Relational leadership and team climates: Pitting differentiation versus agreement. *The Leadership Quarterly*, *17*(3), 258- 270.

- <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2006.02.005>
- Gilbert, M.-H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *European Review of Applied Psychology*, 61(4), 195- 203. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2011.09.001>
- Herbaut, A., Reich, M., & Horner-Vallet, D. (2003). Evaluation de la détresse psychologique en soins palliatifs. A propos de 50 observations. *InfoKara*, 18(1), 5- 10.
- Hom, P. W., Lee, T. W., Shaw, J. D., & Hausknecht, J. P. (2017). One hundred years of employee turnover theory and research. *Journal of Applied Psychology*, 102(3), 530.
- Hom, P. W., Mitchell, T. R., Lee, T. W., & Griffeth, R. W. (2012). Reviewing employee turnover: focusing on proximal withdrawal states and an expanded criterion. *Psychological Bulletin*, 138(5), 831.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). Well-being: The foundations of hedonic psychology.
- Keyes, C. L. M., & Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. In *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. American Psychological Association, 411-425. <https://doi.org/10.1037/10612-026>
- Kraut, R. (1979). Two Conceptions of Happiness. *The Philosophical Review*, 88(2), 167- 197. <https://doi.org/10.2307/2184505>
- Lancry, A., & Ponnelle, S. (2005). *La santé psychique au travail*. Collection travail et organisation, 285-312.
- Lebrument, N., Rochette, C., & Zumbo-Lebrument, C. (2020). Les effets de l'attachement aux valeurs organisationnelles et au lieu de vie sur l'implication organisationnelle des personnels des établissements de santé. *GRH*, 35(2), 9-45. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/grh.202.0009>
- Leduc, S. (2016). Charge de travail. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 79- 84, Dunod. <https://www.cairn.info/psychologie-du-travail-et-des-organisations--9782100738113-page-79.htm?contenu=article>
- Livian, Y.-F., Baret, C., & Falcoz, C. (2004a). La gestion de la charge de travail dans les activités de services. *Revue Francaise de Gestion*, 150(3), 87- 103.
- Machado, T., Desrumaux, P., & Droogenbroeck, A. V. (2016). Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Étude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers. *Bulletin de Psychologie*, 541(1), 19- 34. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/bupsy.541.0019>

Bulletin de psychologie, 541(1), 19- 34.

- Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2005). Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social Science & Medicine* (1982), 61(1), 1- 14. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.037>
- Martin, C., Hourlier, S., & Cegarra, J. (2013). La charge mentale de travail : Un concept qui reste indispensable, l'exemple de l'aéronautique. *Le travail Humain*, 76(4), 285- 308.
- Mc Mahon, D. M. (2006). *Happiness: A History*. Grove Press.
- McGregor, I., & Little, B. R. (1998). Personal projects, happiness, and meaning: On doing well and being yourself. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 494- 512. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.2.494>
- Ndayirata, S., Belghiti-Mahut, S., & Briole, A. (2020). Intention de départ volontaire, pratiques de GRH et équipements de travail dans les hôpitaux publics burundais : Le rôle médiateur du soutien organisationnel perçu. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 117(3), 26- 42.
- Noah, C. (2017). Plateau de carrière et engagement organisationnel dans le secteur public camerounais : Rôle du soutien organisationnel perçu. *Revue de Gestion des Ressources humaines*, 104(2), 23- 34.
- Ohler, M. C., Kerr, M. S., & Forbes, D. A. (2010). Depression in nurses. *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne De Recherche En Sciences Infirmieres*, 42(3), 66- 82.
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137- 152. <https://doi.org/10.1080/17439760701756946>
- Ruiller, C. (2011). Le talent des managers de proximité. *Revue Internationale de Psychosociologie*, 17(41), 223- 246.
- Ruiller, C. (2012). Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital. *Management Avenir*, 52(2), 15- 34.
- Rupelle, G. de la, Fray, A.-M., & Kalika, M. (2014). Messagerie électronique, facteur de stress dans le cadre de la relation managériale. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 91(1), 13- 28.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies: An*

- Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 9(1), 13- 39.
<https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Saison, J., & Fantoni, S. (2019). L'accompagnement de la fin de Vie : regards croisés des professionnels de la santé. *Protocole Soumis au Comité d'Ethique de la Recherche de l'Université de Lille*.
- Schoenenberger, S., Moulin, P., & Brangier, E. (2010). La discrimination dans le secteur du soin comme expression de l'augmentation de la charge de travail : Enquêtes prospectives en milieu hospitalier et libéral. *Nouvelle Perspective en Management de la Diversité : Égalité, Discrimination et Diversité dans l'Emploi*, 159- 175.
- Schoenenberger, S., Moulin, P., & Brangier, E. (2013). Les déterminants de la charge de travail perçue dans deux services d'urgence hospitaliers en France. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 19(2), 143- 163. [https://doi.org/10.1016/S1420-2530\(16\)30061-9](https://doi.org/10.1016/S1420-2530(16)30061-9)
- Serre, D., Baudelot, C., Gollac, M., Bessière, C., Coutant, I., Godechot, O., & Viguiier, F. (2003). *Travailler pour être heureux ?*, Fayard.
- Vacherand-Revel, J., Dubois, Bobillier Chaumon, M.-E., Kouabenan, D., & Sarnin, P. (2014). *Nouvelles pratiques de travail : Innovations technologiques, changements organisationnels*. Collection Psychologie du Travail et Ressources Humaines, 13-75.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678- 691. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678>
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110- 119.
<https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082>

Annexes

Annexe 1 : Références des échelles du questionnaire

retiré confidentiel

Annexe 2. Calcul de cohérence interne du bien-être psychologique au travail

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	30	100,0

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

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,956	21

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	30	100,0

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

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,918	8

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	30	100,0

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

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,842	11

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	30	100,0

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

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,704	9

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclue ^a	0	,0
	Total	30	100,0

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

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,947	7

Annexe 7. Calcul de l'effet médiateur du LMX entre le soutien organisationnel et le bien-être psychologique au travail

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 3.5.3 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2018). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 4
Y : BEP
X : SOP
M : LMX

Sample
Size: 30

OUTCOME VARIABLE:
LMX

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,3058	,0935	1,2708	2,8880	1,0000	28,0000	,1003

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	3,0444	1,2934	2,3539	,0258	,3950	5,6938
SOP	,5131	,3019	1,6994	,1003	-,1054	1,1316

OUTCOME VARIABLE:

BEP

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,2564	,0657	,5327	,9496	2,0000	27,0000	,3994

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,5815	,9165	4,9988	,0000	2,7009	6,4621
SOP	,1529	,2053	,7447	,4629	-,2684	,5742
LMX	,1072	,1224	,8764	,3886	-,1438	,3583

***** TOTAL EFFECT MODEL *****

OUTCOME VARIABLE:

BEP

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,1979	,0391	,5283	1,1407	1,0000	28,0000	,2946

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,9079	,8339	5,8853	,0000	3,1997	6,6162
SOP	,2079	,1947	1,0680	,2946	-,1909	,6067

```

***** TOTAL, DIRECT, AND INDIRECT EFFECTS OF X ON Y *****

Total effect of X on Y
  Effect      se      t      p      LLCI      ULCI
  ,2079      ,1947    1,0680  ,2946  -,1909    ,6067

Direct effect of X on Y
  Effect      se      t      p      LLCI      ULCI
  ,1529      ,2053    ,7447   ,4629  -,2684    ,5742

Indirect effect(s) of X on Y:
  Effect      BootSE  BootLLCI  BootULCI
LMX      ,0550    ,0986    -,1494    ,2611

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output:
  95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap confidence intervals:
  10000

----- END MATRIX -----

```

Annexe 8. Calcul de l'effet médiateur du LMX entre la charge de travail et le bien-être psychologique au travail

```

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 3.5.3 *****

      Written by Andrew F. Hayes, Ph.D.      www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2018). www.guilford.com/p/hayes3

*****

Model : 4
  Y : BEP
  X : CTR
  M : LMX

Sample
Size: 30

*****
OUTCOME VARIABLE:
  LMX

Model Summary
      R      R-sq      MSE      F      dfl      df2      p
      ,1039    ,0108    1,3867    ,3057    1,0000    28,0000    ,5847

Model
      coeff      se      t      p      LLCI      ULCI
constant  5,9692    1,3820    4,3193    ,0002    3,1382    8,8001
CTR      -,1504    ,2720    -,5529    ,5847    -,7076    ,4068

```

```

*****
OUTCOME VARIABLE:
  BEP

Model Summary
      R      R-sq      MSE      F      df1      df2      p
,4136  ,1711  ,4726  2,7864  2,0000  27,0000  ,0794

Model
      coeff      se      t      p      LLCI      ULCI
constant  3,3483  1,0415  3,2150  ,0034  1,2113  5,4853
CTR      ,3216  ,1597  2,0143  ,0540  -,0060  ,6493
LMX      ,1582  ,1103  1,4338  ,1631  -,0682  ,3846

***** TOTAL EFFECT MODEL *****
OUTCOME VARIABLE:
  BEP

Model Summary
      R      R-sq      MSE      F      df1      df2      p
,3286  ,1080  ,4905  3,3894  1,0000  28,0000  ,0762

Model
      coeff      se      t      p      LLCI      ULCI
constant  4,2926  ,8219  5,2229  ,0000  2,6090  5,9762
CTR      ,2978  ,1618  1,8410  ,0762  -,0336  ,6292

***** TOTAL, DIRECT, AND INDIRECT EFFECTS OF X ON Y *****

Total effect of X on Y
      Effect      se      t      p      LLCI      ULCI
,2978  ,1618  1,8410  ,0762  -,0336  ,6292

Direct effect of X on Y
      Effect      se      t      p      LLCI      ULCI
,3216  ,1597  2,0143  ,0540  -,0060  ,6493

Indirect effect(s) of X on Y:
      Effect      BootSE      BootLLCI      BootULCI
LMX  -,0238  ,0547  -,1253  ,1109

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output:
  95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap confidence intervals:
  10000

----- END MATRIX -----

```

Annexe 9. Calcul de l'effet médiateur du LMX entre la latitude/autonomie et le bien-être psychologique au travail

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 3.5.3 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2018). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 4
Y : BEP
X : LAT
M : LMX

Sample
Size: 30

OUTCOME VARIABLE:
LMX

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
	,2500	,0625	1,3142	1,8663	1,0000	28,0000	,1828

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	3,2314	1,4666	2,2034	,0360	,2272	6,2356
LAT	,3705	,2712	1,3661	,1828	-,1851	,9262

OUTCOME VARIABLE:
BEP

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
	,3250	,1056	,5100	1,5944	2,0000	27,0000	,2216

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,0405	,9896	4,0830	,0004	2,0099	6,0710
LAT	,2331	,1745	1,3357	,1928	-,1250	,5911
LMX	,0958	,1177	,8137	,4230	-,1458	,3373

***** TOTAL EFFECT MODEL *****

OUTCOME VARIABLE:
BEP

Model Summary

	R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
	,2893	,0837	,5038	2,5577	1,0000	28,0000	,1210

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,3500	,9080	4,7906	,0000	2,4899	6,2100
LAT	,2686	,1679	1,5993	,1210	-,0754	,6126

***** TOTAL, DIRECT, AND INDIRECT EFFECTS OF X ON Y *****

Total effect of X on Y

Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
,2686	,1679	1,5993	,1210	-,0754	,6126

Direct effect of X on Y

Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
,2331	,1745	1,3357	,1928	-,1250	,5911

Indirect effect(s) of X on Y:

	Effect	BootSE	BootLLCI	BootULCI
LMX	,0355	,0759	-,1194	,1886

***** ANALYSIS NOTES AND ERRORS *****

Level of confidence for all confidence intervals in output:

95,0000

Number of bootstrap samples for percentile bootstrap confidence intervals:

10000

----- END MATRIX -----