



HAL
open science

**Conflits éthiques, charge de travail: Etude quantitative
rôle du soutien hiérarchique sur le bien-être
psychologique des aides-soignants Rapport de recherche
Projet AcSOIVIE Juin 2022**

Eric Dose, Pascale Desrumaux, Sania Akbly

► **To cite this version:**

Eric Dose, Pascale Desrumaux, Sania Akbly. Conflits éthiques, charge de travail: Etude quantitative rôle du soutien hiérarchique sur le bien-être psychologique des aides-soignants Rapport de recherche Projet AcSOIVIE Juin 2022. Université de Lille. 2022. hal-04451806

HAL Id: hal-04451806

<https://hal.univ-lille.fr/hal-04451806>

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.

Conflits éthiques, charge de travail : Etude quantitative rôle du soutien hiérarchique sur le bien-être psychologique des aides-soignants

Dose, E., Desrumaux, P., & Akbly, S.

Rapport de recherche Projet AcSOIVIE

Juin 2022

Résumé

Le présent rapport a pour objectif de préciser les effets de l'accompagnement des patients en fin de vie, des conflits éthiques et de la charge de travail sur le bien-être au travail ainsi que de mettre en évidence le rôle médiateur du soutien hiérarchique sur le bien-être psychologique au travail des soignants accompagnant des personnes en fin de vie. La population était composée d'aide-soignant(e)s ($N=25$), exerçant en hôpital public ou privé et EHPAD situés dans les Hauts-de-France. Elle était appelée à répondre, de manière volontaire, à un questionnaire en ligne. Les résultats vont dans le sens d'un effet du soutien hiérarchique sur le bien-être au travail.

Mots clé : bien-être psychologique du travail, soutien organisationnel perçu, accompagnement des patients, charge de travail, conflits éthiques

Summary

The aim of this report is to clarify the effects of support for the end of life patients' support, ethical conflicts and workload on well-being at work as well as to highlight the mediating role of supervisor support on the psychological well-being at work of caregivers accompanying people at the end of life. The population was made up of caregivers ($N=25$), working in public or private hospitals and nursing homes located in Hauts-de-France. It was asked to respond, voluntarily, to an online questionnaire. The results highlighted an effect of the hierarchical support on the well-being at work.

Key words : psychological well-being, supervisor support, job demands, ethical dilemma, patients' support

Table des matières

Introduction	4
Chapitre 1 - la santé psychologique au travail.....	6
1.1. La détresse psychologique au travail	6
1.1.1. Les déterminants de la détresse psychologique au travail	6
1.2. le bien-être psychologique au travail	7
1.2.1. Le bien-être hédoniste	8
1.2.2. Le bien-être eudémonique.....	8
1.2.3. Les déterminants du bien-être psychologique au travail	8
1.3. Formes de soutiens venant de l'organisation, managers et collègues	9
1.3.1. Soutien social (soutien hiérarchique - LMX et soutien des collègues - TMX).....	10
1.3.2. Le soutien organisationnel perçu	11
Chapitre 2 - Le bien-être psychologique au travail des soignants.....	14
2.1. Santé psychologique, BEPT, et accompagnement des patients	14
2.2. Santé psychologique des soignants, BEPT et conflits éthiques.....	15
2.3. Santé psychologique, BEPT et charge de travail	17
2.4. Rôle médiateur du soutien hiérarchique et BEPT	18
Chapitre 3 - Problématique	19
Chapitre 4 - recherche auprès d'aides - soignants.....	22
4.1. Méthodologie.....	22
4.1.1. procédures	22
4.1.2. Matériel	22
4.1.3. participants	24
4.1.4. Stratégies d'analyses	24
Chapitre 5 – Résultats	26
5.1. Analyses descriptives et corrélationnelles	26
5.2. Analyse de médiations.....	27
Chapitre 6 -	28

6.1. Discussion	28
6.2. Limites	30
6.3. Implication pour la recherche	30
6.4. Implications pratiques.....	31
8. Références bibliographiques.....	34
9. Annexes.....	42

Introduction

« La particularité de la souffrance des soignants dans cette crise Covid, en plus d'une très lourde charge de travail du fait de l'affluence des malades, a été de se voir assigner un rôle inhabituel, voire inimaginable, où les contraintes sanitaires (visites interdites par exemple) les ont amenés à se substituer aux familles dans des moments symboliquement forts comme l'agonie du malade, les derniers instants, le départ du corps. » (Delville et al., 2021)

L'épidémie de la Covid-19 a directement impacté le système de santé concernant l'organisation des équipes soignantes (El-Hage et al., 2020), confrontées à une double contrainte (Vignaud & Prieto, 2020). Elles devaient gérer l'afflux massif de patients, en exerçant, dans des conditions de travail défavorables à la qualité des soins ou s'entrecroisent : manque de personnel, cumul des tâches à réaliser dans des délais courts, charge de travail..., tout en essayant d'ignorer la peur constante d'être contaminé, ce qui a impacté leurs états psychiques. Une première ligne épuisée et des hôpitaux gérant difficilement cette crise n'ont fait qu'affecter l'état psychique des équipes soignantes. L'anxiété du personnel soignant était, en outre, plus importante en milieu de réanimation, de soins intensifs et des services Covid-19 (Kalika & Beaulieu, 2020). La citation de Delville et al., (2021), exprime, tout à fait la difficulté et la souffrance qu'ont pu ressentir les soignants dans ce contexte particulier d'accompagnement à la fin de vie. Pour les soignants, le bousculement des objectifs professionnels, les priorités dans cette situation, une responsabilité nouvelle (représenter au mieux la famille auprès du malade) ont eu des conséquences dramatiques sur leur santé et ce, dans l'ensemble de l'Union Européenne (Williams et al., 2022).

Mais cette crise a mis en évidence auprès de l'opinion publique ce que les professionnels de santé avaient déjà constaté depuis plusieurs années : la santé psychologique du personnel soignant est touchée (Machado et al., 2016) et, plus précisément, leur bien-être (Brami et al., 2013). Selon Devalois et al. (2013), le contexte particulier de la fin de vie peut engendrer un épuisement professionnel chez le soignant. En effet, la fin de vie, n'est pas une dimension anodine, il est difficile pour les soignants d'être confrontés quotidiennement à la mort, rappelant que la vie n'est pas éternelle. En outre, la demande d'accompagnement des personnes en fin de vie et des services palliatifs ne fait que s'accroître ces dernières années, au vu du vieillissement de la population (Fillion et al., 2013). Les exigences de qualité et de sécurité des soins s'intensifient sans cesse. De plus, l'évolution des maladies chroniques oblige à repenser l'organisation des soins et les modalités de prise en charge. Ces évolutions ont des conséquences sur les conditions de travail et il est nécessaire de les prendre

en compte pour envisager le devenir des professionnels et que la qualité des soins et de l'accompagnement ne soit pas détériorée. Cependant, les ressources financières et de surcroît, les ressources humaines, ne suivent pas, augmentant considérablement la charge de travail et le stress qui l'accompagne.

Dans le contexte si particulier de la fin de vie, la vulnérabilité des professionnels de santé est davantage mise à l'épreuve. Pour les patients, la réponse aux symptômes et maladies nécessite les connaissances médicales des soignants, mais pour un accompagnement complet et de qualité, ceux-ci doivent davantage être à l'écoute et adopter une posture empathique (Colombat et al., 2001). Ces aptitudes demandent au corps médical de la disponibilité, du temps et une attention permanente, en plus de leur charge de travail habituelle. Cependant, ces conditions sont difficiles à acquérir en vue du manque de main d'œuvre et de moyens apportés par l'organisation pour faciliter le travail. Ce qui a pour conséquence un impact sur la santé psychologique des soignants.

La santé peut être perçue sous deux angles complémentaires : le bien-être et la détresse (Gilbert et al., 2011). Comme nous avons pu le voir, les questions de santé mentale au travail sont généralement examinées sous l'angle de la souffrance. Un besoin émerge aujourd'hui pour une approche centrée non plus sur la souffrance et les risques psychosociaux, mais plutôt sur le bien-être au travail (Bietry & Creusier, 2013). En effet, le bien-être est devenu un enjeu sociétal au vu des prévisions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui constate qu'en 2030, les problèmes liés aux difficultés émotionnelles vont devenir la première cause mondiale d'invalidité.

Nous cherchons à comprendre, comment des soignants travaillant en milieu hospitalier et, EPHAD, exerçant dans les Hauts-de-france, dans un contexte particulier d'accompagnement en fin de vie, peuvent se maintenir en santé. Nous visons à déterminer si l'accompagnement des patients, les conflits éthiques et la charge de travail impactent le bien-être psychologique au travail et si les effets de ses variables sont influencés par la qualité de l'échange leader-membre (LMX) .

Chapitre 1 - la santé psychologique au travail

1.1. La détresse psychologique au travail

Considérée comme la composante négative de la santé mentale (Achille, 2003 ; Kelloway & Day, 2005 ; Keyes, 2002 ; Massé et al., 1998), Perrault (1987), définit la détresse psychologique comme étant « à l'ensemble de la santé mentale ce que la fièvre est à l'ensemble des maladies infectieuses: un symptôme mesurable, signe évident d'un problème de santé, mais qui ne peut à lui seul éclairer sur l'étiologie et la sévérité du problème auquel il se rattache ». La détresse psychologique comporte deux dimensions fortement corrélées : l'anxiété et la dépression (Gilbert et al., 2011; Mirowsky & Ross, 2005). Elles proviennent de l'environnement de l'individu et de son évolution dans celui-ci. L'anxiété renvoie à l'irritabilité et à l'inquiétude alors que la dépression réfère à la démoralisation, l'isolement et à la tristesse (Mirowsky & Ross, 2005). Certains auteurs ajoutent également que la détresse psychologique contient d'autres composantes comme les troubles cognitifs, la colère (Massé, 1998; Massé et al., 1998), la somatisation (Massé, 2000) et le désengagement social (Massé, 1998). Pour mesurer cet état, il est possible de s'appuyer sur les travaux de Massé et al. (1998) et leur échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique. Gilbert (2009) a adapté cette échelle pour le milieu du travail. Celle-ci laisse apparaître très clairement trois facteurs structurés, eux aussi, selon les rapports à soi (anxiété, dépression : tristesse, préoccupations, stress, etc.), à autrui (irritabilité, agressivité : perdre patience, être en conflit, être arrogant, etc.) et au travail (désengagement : perte du goût de travailler, isolement, désintérêt, etc.). Ainsi, il y a un consensus entre les auteurs qui définissent la détresse psychologique au travail comme un état subjectif désagréable qui, inclue des symptômes liés à l'agressivité, l'anxiété, l'irritabilité, la dépression, le désengagement social l'épuisement, et à des problèmes cognitifs (Gilbert et al., 2011; Ilfeld, 1976, Massé et al., 1998).

1.1.1. Les déterminants de la détresse psychologique au travail

Hayasaka et al., (2007) ont montré que l'environnement physique de travail, (la température, l'éclairage, les aérations etc.), favorise l'émergence de la détresse psychologique. Un environnement de travail désagréable augmente, en effet, la probabilité d'apparition d'une détresse psychologique chez les travailleurs (Wilkins & Beaudet, 1998). De plus, d'autres auteurs mentionnent que les horaires atypiques et le nombre d'heures de travail peuvent aussi impacter la santé mentale. En effet, Marchand et al. (2006) ont révélé dans leur étude qu'une horaire de travail irrégulière et de longues heures de travail favorisent l'apparition de la détresse psychologique. La satisfaction des besoins fondamentaux (Deci & Ryan, 2000) serait un facteur essentiel de protection de la détresse psychologique au travail. Gilbert et al., (2008) ont montré que la satisfaction des besoins fondamen-

taux (autonomie, compétence et affiliation sociale) est liée à un faible niveau de détresse psychologique. Autrement dit, la perception que les trois besoins soient satisfaits par le travailleur diminue la perception de symptômes de détresse psychologique. De plus, la satisfaction des besoins a un rôle de médiateur entre le climat et la détresse psychologique au travail. De même l'étude de Desrumaux et Bouterfas (2012) a montré que la satisfaction des trois besoins fondamentaux est un médiateur du lien entre la charge mentale et la détresse psychologique des travailleurs sociaux. Stock et al., (2006) attestent que la latitude décisionnelle, la demande psychologique élevée, le travail répétitif et les troubles musculo-squelettiques sont significativement liés à la détresse psychologique. Un autre facteur important pouvant impacter la santé psychologique du travailleur et produire des symptômes de détresse psychologique est la relation sociale. Selon Marchand et al.,(2006), le soutien des collègues et des superviseurs est négativement lié à la détresse psychologique. En effet, l'étude de Vézina et Saint-Arnaud (2011), démontre que la prévalence de la détresse psychologique est diminuée quand l'exposition à un travail émotionnellement exigeant s'accompagne d'une latitude décisionnelle et d'un soutien social. La nature des professions peut engendrer une tension plus importante (Vezina & Gringas, 1996). En effet, l'anesthésie-réanimation est l'une des spécialités les plus touchée par le stress professionnel dans une centrée sur le personnel médical et paramédical tunisiens (Halouani et al., 2018).

1.2. le bien-être psychologique au travail

Si l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et [qui] ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », peu de notions expliquent l'état du bien-être. Guibet-Lafaye (2007), le définit comme un « sentiment général d'agrément, d'épanouissement suscité par la pleine satisfaction des besoins du corps et de l'esprit » et qui dépendrait de « la satisfaction de désirs et de pratiques, de biens relatifs aux formes de vie commune et de biens liés à des dispositions inhérentes à la nature humaine ». Considéré comme la composante positive de la santé (Diener, 1994 ; Keyes, 2007 ; Massé et al., 1998), ce concept va au-delà des notions de santé physique et mentale, en faisant référence à un sentiment général de satisfaction et d'épanouissement. Néanmoins, il y a une distinction à faire entre le bien-être général (BEG) et le bien-être psychologique au travail (BEPT). Le BEG renvoie à de multiples sources de satisfaction dans différents domaines de la vie courante (la famille, les amis, les loisirs, etc). Le travail peut faire partie de ces sources. Le BEPT est un construit idoine, et distinct du concept de BEG (Massé et al., 1998). Plus spécifiquement, il s'appuierait sur deux approches épistémologiques différentes. La première, hédoniste, est fondée sur la notion de plaisir tandis que la seconde, eudémoniste

considère le bonheur comme le but de la vie en prenant en compte les motivations à l'atteindre (Dagenais-Desmarais & Savoie, 2011 ; Straume & Vittersø, 2015).

1.2.1. Le bien-être hédoniste

L'approche hédonique, du grec *hédonè*, qui signifie «jouissance» ou «plaisir», consiste en une conception du bonheur, faisant du plaisir le but de la vie (Machado et al., 2016). Nous sommes dans une quête existentielle de l'être humain, qui consiste à rechercher le plaisir et éviter le déplaisir (Dose et al., 2021 ; Sutter, 2019). A cette perspective est associée le bien être subjectif, qui comporte une composante cognitive d'un côté, et une composante affective de l'autre (Desrumaux et al., 2019; Sutter, 2019). L'évaluation affective renvoie aux réactions émotionnelles qui laissent une empreinte chez l'individu. L'évaluation cognitive, renvoie au jugement que l'individu porte sur sa vie. Cette dimension consiste à évaluer de manière subjective des situations concrètes du travail, en se basant sur des expériences et des stimuli reçus au quotidien.

1.2.2. Le bien-être eudémonique

Dans l'approche eudémonique, du grec *eudaimon* qui signifie « bonheur » ou « épanouissement » (Kraut, 1979), le bien- être est analysé du point de vu du fonctionnement optimal, du sens et de réalisation de soi. (Dose et al., 2019). Nous faisons des choses qui sont en lien avec nos intérêts et nos valeurs. C'est ce qui concerne le processus de construction du bien-être, le sentiment d'accomplissement et le bonheur lui-même. Ainsi, dans cette perspective, le BEPT se définit par une relation positive et équilibrée avec le travail, les membres de l'entreprise, et soi-même mais aussi lors des échanges que l'on peut avoir avec l'organisation du travail (Dagenais-Desmarais, 2011). Le bien-être des salariés, sur le plan professionnel, devient alors un facteur positif pour le bon fonctionnement de l'entreprise.

Ainsi, le bien-être ne doit pas se focaliser uniquement sur la perspective hédonique. Il faut également stimuler l'approche eudémonique, en favorisant des idéaux professionnels, comme le sentiment d'efficacité, la réalisation de soi, travailler en équipe, pour couper l'individualisme, etc. Ces deux approches sont nécessaires afin d'appréhender avec le bien-être au travail (Gilbert, Dagenais-Desmarais & Savoie, 2011).

Cependant, être dans la recherche d'un idéal n'est pas sain non plus et peut amener à de la frustration, notamment dans le domaine de la santé et des soins palliatifs.

1.2.3. Les déterminants du bien-être psychologique au travail

La question de savoir ce qui est source de bien-être chez les soignants interroge de nombreux auteurs. La théorie de la conservation des ressources est un élément de compréhension des sources de la santé et du bien-être (Hobfoll & Schumm, 2009). Elle prend en compte les facteurs internes comme les compétences et les caractéristiques internes, et les facteurs externes tels que les relations sociales ou avec l'organisation. Elle s'appuie sur l'idée que l'individu cherche à retenir, protéger et consolider ses ressources et c'est la perte de ressources importantes qui est menaçante pour lui (Hobfoll, 2002). Cela renvoie à un processus motivationnel, activé par la perte ou le gain de ressources. Ainsi, le stress se définit comme une réaction de l'individu lorsque ses ressources sont menacées, perdues, ou lorsqu'il n'obtient pas de nouvelles ressources après en avoir investies. En l'absence de pertes réelles ou anticipées, les gens seraient motivés à alimenter leur réservoir de ressources. Plus le réservoir est grand, plus le bien-être augmenterait. L'étude de Dose et al. (2019) a démontré que la satisfaction des besoins jouerait un rôle primordial dans l'émergence du bien-être psychologique au travail, facilitant les effets du soutien organisationnel et des échanges leader-membres ainsi que du sentiment d'auto-efficacité et de la satisfaction de carrière. Le bien-être des salariés est essentiel pour le bon fonctionnement d'une organisation. En effet, un travailleur présentant un niveau élevé de bien-être psychologique serait plus satisfait (Harter et al., 2002) et aurait moins de problèmes de santé physique (Keyes, 2007). Le bien-être augmenterait la performance (Wright et al., 2002), la productivité organisationnelle (Harter et al., 2002), les comportements pro-sociaux (Martela & Ryan, 2016) et serait lié au succès objectif et subjectif de carrière (Dose et al., 2018). L'étude exploratoire de Machado et al. (2016), visant à identifier les indicateurs de bien-être auprès d'infirmier.e.s et d'aides-soignant.e.s, avait également fait ressortir certains facteurs du bien-être. Comme Dose et al. (2019), ils stipulent une corrélation positive entre les trois besoins fondamentaux (besoin d'affiliation, besoin d'autonomie et de compétence) et le score global du bien-être. De plus, ils démontrent que le support social est corrélé au bien-être du personnel soignant, c'est-à-dire, le soutien des collègues et des supérieurs.

1.3. Formes de soutiens venant de l'organisation, managers et collègues

Le soutien apparaît être également une variable importante en ce qui concerne la santé psychologique du personnel soignant. Le concept de soutien s'enracine dans la théorie de l'échange social (Blau, 1964), nous y reviendrons plus tard. Parmi les nombreuses sources, celle en milieu de travail a fait l'objet de plusieurs études. Il existe plusieurs types de soutien social qui touchent de près ou de loin le travail des individus. Que ce soit les relations avec les collègues, les superviseurs, ou le soutien fourni par l'organisation, chacune de ces sources de soutien influence les salariés.

1.3.1. Soutien social (soutien hiérarchique - LMX et soutien des collègues - TMX)

L'étude de Malola et Desrumaux (2020), réalisée auprès de 92 individus de la fonction publique hospitalière (infirmiers, aides-soignants, assistants sociaux, cadres etc.), a montré que le soutien social, a un effet sur l'épuisement émotionnel. Constituant une ressource importante liée au travail, le soutien social au travail comprend le soutien des collègues et/ou de la hiérarchie (Karasek & Theorell, 1990). De même, la Méta-Analyse réalisée par Asif et al., (2018), soutient que le soutien social pourrait réduire l'anxiété liée au travail et augmenter la satisfaction au travail.

Le soutien hiérarchique se base sur la théorie du Leader-Membre Exchange (LMX). Elle se focalise sur la conception d'une relation d'échange entre le manager et son employé, formant une dyade. C'est une approche relationnelle du leadership qui évalue la qualité des relations entre une hiérarchie et ses subordonné(e)s. (Elicker et al., 2006; Terpstra-Tong et al., 2020). Au sein de cette dyade, une attente de rôle se développe, avec au bout, des gratifications. Chaque partie apporte des ressources différentes, en vue des différents types de comportements indépendants qui émergent. Certaines études ont démontré que les superviseurs formaient des relations différentes avec leurs subordonnés. Cela dépendra des comportements de chacun et de la confiance mutuelle (Liden & Maslyn, 1998). Ce qui va définir la qualité et la maturité de la relation LMX, c'est la négociation des rôles qui se fait en permanence (Saint-Michel & Wielhorski, 2011). Un échange leader-membre de qualité nécessite un haut niveau d'échanges d'informations, un niveau élevé de confiance, de respect, d'affection, de la réciprocité, un soutien important et de nombreuses récompenses (Terpstra-Tong et al., 2020; Bauer & Green, 1996). Les comportements de travail souhaités sont associés à la nature de la relation avec l'employeur. En effet, Eisenberger et al., (2002) ont montré un lien positif entre une relation de qualité et la satisfaction au travail. La théorie du LMX suggère alors que de bonnes relations avec le supérieur incitent les salariés à avoir des perceptions positives de leur environnement de travail et une volonté de continuer à travailler pour l'organisation. Fillion et al. (2013) ont ressorti dans leur recherche que le manque de ressources humaines a un impact sur la satisfaction au travail et sur la détresse émotionnelle.

Le soutien social des collègues fait référence à l'intégration sociale de la personne, au soutien reçu et à l'appréciation de ce celui-ci (Malola & Desrumaux, 2020). Il se base sur la théorie du Team-Member Exchange (TMX) qui constitue une extension théorique du LMX (Seers, 1989). La qualité de l'échange équipe-membre mesure la perception d'un membre du groupe sur son rôle au

sein de celui-ci ainsi que sur ses relations d'échange au sein du groupe dans leur ensemble. Deux catégories de ressources sont mises en évidence dans le TMX. Les contributions renvoient à la volonté d'un individu d'aider d'autres membres du groupe, de partager ses idées et commentaires avec eux (Seers et al., 1995). Les recettes font références aux contributions des membres de l'équipe envers l'individu. (Ford & Seers, 2006). Elles font référence au soutien de l'équipe lorsque le salarié est occupé, à la reconnaissance des idées du salarié et à une communication de qualité. Selon Liden et al., (2000), une relation d'échange équipe-membre est décrite comme faible qu'elle se limite aux échanges requis dans l'exécution des tâches quotidiennes de travail. A contrario, une relation d'échange équipe-membre de qualité suppose un échange de ressources et de soutien au-delà de ce qui est requis lors de l'exécution d'une tâche. Tse et al., (2008) indiquent que les travailleurs estimant avoir une relation de qualité avec leur équipe ont évoqué l'appréciation, la reconnaissance, l'encouragement, la confiance et le respect mutuel comme raisons principales justifiant l'évaluation positive de cette relation. À l'inverse, les individus rapportant une faible qualité de relation avec l'équipe ont évoqué un manque de coopération, de confiance et un déficit au niveau de leur réseau social. De plus, la satisfaction des besoins psychologiques d'autonomie a un effet médiateur entre le soutien des collègues et est lié négativement à l'intention de quitter (Fantoni et al., 2021). Enfin, Estryn-Behar et al., (2012), ont montré auprès des équipes de soins palliatif l'importance du travail d'équipe et de l'impact positif chez les médecins et les infirmier.e.s de ses services où l'apparition du burnout est moins fréquente.

Dans le contexte de la fin de vie, ces modèles renforcent l'importance de favoriser la collaboration interprofessionnelle et l'accès à une équipe interdisciplinaire spécialisée dans l'accompagnement en fin de vie. Des auteurs suggèrent que certaines caractéristiques personnelles, telles que la personnalité, sont susceptibles d'affecter tant le LMX que le TMX : Les personnes établissant des échanges de qualité avec leurs supérieurs sont susceptibles d'établir des échanges de qualité avec leur équipe du fait d'une propension personnelle à s'investir dans les relations (Baugh & Graen 1997).

1.3.2. Le soutien organisationnel perçu

Le soutien organisationnel perçu (SOP) est défini comme étant la manière dont le salarié estime le degré de prise en compte de ses efforts, d'attention que l'organisation lui porte et de la façon dont elle valorise son investissement personnel et contribue à son bien-être professionnel, à travers des décisions et politiques de ressources humaines, qui favorisent ainsi la qualité de son en-

vironnement de travail (Eisenberger et al., 1986; Paillé, 2007). Il peut être appréhendé comme l'engagement de l'organisation envers l'employé (du point de vue de l'employé) et comprend trois composantes : le soutien de la hiérarchie ; le sentiment de justice procédurale ; et les conditions de travail et avantages offerts, comme que la reconnaissance, l'autonomie, la rémunération, la formation et la sécurité de l'emploi. La relation d'échange est ici considérée de point de vue des ressources matérielles (condition de travail, communication appropriée, formation, rémunération, carrière, etc.) comme non-matérielles (écoute, soutien, qualité des échanges, reconnaissance de la contribution et souci du bien-être des salariés, etc.), octroyées par l'organisation à ses salariés. L'employé déterminerait alors sa valeur aux yeux de l'organisation par la perception du soutien organisationnel qu'il reçoit (Eisenberger et al., 1986). Cela est particulièrement lié à la norme de réciprocité où ce n'est qu'après avoir évalué ce qu'il a reçu de son organisation que qu'un sentiment d'obligation morale émergera ou non chez le salarié, ce qui se traduira, ou non par des attitudes ou comportements performants (Organ et al., 2006). En effet, les liens entre le soutien organisationnel perçu et les dimensions attitudinales telles que la satisfaction au travail et l'engagement organisationnel sont établis (Caesens & Stinglhamber, 2014; Rhoades & Eisenberger, 2002). De plus, le SOP joue un rôle majeur dans le développement de l'engagement affectif, qui témoigne d'un attachement émotionnel envers l'organisation, mais également dans la réduction de l'engagement de continuité qui fait référence à la perception qu'a le salarié des coûts liés au fait de quitter son organisation (Rhoades & Eisenberger, 2002). Il a d'ailleurs été démontré que le SOP est lié négativement avec l'intention de quitter et le turn-over réel (Rhoades & Eisenberger, 2002; Rhoades, Eisenberger, & Armeli, 2001; Wayne et al., 1997). Le SOP est influencé par des récompenses matérielles ou symboliques, selon Eisenberger et al., (1986). Par exemple, lorsque les salariés perçoivent une rémunération attrayante, ils ont le sentiment d'être reconnu par l'organisation. Ainsi, selon la norme de réciprocité, des salariés exprimant de hauts niveaux de soutien organisationnel perçu, répondront à cet échange par des attitudes et des comportements favorisant l'organisation, ce qui produit alors des effets positifs aussi bien pour les employés que pour l'organisation (Rhoades & Eisenberger, 2002). De plus, le soutien organisationnel perçu par l'employé l'incite à adopter des comportements de citoyenneté (Paillé, 2007).

Ainsi, favoriser un type de management participatif en milieu hospitalier favorisera les moments d'échanges, une écoute et une communication plus authentique, favorisant des liens sociaux forts, qui satisferont le besoin d'affiliation (Colombat, 2012 ; Colombat, et al., 2018). Par conséquent, l'étude de Dose et al., 2019, réalisée auprès de 175 professionnels du milieu médical et paramédical, nous permet de confirmer l'importance des aspects psychosociaux et organisationnel dans la santé psychologique des personnels de santé.

Chapitre 2 - Le bien-être psychologique au travail des soignants

2.1. Santé psychologique, BEPT, et accompagnement des patients

Accompagner des personnes en fin de vie demande aux professionnels de santé des ressources émotionnelles et personnelles spécifiques. La prise en charge de la fin de vie implique un investissement important des équipes en termes de charge de travail, mais aussi en termes de charge émotionnelle. En effet, la fin de vie, n'est pas une dimension anodine, il est difficile pour les soignants d'être confrontés quotidiennement à la mort. La proximité avec un mourant réveille l'angoisse de mort qui est en chacun (Bayet-Papin & Héritier, 2006). L'accompagnement est une notion récente, développée avec les soins palliatifs dans les années 60 (Mardaga, 2006). La Société Française d'accompagnement et de Soins Palliatif (SFAP), le définit comme « un témoin, un être humain qui exprime simplement sa solidarité avec un autre être humain, dans le respect des différences et du désir de celui qu'il accompagne. ». L'empathie est essentielle dans cette démarche. (Sansoucy, 2013). La connaissance de l'issue fatale et de la répétition des décès créent au fil du temps une pression permanente que les soignant(e)s évoquent souvent. L'étude de Diehl et al. (2021), révèle en effet, que le service de soins palliatifs peut avoir un impact sur l'épuisement professionnel des infirmières. Les professionnels créent des liens avec leurs patients, et en plus de leur souffrance, c'est aussi la relation qu'ils partagent qui demeure une difficulté pour les professionnels. De plus, ces derniers sont engagés dans une dynamique relationnelle qui implique la subjectivité entre les soignants et les soignés. Cette approche humaniste soutient que les valeurs éthiques doivent présider aux pratiques de soignants (Castra, 2004).

Avec le vieillissement de la population, et les conséquences de la longévité humaine (Le Bihan & Martin, 2010), les demandes en soins palliatifs ne font que s'accroître ces dernières années. La fin des années 1980 marque l'apparition en France les unités de soins palliatifs, lieux spécialisés dans la prise en charge des malades en fin de vie. L'OMS, (2002) les définit comme: « [cherchant] à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés. », afin d'améliorer la qualité de vie et de sauvegarder leur dignité. Les soignants ont, bien entendu, une place prépondérante dans l'accompagnement, en terme de soutien. Mais Bayet-Papin et Héritier (2006), déclarent dans leur enquête réalisée au CH de Chambéry auprès de 400 Aide-soignants (AS)/ Infirmiers de soins généraux (IDE) et 95 médecins, que les AS/IDE éprouvent plus facilement l'impression d'être « mauvais soignant » devant un patient en fin de vie. Plus de 80% des AS/IDE et 50% des médecins sont mal à l'aise devant le ma-

lade en fin de vie posant des questions sur son évolution ou parlant de sa mort imminente. Il n'y a, à notre connaissance, pas d'études stipulant une corrélation entre le BEPT des soignants et l'accompagnement en fin de vie. En effet, toutes celles étudiées font état de la souffrance au travail du professionnel face à une telle situation. (Amar, 2009; Cosnier, 1993; Lejonc, 2004; Meilland, 2014; Tardy & Viallon, 2005). En effet, l'accompagnement des personnes en fin de vie, de leurs proches et des soignants a été bouleversé avec la pandémie COVID 19. Cette situation a été source d'une importante frustration car, en plus de la composante émotionnelle importante, les contraintes organisationnelles, telles que le manque de disponibilité lié à la charge de travail, l'isolement entraînant l'absence de dialogue avec les familles et leurs collègues, (Maeker et al., 2020) et les contraintes éthiques, (Schmitt & Ghadi, 2013) n'ont fait qu'augmenter la difficulté d'accompagnement des patients en fin de vie ayant pour conséquences une souffrance psychologique au travail.

2.2. Santé psychologique des soignants, BEPT et conflits éthiques

Le travail social est une pratique fondée sur l'éthique. Selon le code de déontologie des travailleurs sociaux élaboré par Avenir Social, « la pratique du travail social est éthiquement fondée lorsqu'elle se réfère aux critères moraux et aux fondements de la profession » (2011). Mais les professionnels sont confrontés au quotidien à de nombreux conflits éthiques. En effet, l'épidémie de COVID-19 a mis en lumière de véritables questions de nature éthique. Au début de l'épidémie, la non-présentation des corps des personnes décédées à l'hôpital aux familles (Hazif-Thomas, 2020) ou encore l'accès à la réanimation selon l'âge du patient (selon le Résumé de recommandation professionnelle pluridisciplinaire opérationnelle, (2020) ont soulevé de graves questionnements éthiques. Par ailleurs, Bayet-Papin et Héritier (2006), déclarent dans leur enquête réalisée au CH de Chambéry auprès de 400 AS/IDE et 95 médecins, que 90% des IDE répondent qu'« au moins une fois » et 35% « souvent », elles ont été ou sont confrontées à des actes qu'elles réprouvent moralement (acharnement thérapeutique, examens invasifs). Selon l'INRS, la notion de conflit éthique réfère aux problématiques liées aux situations individuelles ou collectives dégradées au travail. Forchuk (1991) parle de « dilemmes éthiques ». Grace et al., (2003), dans leur études menée auprès d'infirmières américaines en psychiatrie, ont montré que les problèmes d'éthique et de droits de la personne sont les plus fréquemment rencontrés. Parmi eux, la protection des droits du patient et la dignité humaine (61,7%), devoir effectuer des soins avec des risques possibles pour la santé des soignants (par ex., tuberculose, VIH, violence) (45,1%), l'utilisation ou non de moyens de contention physiques/ chimiques (40,1%), le respect ou non du consentement éclairé au traitement (38,3%). Cependant, il y a des moments où ce droit au choix est difficile à promouvoir lorsque le

patient ne semble pas capable de faire des choix concernant ses soins. Ainsi, respecter ou non le consentement éclairé au traitement peut être vécu comme une question de droits humains. Enfin, les modèles de dotation en personnel (30,9 %), qui renvoient aux effectifs déployés sur l'unité, la stabilité de l'équipe, l'intensité de travail et la quantité globale des ressources (Thériault et al., 2016). Ces modèles réfèrent à la valeur qu'un établissement accorde à la sécurité des soins aux patients. De même, l'étude de Langlois et al., (2009) réalisée auprès d'infirmières travaillant en soins intensifs nous expose deux dilemmes éthiques que sont l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie. Dans le cas de l'acharnement thérapeutique, elles font, en effet, face à un dilemme éthique car elles doivent choisir de mettre ou non en action un plan d'intervention qui crée un conflit de valeurs. « On en fait trop, le patient souffre trop, ce n'est pas nécessaire d'aller jusque là compte tenu de son âge et de son état » sont les paroles récoltées par les auteurs. Cette situation est source de stress et de désarroi pour les infirmières. Dans le cas de l'acharnement thérapeutique, bien qu'il soit interdit, il est quand même réalisé dans certaines institutions, constituant une action inadéquate sur le plan éthique et soulève également un dilemme éthique (Langlois et al., 2009). On demande à ses infirmières d'assumer de lourdes responsabilités (par ex., administrer le médicament létal). Cette étude constitue un exemple assez concret de la souffrance psychologique que peuvent éprouver les soignants face à des conflits éthiques. Redman et Fry (2000) stipulent, effectivement, qu'un nombre important de conflits éthiques sont vécus comme une détresse psychologique. En effet, faire quotidiennement face à ces questionnements éthiques sont source de stress pour les soignants (Ulrich et al., 2010). Selon le rapport de Gollac (2011), le conflit éthique fait partie d'une des catégories de risque psychosociaux que sont les conflits de valeurs. Il considère trois manifestations distinctes dans ce facteur de risque psychosocial : La qualité de travail empêchée, l'impression de faire un travail inutile et les conflits éthiques. Les auteurs parlent de « souffrance éthique » (Bolly et al., 2020). Selon le rapport de la commission d'experts mandatée par le ministère du travail, « l'analyse des facteurs à l'origine de la prévalence élevée de détresse psychologique chez certaines catégories de personnel oblige à considérer une autre dimension de la souffrance du personnel, celle de la souffrance éthique. » La souffrance éthique intervient lorsque l'individu réalise une tâche qu'il réprouve parce qu'elle a, ou aura, un effet négatif sur l'affect des « victimes » de ces actes (désarroi, souffrance, angoisse, désespoir, etc.). L'étude de Fillion et al. (2013), analysant les éléments stressants moraux en lien avec les dilemmes éthiques, auprès de vingt huit infirmier(e)s au Québec, travaillant dans les unités de soins palliatifs, a démontré la présence de dilemmes éthiques associés à la perception d'acharnement thérapeutique, les arrêts de traitement et les perceptions d'euthanasie, le manque de respect de la volonté du patient et le mensonge sur l'état du patient. Selon les auteurs « Ces dilemmes heurtent les convictions personnelles des infirmières et la plus part ont du agir de

façon non conforme à leur conscience professionnelle. ». Cela entraîne une souffrance éthique qui a pour conséquence une démotivation, l'apparition de problèmes de santé, une perte de sens au travail, retrait et stress de conscience. Enfin, Bonnemain, (2010) explique que les aide-soignantes travaillant en gériatrie font face à des compromis dont elles savent qu'ils ne favorisent pas le bien être du résident, mais qui sont pourtant nécessaires : il y a là un risque de souffrance éthique. Par exemple, la réalisation de la douche « forcée » laisse les professionnelles insatisfaites malgré l'atteinte de l'objectif, car le fait de « forcer » un résident ne correspond pas aux pratiques professionnelles respectant les règles de métier.

2.3. Santé psychologique, BEPT et charge de travail

Une des contraintes de travail susceptibles d'engendrer des problèmes de santé mentale est la charge de travail (Billette & Piché, 1985). Selon l'Institut Nationale de Santé Publique du Québec, la charge de travail est définie comme « un concept complexe à définir et va au-delà de la quantité de travail prescrite par l'employeur. Elle comporte une dimension subjective : la charge de travail ressentie est aussi importante que la charge de travail demandée. Elle doit être abordée de façon globale en tenant compte de la complexité du travail réel, des demandes formelles et informelles qui sont faites aux travailleurs, des ressources et des outils mis à la disposition de chacun pour réaliser le travail, du temps disponible et des imprévus que l'on ne peut pas toujours prévoir et qui ont un impact sur la charge de travail. ». Cette notion est abordée en terme de types de charge : la charge ou demande quantitative et la charge qualitative. Selon L'IRSSST (2003), la charge quantitative de travail renvoie à la quantité de travail à accomplir en un temps défini. Ainsi, la surcharge quantitative représente une trop grande quantité de travail à accomplir en un temps trop court. Ce phénomène est de plus en plus fréquent dans le domaine médical, conséquence d'un New Public Management qui a privilégié les restructurations. Les travailleurs doivent assumer de plus en plus de responsabilités et doivent être polyvalents ce qui amène à devoir réaliser une variété grandissante de tâches (Salman, 2017). La charge qualitative représente la difficulté des tâches qu'un salarié doit accomplir dans le cadre de son travail (IRSSST, 2003). La surcharge qualitative peut se traduire par les critères de performance et d'efficacité qui sont de plus en plus élevés, ce qui demande aux travailleurs de sans cesse se surpasser. Cela peut aussi être attribuable aux nouvelles technologies qui ont pour effet de modifier les « process » de travail.

Le modèle « *Demand-control model : DCM* », (Karasek, 1979) met en lien les problèmes de santé avec une rupture d'équilibre entre la demande faite à l'individu (charge de travail, exigence de performance, manque de contrôle...), et les ressources dont il dispose. Il explique que l'association

d'une charge de travail élevée, corrélée avec une faible possibilité de contrôle sur son activité, impact sévèrement la santé. Plus récemment, le modèle de Bakker et Demerouti (2007) « *Job demands-resources model : JD-R Model* », propose deux explications. La première, corroborant des recherches antérieures (Karasek, 1979 ; Halbesleben & Buckley, 2004), postule qu'une charge excessive de travail, sur une période longue, implique une sollicitation trop importante des ressources propres. À terme elle amène à la mise en échec des stratégies compensatoires et donc à l'épuisement. Les ressources joueraient alors un rôle de tampon par rapport à la charge de travail (Bakker et al., 2003). La deuxième explication, stipule que le manque de ressources, par le fait qu'il ne permet pas de répondre aux exigences du travail, entraîne une attitude de retrait qui conduit à un désengagement. Considérant ces deux explications, l'usure professionnelle apparaît en présence d'une charge de travail importante et de ressources insuffisantes, d'une part, et la motivation est directement liée à la disponibilité suffisante de ressources appropriées, d'autre part. La charge au travail est donc un facteur de risque important pour la santé. Elle entraîne l'apparition des risques psychosociaux, de part sa quantité, sa complexité et ses contraintes temporelles (Vézina et al., 2006) et de l'épuisement professionnel (Delbrouck, 2010; Yürür & Sarikaya, 2012). Les exigences de travail sont en effets corrélées négativement au bien-être au travail chez la population d'infirmiers (Burke et al., 2012; Chouh et al., 2012).

2.4. Rôle médiateur du soutien hiérarchique et BEPT

Le soutien hiérarchique s'inscrit dans la théorie de l'échange social (Blau, 1964). Définie comme étant « les actes volontaires d'individus motivés par les retours que ces actes sont supposés apporter et qu'ils apportent effectivement de la part des autres », elle constitue une base pour comprendre le rôle du LMX sur le BEPT. De nombreuses études ont d'ailleurs révélé les liens entre le LMX et le bien-être (Dienesch & Liden, 1986; Dose et al., 2019; Rosen et al., 2011; Sparr & Sonnentag, 2008; Wayne, et al., 1997) . Par exemple, Atkinson et al., (2016) ont montré que LMX est un facteur clé du bien-être chez les travailleurs en général, et serait source de satisfaction chez les infirmiers (Trincherio et al., 2014; Cummings et al., 2008). Les soutiens perçus, organisationnel d'une part, et managérial (LMX) d'autre part, influencent fortement l'implication affective, la satisfaction au travail et les émotions positives au travail (Rhoades & Eisenberger, 2002). Une étude réalisée auprès de 240 infirmiers et 20 superviseurs néerlandais (Regts et al., 2018) révèle des liens positifs entre une bonne qualité des échanges leader-membre et la performance. Chez les soignants français, l'étude de Machado et al., 2016 a également mis en évidence des liens significatifs entre le

soutien social et le bien-être psychologique des infirmiers et des aides-soignants. De plus la qualité des échanges leader-membres (LMX) et le sentiment d'efficacité général favorisent le BEPT via la satisfaction des trois besoins psychologiques qui exerce un rôle central chez les soignants, selon Dose et al., (2021). Enfin, des études auprès de cadres infirmiers canadiens et australiens (Brunetto, Shriberg et al., 2013; Brunetto, Xerri et al., 2013; Laschinger et al., 2007) a révélé que la satisfaction au travail dépendait essentiellement du LMX. Un constat équivalent à été réalisé dans l'étude de Dose et al., 2019, pour laquelle ni le soutien organisationnel perçu, ni le soutien social des collègues n'interviennent directement ou indirectement dans la relation entre le SEP et le BEP mais uniquement le LMX.

Comprenant le rôle important du LMX, Hombrados-Mendieta et Cosano-Rivas, (2013) ont testé le rôle médiateur du soutien social de la hiérarchie entre l'épuisement professionnel et la satisfaction au travail. Ils ont découvert qu'il diminue les effets négatifs de l'épuisement professionnel sur la satisfaction au travail et la satisfaction avec la vie. Une autre étude indique que le soutien social médiatise les liens entre des variables personnelles telles que l'extraversion et la santé psychologique en terme de stress (Swickert et al., 2002). De même, l'étude de Desrumaux et Malola, (2020), réalisée auprès de 92 salariés de la fonction publique hospitalière à montré que le soutien social de la hiérarchie exerce un effet médiateur entre la justice informationnelle, la justice procédurale et l'épuisement émotionnel.

Chapitre 3 - Problématique de l'enquête quantitative auprès des aides-soignants

« Le rapport à la fin de vie et à la mort, constitue inévitablement un évènement hautement perturbateur pour le collectif de travail en milieu hospitalier. » (Castra, 2004). Nous l'avons vu, nombreuses sont les études qui témoignent de la souffrance des soignants face à l'accompagnement en fin de vie des patients (Amar, 2009; Cosnier, 1993; Meilland, 2014; Tardy & Viallon, 2005). Cependant l'étude du BEPT n'a pas été pris en compte dans celles-ci.

Ainsi, l'accompagnement des patients en fin de vie sera lié négativement au BEPT des soignants (H1).

De même, l'apparition de conflits éthiques dans leurs Organisations est source de souffrance pour les soignants (Redman & Fry, 2000) qui leurs font, souvent, face (Bayet-Papin & Héritier, 2006). Les dilemmes éthiques ont des conséquences négatives sur la satisfaction au travail. La satisfaction étant associée au bien-être (Hartmann & Mathieu, 2021);

Le conflit éthique sera lié négativement au BEPT (H2).

La charge de travail est une des conséquence majeure de la souffrance au travail des soignants. La crise du Coronavirus n'a fait qu'apporter une preuve de plus dans un contexte où « se côtoient surcharge de travail et pénurie de moyens » (Maeker et al., 2020). En effet, la charge de travail, est négativement liée au bien-être au travail (Burke et al., 2012; Chouh et al., 2011);

La charge de travail sera lié au BEPT des soignants de manière négative (H3).

Le soutien hiérarchique au même titre que celui des collègues ou de l'organisation joue un rôle prépondérant dans le maintien du bien-être psychologique des soignants au travail (Dose et al., 2019; Eisenberger & Stinglhamber, 2002; Machado et al., 2016) . En effet le soutien peut contribuer à réduire l'impact néfaste de la charge de travail (Boutefas et al., 2016). Vézina et Saint-Arnaud (2011), ont montré qu'il pouvait diminuer la détresse psychologique. C'est un facteur de protection de l'épuisement (Doudin & Curchod-Ruedi, 2000). De plus, les soutiens jouent un rôle médiateur dans certaines études (Desrumaux et Malola, 2020; Hombrados-Mendieta et Cosano-Rivas, 2013). Toutefois, on observe dans l'étude de Dose et al., (2019) réalisée auprès d'une population de psychologues, que, ni le soutien organisationnel perçu, ni le soutien social des collègues n'intervient directement ou indirectement dans la relation entre le sentiment d'efficacité personnelle et le bien être psychologique. Seul, celui du LMX intervient .

Ainsi, le LMX sera lié au BEPT (H4), de manière positive (H4.a). Et celui-ci jouera un rôle indirect entre l'accompagnement des personnes en fin de vie et le BEPT (H4.b), la présence de conflits éthiques et le BEPT (H4.c) et la charge de travail et le BEPT (H4.d) des soignants.

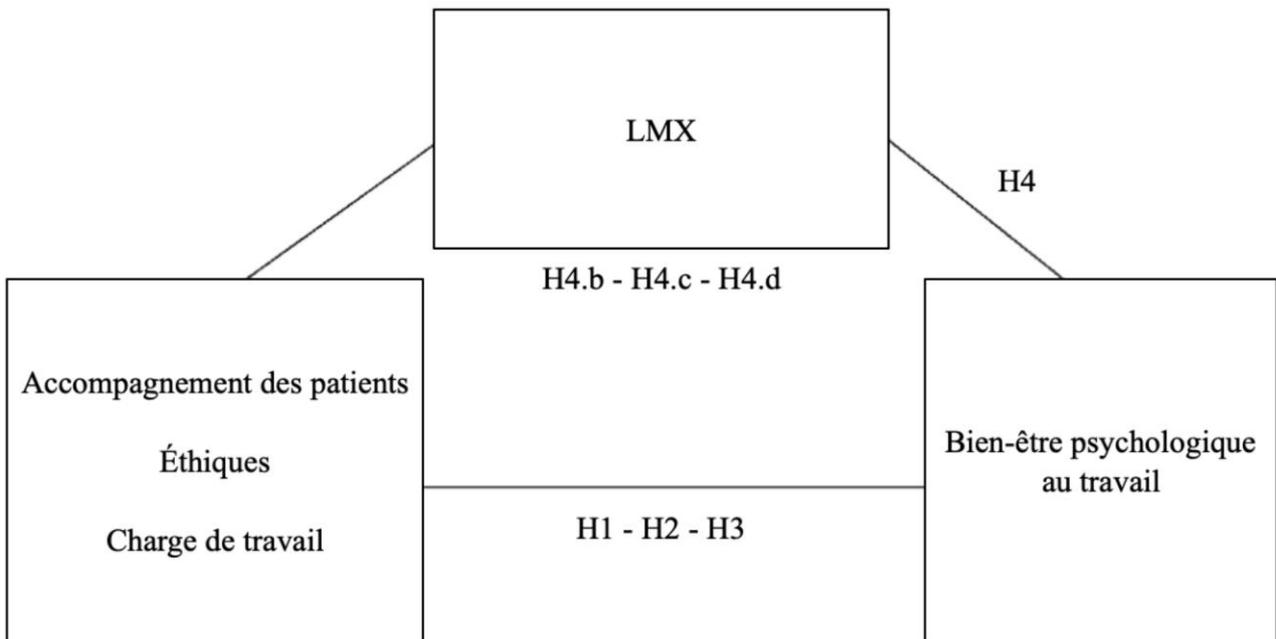


Figure 1. Modèle hypothétique du bien-être psychologique au travail et du LMX chez les aide-soignant.e.s

Chapitre 4 - recherche auprès d'aides - soignants

4.1. Méthodologie

4.1.1. Procédure

Toutes les données étaient recueillies au cours de l'année 2021-2022, auprès de salariés français (issus de la région des Hauts de France) exerçant le métier d'Aide-soignant, à l'aide du questionnaire de Dose (2018) proposé en ligne. La participation se faisait sur la base du volontariat et dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat des données.

Nous avons commencé la diffusion du questionnaire en janvier 2022. Pour faire parvenir notre questionnaire, nous l'avons publiés sur les réseaux sociaux, notamment *via* Facebook (2 publications sur nos réseaux personnels, les groupes de soignants spécifiques aux Hauts-de-France (7 publications), Twitter (2 publications), LinkedIn (2 publications, 4 messages privés), 14 messages directs dans notre réseau personnel (*via* mail et sms) qui ont partagé à leur tour à leurs collègues (91 en tout) et enfin, *via* des forums consacrés aux soignants (10 publications). Les participants devaient ouvrir le lien, accepter le formulaire de consentement éclairé et remplir le questionnaire en ligne comportant toutes les échelles du questionnaire final, chacune accompagnée d'une consigne, ainsi que 15 questions d'ordre factuel dont 1 concernant l'impact de l'épidémie.

4.1.2. Matériel

2019 – 2022 « L'Accompagnement de la fin de Vie : Regards croisés des patients et des soignants », AcSOI-Vie (Accompagnement-soignants-fin de Vie) ». Co-porté par Saison, J., Fantoni, S. - Centre de recherche "Droits et perspectives du droit" axe « Droit et Santé ». Coordinateurs de la recherche : Saison, J., Fantoni, S., Desrumaux, P. et Dose, E. - Laboratoires de l'Université de Lille : CRDP (EA 4487), PSITEC (EA 4072), "Savoirs, textes, langage" (STL, UMR 8163) et "Lille, économie et management" (LEM, UMR 9221). Le projet vise à évaluer auprès des professionnels de santé, les dispositifs d'accompagnement de la fin de vie existants en interrogeant leur effectivité afin d'envisager les perspectives d'évolution et de perfectionnement. Notre hypothèse est que les conditions de travail des soignants empêchent souvent la possibilité de mettre en œuvre le droit positif faute de qualité du travail suffisante. Améliorer la qualité du travail permettrait de lever les freins à la mise en œuvre concrète des préconisations facilitant l'accompagnement des personnes en fin de vie.

Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur différentes échelles du questionnaire de Dose (2018).

La qualité des échanges leader –membres ou Leader Member Exchange (LMX). Le soutien leader-membres ou managérial 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 par ex. Mon supérieur a assez confiance en moi pour défendre mes décisions si je ne suis pas présent(e) pour le faire moi-même.). 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 $\alpha = .70$. Les alphas de Cronbach étaient de $\alpha = .95$

La charge de travail. L'échelle de Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom et Theorell (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 $\alpha = .79$

L'Indice de Bien-Être Psychologique au Travail. Cette échelle de Dagenais-Desmarais, et Savoie (2012) était composé de 25 items randomisés. L'échelle était divisée en 5 dimensions fondamentales mesurant le BEPT : l'adéquation interpersonnelle au travail, « *J'apprécie les gens avec qui je travaille* » ; l'épanouissement au travail, « *J'aime mon travail* » ; le sentiment de compétence au travail, « *Je me sens efficace et compétent dans mon travail* » ; la reconnaissance perçue au travail, « *Je sens que mon travail est reconnu* » ; et la volonté d'engagement au travail, « *J'ai envie de m'impliquer dans mon organisation au-delà de ma charge de travail* ». Chaque item était formulé positivement, ce qui correspond bien à la définition du bien-être spécifique au travail. De plus, tous les énoncés commencent par le pronom personnel « je », afin d'obtenir le jugement personnel du répondant. Le score total du BEPT était calculé par la moyenne des cotes pour chaque dimension. La validité de construit de cette conceptualisation unidimensionnelle était satisfaisante, ainsi que la validité convergente et divergente de l'instrument. La cohérence interne était satisfaisante. L'alpha de Cronbach pour cette échelle était de $\alpha = .92$

L'accompagnement des patients, l'accès aux informations juridiques comprenait 21 items « *Avez-vous déjà été confrontés à la mort d'un patient ?* ». L'alpha de Cronbach était de $\alpha = .88$

Les conflits éthiques. Ils étaient mesuré à l'aide de l'échelle « The Ethical Issues Scale » de Damrosch & Fry (1994) (29 items; e.g. « prolonger le processus de vie avec des mesures inappropriées »). L'alpha de Cronbach était de $\alpha = .76$

4.1.3. Participants

28 participants ont volontairement répondu au questionnaire en ligne, cependant, l'échantillon a été sélectionné en veillant à cibler des Aides-soignant(e)s uniquement, exerçant dans les Hauts-de-France. Nous avons décidé de mettre au coeur de notre étude cette profession «invisible» (Arborio, 2012).

L'étude a alors été menée auprès d'un échantillon de 25 d'aide-soignant.es. L'échantillon était composé de 23 femmes (92%) et de 2 hommes (8%), avec un âge moyen de 36,84 ans (ET = 9,1). Les répondants avaient en moyenne 12,84 années d'expériences professionnelles (ET = 8,2) et étaient en moyenne depuis 7,08 ans à leur poste actuel (ET = 3,99). La majorité d'entre eux n'étaient pas titulaire d'un baccalauréat (48%), d'autres possédaient un bac +2 (12 %), un bac+3 à +4 (12 %). La majorité travaillait dans un EPHAD (44%), d'autres dans un service hospitalier (40%), au CHU (16%) ou encore dans une clinique (12%). Concernant le service dans lesquels les soignants travaillaient en service hospitalier (24%), en unité de soins longue durée (28%), en unité de soins palliatifs (4%), ou encore d'en d'autres services (44%) comme la médecine, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), Etat Végétatif Chronique (EVC), chirurgie, psychiatrie, Unité de vie.

4.1.4. Stratégies d'analyses

Toutes les données de cette étude ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS (version 28). Nous avons d'abord procédé à une analyse des corrélations de premier ordre. Ensuite, nous avons testé, avec la procédure de Hayes (2022) à l'aide du modèle 4, les effets de médiations par le LMX entre les différents inducteurs et le bien-être psychologique au travail. Cette procédure permet de vérifier

l'existence de liens directs et indirects à partir de régressions et d'une procédure de ré-échantillonnage (bootstrapping) non paramétrique générant 10 000 échantillons alternatifs et un intervalle de confiance de 95 % et de tester les liens dans chaque modèle de médiation. Le lien a concerne la relation entre une variable indépendante (VI) sur une variable médiatrice (VM) en contrôlant l'effet des autres VI, le lien b représente l'influence d'une VM sur la variable dépendante (VD) en contrôlant l'effet des autres VM et VI ; et le lien c' (effet direct) correspond à l'influence spécifique de la VI sur la VD en contrôlant l'effet des autres VI et VM. L'effet de médiation (effet indirect) représente pour s le produit de liens spécifiques a et b. Enfin, le lien c représente l'effet total d'une VI sur la VD en contrôlant l'effet des autres VI.

Chapitre 5 – Résultats

5.1. Analyses descriptives et corrélations

Les moyennes, les écart-types et la matrice de corrélation des variables sont présentés dans le Tableau 1. L'analyse des moyennes indique que les scores moyens les plus élevés concernent le bien-être psychologique au travail, le LMX, ainsi que la charge de travail. L'analyse du score le plus faible indique que les participants n'ont pas vraiment rencontrés de dysfonctionnement éthiques.

D'après l'analyse des corrélations, le bien-être psychologique au travail est corrélé négativement avec la charge de travail ($r = .17$; *ns*) et les problèmes éthiques ($r = -.23$; *ns*) et positivement avec l'accompagnement des patients ($r = .53$; $p < .01$), ainsi qu'avec la variable médiatrice LMX ($r = .55$; $p < .01$).

La variable inductrice accompagnement des patients est corrélée positivement avec le LMX ($r = .33$; $p < .001$). Les autres variables inductrices sont corrélées négativement avec le LMX. Ainsi, la charge de travail est corrélée négativement avec le LMX ($r = -.43$; $p < .01$), ainsi que les problèmes éthiques ($r = -.05$; *ns*).

Tableau 1

Moyennes, écart-types et corrélations.

	M	ET	1	2	3	4	5
1. Bien-être psychologique au travail	5,5	0,86	.92				
2. LMX	4,9	1,44	.58**	.95			
3. Accompagnement des patients, l'accès aux informations juridiques...	4,2	1,08	.53**	.33	.88		
4. Charge de travail	4,8	1,12	-.17	-.43*	-.13	.79	
5. The Ethical Issues Scale	2,7	0,62	-.23	-.05	-.29	.14	.76

n=25; * $p < .05$; ** $p < .01$; M:moyenne; ET: écart-types; Alpha de Cronbach en caractère gras sur la diagonale

5.2. Analyse de médiations

Les résultats de l'analyse de médiations (Hayes, 2022) montrent (Tableau 2) les effets de médiation du LMX dans la relation entre les inducteurs et le bien-être psychologique au travail.

Concernant l'accompagnement des patients, le lien a de la relation entre l'accompagnement des patients et le LMX n'est pas significatif ($\beta = .44$; *ns*). Les liens b ($\beta = .27$; $p < .05$), c ($\beta = .42$; $p < .05$) et c' ($\beta = .30$; $p < .05$) sont significatifs. Il existe un effet indirect significatif du LMX entre le bien-être psychologique au travail [.01, .30]. De manière simultanée à la médiation par le LMX, il existe un effet direct significatif de l'accompagnement des patients sur le BEPT ($\beta = .30$; $p < .05$) en présence du LMX (VM).

Concernant la charge de travail, les liens a ($\beta = -.55$; $p < .05$), et b ($\beta = .37$; $p < .005$) sont significatifs. Le lien c ne l'est pas ($\beta = -.13$; *ns*). Il existe un effet indirect significatif du LMX entre le bien-être psychologique au travail [-.46, -.02]. Il n'existe pas d'effet direct significatif de la charge de travail sur le BEPT ($\beta = .07$; *ns*).

Pour les problèmes éthiques, le lien b est significatif ($\beta = .34$; $p < .005$). Les liens a ($\beta = -.13$; *ns*) et c ($\beta = -.31$; *ns*) ne le sont pas. De même, le LMX ne médiate pas la relation entre les problèmes éthiques et le bien-être psychologique au travail [-.32, .29]. Enfin, il n'existe pas d'effet direct significatif ($\beta = -.27$; *ns*) des problèmes éthiques sur le bien-être psychologique au travail.

Tableau 2

Rôle médiateur du LMX dans la relation entre l'accompagnement des patients, la charge de travail, les problèmes éthiques et le bien-être psychologique au travail.

Inducteur	Médiateurs	Relation a Effet de la VI sur la VM	Relation b Effet de la VM sur la VD	Relation c Effet total	Relation c' Effet de la VI sur la VD	Effet indirect	IC (95 %) LL UL
-----------	------------	--	--	---------------------------	---	-------------------	--------------------

Chapitre 6 -

6.1. Discussion

Partant de la théorie de l'échange social (Blau, 1964 ; Tekleab & Chiaburu, 2011) et prenant en compte le soutien du supérieur (LMX), cette recherche visait à savoir si les échanges leader-membre induisent un bien-être au travail et comment ils agissent sur ce dernier. Dans ce cadre, l'objectif de cette étude était de tester les effets directs et indirects (*via* le LMX) de l'accompagnement des patients, des problèmes éthiques et de la charge de travail sur le bien-être psychologique au travail des aide-soignant.e.s.

Tout d'abord, les résultats ont mis en évidence une corrélation négative entre la charge de travail et le BEPT des aide-soignants ce qui valide l'hypothèse H2. Ces résultats corroborent les études de Burke et al., (2012); Chouh et al., (2011) ou encore Delbrouck, (2010). En effet, la charge de travail est un facteur de risque important pour la santé. Les exigences professionnelles sont significativement et négativement corrélées avec le bien-être au travail des professionnels de santé.

De même, comme l'ont mis en évidence les études de Bayet-Papin et Héritier, (2006) et Bolly et al., (2020), nos résultats montrent une corrélation négative entre les problèmes éthiques et le BEPT, validant l'hypothèse H3. Comme l'explique Sabot (2021), l'apparition de la pandémie n'a fait

qu'augmenter la présence de conflits éthiques à travers la priorisation des soins par exemple, où les professionnels ont du « tirer » les patients à « faire vivre ou laisser mourir »

Cependant, bien qu'il existe un manque de formation dans l'accompagnement de fin de vie (Goldenberg, 1998), les résultats indiquent une corrélation positive entre l'accompagnement des patients et le BEPT invalidant H1 qui supposaient une influence négative de l'accompagnement des patients en fin de vie sur le bien-être (Meilland, 2014). Ainsi les aides soignant.e.s ne seraient pas touchés par l'accompagnement des patients en fin de vie et au contraire, cela favoriserait leur bien-être. Comme l'explique l'étude de Boissel, (2020) les aide-soignants sont une deuxième famille pour les patients, ce sont eux qui sont présents au chevet du patient en fin de vie et qui lui permettent une fin de vie digne et respectueuse. En prenant soin d'un patient dans toutes ses dimensions (physiques, psychologiques et émotionnelle), le soignant répond donc à sa nature professionnelle, ce pourquoi il a choisi ce métier: « C'est un métier qu'on ne peut pas faire sans aimer ce qu'on fait » (Boissel, 2020).

Pour aller plus loin, les effets indirects de l'accompagnement des patients, de la charge de travail, et des problèmes éthiques sur le BEPT par le LMX ont été étudiés par des analyses de médiations. D'abord, à l'instar d'autres recherches auprès de personnels médicaux, (Atkinson et al., 2016; Machado et al., 2016), les résultats retrouvent auprès des aides soignant les liens entre le LMX et le bien-être psychologique au travail, ce qui valide H4. Ainsi, le LMX est une variable centrale dans le modèle car elle influence directement et positivement le BEPT (H4.a) ainsi qu'indirectement, la relation entre l'accompagnement des personnes en fin de vie (H4.b) et le bien-être psychologique au travail. Comme l'affirme Colombat et al., (2021), améliorer la qualité de vie au travail grâce à l'écoute, la communication et l'accompagnement du supérieur, et en lien direct avec la qualité des soins et de l'accompagnement. Le LMX influence également la relation entre la charge de travail et le bien-être psychologique au travail (H4.d). Cependant il influence cette relation de façon négative : c'est-à-dire qu'au regard de la population, le soutien hiérarchique diminue la relation entre la charge de travail et le BEPT. Comme le souligne l'étude de Fillion et al. (2013), une mauvaise qualité de la relation leader-membre, impacte le bien-être psychologique au travail. En effet, n'oublions pas que le supérieur hiérarchique est celui qui donne les ordres et par conséquent, il influe sur la charge de travail.

Enfin, l'hypothèse selon laquelle le LMX médiatise la relation entre la présence de conflits éthiques et le BEPT (H4.c) est infirmée.

6.2. Limites

Quelques limites peuvent être soulignées. Tout d'abord, sur le plan méthodologique, le recours à un questionnaire auto-rapportées peut susciter l'apparition de biais de désirabilité sociale de la part du/de la soignant.e; tout comme un effet de halo. C'est deux éléments peuvent entraîner un problème de variance commune entre les réponses (Lindell & Whitney, 2001). Ensuite, le devis transversal ne permettant pas de conclure sur la causalité des liens et sur l'évolution des inducteurs du bien être psychologique, il est possible d'y remédier en utilisant un devis longitudinal comprenant des mesures répétitives espacées dans le temps (environ 6 mois à 1 an). En outre, la méthode du questionnaire ne permet pas de recueillir la réalité quotidienne du soutien et des différentes relations interpersonnelles. En effet, celui-ci étant basé sur le volontariat, nous pouvons nous demander si les répondants ne sont pas les plus disponibles, les moins stressés plutôt que ceux en difficultés, absents ou malades. Une autre limite concerne les participant.e.s. La population cible concerne les travailleurs venant de la région des Hauts de France. Bien qu'elle soit représentative et très peuplée (Dose et al., 2019), elle ne représente pas la France entière. De plus, cette recherche cible uniquement le métier d'aide-soignant, il ne représente pas l'ensemble des travailleurs oeuvrant pour la santé. Nous avons en revanche veillé à ce que les établissements de soin publics et privés. De ce fait et en raison de la proportion du métier d'aide-soignant notre échantillon présente plus de femmes que d'hommes. Aussi, notre étude peut présenter des limites au niveau de la taille de l'échantillon. Il serait alors intéressant d'élargir cette études sur d'autres métiers du médical et paramédical.

6.3. Implication pour la recherche

Sur le plan de la recherche, d'autres variables organisationnelles et individuelles sont susceptibles d'optimiser le bien-être. Au niveau organisationnel, mesurer l'impact de la justice et du climat, notamment du climat de sécurité psychosociale sur le bien-être serait utile car le lien entre bien-être et climat de sécurité est peu mesuré. Au niveau individuel, mesurer l'impact de la satisfaction des besoins psychologiques serait utile car le bien-être ne dépend pas uniquement des ressources organisationnelles. En outre, cette étude devrait être étendue à d'autres continents afin de circonscrire les facteurs sociétaux et les effets particuliers de la crise de la Covid impactant le tra-

vail et le bien-être des aide-soignants. Elle devrait également cibler toutes les professions médicales et paramédicales. Enfin, il serait intéressant dans une future étude d'utiliser l'accompagnement des patients comme variable médiatrice. En effet, elle semble favoriser le bien-être dans notre étude. Répondre à sa nature professionnelle, malgré les difficultés qu'elle implique, rehausserait le bien-être du soignant ?

6.4. Implications pratiques

Connaitre l'impact du soutien hiérarchique sur les professionnels de santé accompagnant des personnes en fin de vie, peut révéler les freins et les leviers pour un accompagnement de qualité et augmenter le bien-être psychologique au travail.

La communication au sein des équipes médicales est primordiale pour l'accompagnement. Intégrer les aides soignant.e.s dans les décisions en lien avec la fin de vie peut être un atout indispensable pour un accompagnement de qualité. De plus, intégrer les aides soignant.es lors des réunions pour mettre en place « un projet de vie », c'est à dire, les soins à prodiguer aux patients/résidents, que se soit, le laisser au lit ou le mettre debout, les traitements, la manutention, ne pas lui donner de la nourriture solide pour éviter les fausses routes, etc. peut également être un atout dans l'accompagnement. Les aides soignant.e.s sont en première ligne et sont plus régulièrement en contact avec les personnes que les autres professionnels. Mettre en place des réunions, des groupes de parole ou des cellules de crise, pourraient permettre aux agents de plus s'exprimer et de faire entendre leurs revendications. Se sentir écouté, redonne de l'estime et de la reconnaissance et améliore par conséquent, le bien-être au travail. Notre étude a démontré que le rapport entre les aides soignant.e.s et le management n'est pas de bonne qualité. Combiné à une charge de travail importante, il semble logique que leur bien-être psychologique soit faible. Impliquer le supérieur à s'intéresser aux soignants ou de faire partie de certaines réunions apportera de la reconnaissance et de la valeur au travail donné par les employés. Entretenir une relation de qualité entre un subordonné et son manager, basé sur la communication, des échanges, du soutien, et une confiance réciproque est primordial pour favoriser le bien-être. Ainsi, mettre en place des formations pour les managers, concernant la bientraitance et le leadership, pourrait contribuer à un meilleur climat de tra-

vail et de bien-être. De plus, cela pourrait contribuer à améliorer la taux de présence et le nombre d'employés sur place, laissant plus de temps aux soignants pour prodiguer des soins de qualité.

7. Conclusion

L'accompagnement à la fin de vie est un domaine complexe qui demande aux soignants une force spécifique. La fin de vie fait réfléchir sur les valeurs éthiques des professionnels, qui parfois avec leurs conditions de travail, doivent aller à l'encontre de ses valeurs. Cependant c'est grâce à ses soignants que le patient bénéficie d'une fin de vie digne, c'est là que nous comprenons l'importance de ce métier qui semble être une vocation pour ne nombreux aide-soignants. Par ailleurs, seul un professionnel valorisé et sécurisé, qui est fier d'exercer dans une profession entièrement dévolue à l'autre, pourra s'investir de façon durable et adaptée auprès des personnes en fin de vie. C'est pourquoi, un cadre protecteur instauré par l'organisation et le supérieur permettent de contrebalancer les difficultés liées aux restructurations et notamment, la charge de travail. En outre, pour maintenir un bien-être malgré l'exposition à la souffrance, la maladie et la mort, il est important de maintenir des espaces d'expression. Les institutions ont le devoir d'apporter une humanisation des soins, qui s'appuient sur une prise en compte de la qualité de vie au travail des soignants. Selon le modèle Planetree, repris par Schmitt et Ghadi (2013), l'humanisation des soins repose sur l'écoute, la prise en compte des besoins de tous les usagers, que ce soit les patients ou les professionnels de santé et un soutien managérial conséquent.

Néanmoins, malgré un travail parfois répétitif ou jugé peu valorisant, les aides-soignants affirment la richesse de leur profession et la mise en valeur de leurs actions pour adoucir et accompagner les derniers instants de leurs patients. Ces aide-soignant.e.s aiment leur métiers et ils se sentent gratifiés, valorisés lorsque le patient en fin de vie leur chuchote un simple « merci », en guise de reconnaissance.

8. Références bibliographiques

- Asif, F., Javed, U., & Janjua, S. Y. (2018). The job demand-control-support model and employee wellbeing: A meta-analysis of previous research. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 33(1), 203–221.
- Amar, S. (2009). Violence du mourir, violence des soins palliatifs, violence en soins palliatifs. *Le Journal des psychologues*, 266(3), 35. <https://doi.org/10.3917/jdp.266.0035>
- Arborio, A. (2012). *Un personnel invisible - les aides-soignantes à l'hôpital*. ECONOMICA.
- Atkinson, T. P., Hill, R. T., Matthews, R. A., & Morgenson, V. J. (2016). LMX, breach perceptions, work-family conflict, and well-being: A mediational model. *The Journal of Psychology*, 150, 132–149. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021727>
- AvenirSocial., (2011). *Code de déontologie du travail social en Suisse*. https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR_Berufskodex_Fr_A5_db_221020.pdf
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model : state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., de Boer, E., & Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of Vocational Behavior*, 62(2), 341-356. [https://doi.org/10.1016/s0001-8791\(02\)00030-1](https://doi.org/10.1016/s0001-8791(02)00030-1)
- Baugh, S. G., & Graen, G. B. (1997). Effects of Team Gender and Racial Composition on Perceptions of Team Performance in Cross-Functional Teams. *Group & Organization Management*, 22(3), 366-383. <https://doi.org/10.1177/1059601197223004>
- Bayet-Papin, B., & Héritier, C. (2006). La souffrance des médecins, des infirmières et des aides soignantes dans l'accompagnement de fin de vie à l'hôpital. *Revue internationale de soins palliatifs*, 21(1), 35. <https://doi.org/10.3917/inka.061.0035>
- Berardi., M.O., (2013). *Fin de vie et soins palliatifs aux Urgences: perceptions par le personnel soignant du Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Central de Nancy* (Thèse de Doctorat). Université de Lorraine. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734199/document>
- Biétry, F., & Creusier, J. (2013). Proposition d'une échelle de mesure positive du bien-être au travail (EPBET). *Revue de gestion des ressources humaines*, N° 87(1), 23-41. <https://doi.org/10.3917/grhu.087.0023>
- Billette, A., & Piché, J. (1985). Organisation du travail et santé mentale chez les auxiliaires en saisie des données. *Santé mentale au Québec*, 10(2), 86-98. <https://doi.org/10.7202/030295ar>
- Billette, A., & Piché, J. (2006). Organisation du travail et santé mentale chez les auxiliaires en saisie des données. *Santé mentale au Québec*, 10(2), 86-98. <https://doi.org/10.7202/030295ar>
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: John Wiley & Sons.
- Boissel, A. (2020). Laurie, aide-soignante. Vivre en état de conscience altérée après un coma, 166-177. <https://doi.org/10.3917/chaso.boiss.2020.01.0166>
- Bolly, C., Meuris, C., Longneaux, J.M. (2020). Apaiser la souffrance éthique. <https://luck.synhera.be/bitstream/handle/123456789/970/Apaiser%20la%20souffrance%20éthique%20BAT.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bonnemain., A. (2012). *Conflit éthique et conflits de temporalités: une approche ergonomique de la maltraitance en EHPAD* (Mémoire de Master 2). Conservatoire National des Métiers. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00655985>
- Bouterfas, N., Desrumaux, P., Leroy-Fremont, N., & Boudenghan, M. (2016). Charge de travail, justice, soutien et résilience : quels effets sur l'épuisement professionnel des travailleurs so-

- ciaux et quelles médiations par la satisfaction des besoins ? *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Numéro 110(2)*, 177-207. <https://doi.org/10.3917/cips.110.0177>
- 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. <https://doi.org/10.3917/mav.061.0168>
- Brunetto, Y., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S., & Dienger, J. (2013). The importance of supervisor-nurse relationships, teamwork, wellbeing, affective commitment and retention of North American nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(6), 827-837. <https://doi.org/10.1111/jonm.12111>
- Brunetto, Y., Xerri, M., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S., & Dienger, J. (2013). The impact of workplace relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2786-2799. <https://doi.org/10.1111/jan.12165>
- Burke, R. J., Moodie, S., Dolan, S. L., & Fiksenbaum, L. (2012). Job Demands, Social Support, Work Satisfaction and Psychological Well-Being Among Nurses in Spain. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2117051>
- Caesens, G., Stinglhamber, F., & Luypaert, G. (2014). The impact of work engagement and workaholism on well-being. *Career Development International*, 19(7), 813-835. <https://doi.org/10.1108/cdi-09-2013-0114>
- Caroline Guibet Lafaye. (2007) Bien-être. *Dictionnaire du corps*, 127-131, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00373339/document>
- Castra, M. (2004). Faire face à la mort : réguler la bonne distance soignants-malades en unité de soins palliatifs. *Travail et emploi*, 97, 53-64. https://travail-emploi.gouv.fr/publications/Revue_Travail-et-Emploi/pdf/97_2478.pdf
- Chou, H. Y., Hecker, R., & Martin, A. (2011). Predicting nurses' well-being from job demands and resources : a cross-sectional study of emotional labour. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 502-511. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01305.x>
- Colombat, P. (2012). Qualité de vie au travail et management participatif. Lamarre.
- Colombat, P., Lejeune, J., Coillot, H., Chevalier, S., & Fouquereau, E. (2018). La démarche participative : un enjeu pour le système de soins. *Risque et Qualité*, 15, 30-34.
- Colombat, P., Mitaine, L., & Gaudron, S. (2001). Une solution à la souffrance des soignants face à la mort : la démarche palliative. *Hématologie*, 7(1), 54-59.
- Colombat, P., Fouquereau, E., Bauchetet, C., Altmeyer, A., (2021). De l'importance du modèle organisationnel pour l'accompagnement de la fin de vie. Dans F. Fantoni, J., Saison, *De l'obstination déraisonnable aux soins palliatifs : Regard pluridisciplinaire pour une amélioration de l'accompagnement de la fin de vie*, 93-120, LEH Edition
- Curchod-Ruedi, D., & Doudin, P. A. (2012). Le soutien social aux enseignants : un facteur de réussite de la démarche inclusive. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 60(4), 229. <https://doi.org/10.3917/nras.060.0229>
- Cosnier J. (1993). Les interactions en milieu soignant. Dans J. Cosnier., M. Grojean & M. Lacoste. *Soins et communication - Approches interactionnistes des relations de soins*, 17-32. Presse Universitaire de Lyon. http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/III-6_Les_interactions_milieu_soignant.pdf.
- Coyle-Shapiro, J. A. M., Kessler, I., & Purcell, J. (2004). Exploring Organizationally Directed Citizenship Behaviour : Reciprocity or « It's my Job » ?. *Journal of Management Studies*, 41(1), 85-106. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2004.00422.x>

- Cummings, G. G., Olson, K., Hayduk, L., Bakker, D., Fitch, M., Green, E., Butler, L., & Conlon, M. (2008). The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 508-518. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00897.x>
- Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). What is Psychological Well-Being, Really ? A Grassroots Approach from the Organizational Sciences. *Journal of Happiness Studies*, 13(4), 659-684. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9285-3>
- 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*, n° 25(1), 157-166. <https://doi.org/10.3917/imin.025.0157>
- Delville, A., Dell'Accio, E., Laporte, T., & Prud'homme, M. C. (2021). À l'écoute de la souffrance des soignants par temps d'épidémie. *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, N° 145(2), 101-107. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.145.0101>
- Desrumaux, P., Bouterfas, N. (2012). Sortir de l'épuisement professionnel et accéder au bien-être psychologique en reconnaissant ses besoins fondamentaux (157-170). Dans V., Meyer. (2012). 2002-2012 : performance, sens et usure dans les pratiques des professionnels en travail social. Les Etudes Hospitalières - Leh édition
- Diehl, E., Rieger, S., Letzel, S., Schablon, A., Nienhaus, A., Escobar Pinzon, L. C., & Dietz, P. (2021). The relationship between workload and burnout among nurses : The buffering role of personal, social and organisational resources. *PLOS ONE*, 16(1), e0245798. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245798>
- Dienesch, R. M., & Liden, R. C. (1986). Leader-Member Exchange Model of Leadership : A Critique and Further Development. *Academy of Management Review*, 11(3), 618-634. <https://doi.org/10.5465/amr.1986.4306242>
- Dose, P. 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>
- 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>
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M. O., & Aouizerate, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale*, 46(3), S73-S80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>

- Elicker, J. D., Levy, P. E., & Hall, R. J. (2006). The Role of Leader-Member Exchange in the Performance Appraisal Process. *Journal of Management*, 32(4), 531-551. <https://doi.org/10.1177/0149206306286622>
- Estryn-Behar, M., Lassaunière, J. M., Fry, C., & de Bonnières, A. (2012). L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onco-hématologie et en gériatrie. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 11(2), 65-89. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2011.07.001>
- Fantoni Quinton., S, Desrumaux., P, Dose., E, & Saison., J. (2021). Effets du soutien organisationnel perçu et du soutien des collègues sur l'intention de quitter des infirmières : rôle médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques. *AIPTLF*.
- Fillion, L., Truchon, M., L'Heureux, M., Gélinas, C., Bellemare, M., Langlois, L., Desbiens, J.F., Dallaire, C., Dupuis, R., Roch, G., Robitaille., M. A. (2013). *Amélioration des services et des soins de fin de vie*. Mieux comprendre les effets sur la satisfaction et le bien-être des infirmières. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-794.pdf?v=2022-01-27>
- Forchuk, C. (1991). Ethical Problems Encountered by Mental Health Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 12(4), 375-383. <https://doi.org/10.3109/01612849109010018>
- 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. (2009). *La santé psychologique au travail : conceptualiation, instrumentation et facteur organisationnels de développement* (Thèse de Doctorat). Université de Montréal. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6369/Gilbert_Marie-Helene_2009_these.pdf
- 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>
- Gilbert M.-H., LeBrock P. et Savoie A. (2008). Validation initiale d'un modèle prévisionnel de la santé psychologique au travail . Dans Kridis N. et al., *Identité et diversité dans le monde du travail*. Santé psychologique, stress et harcèlement au travail, Actes du XIVe Congrès de l'Aiptlf, Paris, L'Harmattan.
- Grace, P. J., Fry, S. T., & Schultz, G. S. (2003). Ethics and Human Rights Issues Experienced by Psychiatric-Mental Health and Substance Abuse Registered Nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(1), 17-23. <https://doi.org/10.1067/mpn.2003.9>
- Gollac., M. & Bodier., M. (2011.). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. DARES. http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf.
- Halbesleben, J. R., & Buckley, M. R. (2004). Burnout in Organizational Life. *Journal of Management*, 30(6), 859-879. <https://doi.org/10.1016/j.jm.2004.06.004>
- Halouani, N., Turki, M., Ennaoui, R., Aloulou, J., & Amami, O. (2018). La détresse psychologique du personnel médical et paramédical d'anesthésie-réanimation. *Pan African Medical Journal*, 29. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.29.221.12189>
- Harter, J. K., Schmidt, F. L., & Hayes, T. L. (2002). Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268-279. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.2.268>

- Hartmann, E., & Mathieu, C. (2021). Bien-être, satisfaction au travail et conflit travail–famille : une perspective centrée sur l'influence du leadership. *Psychologie du Travail et des Organisations*. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2021.10.003>
- Hayasaka, Y., Nakamura, K., Yamamoto, M., & Sasaki, S. (2007). Work Environment and Mental Health Status Assessed by the General Health Questionnaire in Female Japanese Doctors. *Industrial Health*, 45(6), 781-786. <https://doi.org/10.2486/indhealth.45.781>
- Hazif-Thomas, C. (2020). Le silence des questions sur la mort des aînés liée au COVID-19. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 20(117), 125-127. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.04.002>
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and Psychological Resources and Adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4), 307-324. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.4.307>
- Hobfoll, S. E., & Schumm, J. A. (2009). Conservation of resources theory: Application to public health promotion. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler, *Emerging theories in health promotion practice and research*, 131–156. Jossey-Bass.
- Hombrados-Mendieta, I., & Cosano-Rivas, F. (2011). Burnout, workplace support, job satisfaction and life satisfaction among social workers in Spain : A structural equation model. *International Social Work*, 56(2), 228-246. <https://doi.org/10.1177/0020872811421620>
- Ilfeld, F. W. (1976). Further Validation of a Psychiatric Symptom Index in a Normal Population. *Psychological Reports*, 39(3_suppl), 1215-1228. <https://doi.org/10.2466/pr0.1976.39.3f.1215>
- IRSST. (2013). *Amélioration des services et des soins de fin de vie. Mieux comprendre les effets sur la satisfaction et le bien-être des infirmières*. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-794.pdf?v=2021-06-17>.
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain : Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Langlois, L., Dupuis, R., Truchon, M., Marcoux, H., & Fillion, L. (2009). Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs1. *Éthique publique*, vol. 11, n° 2, 20-30. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.90>
- Laschinger, H. K. S., Purdy, N., & Almost, J. (2007). The Impact of Leader-Member Exchange Quality, Empowerment, and Core Self-evaluation on Nurse Manager's Job Satisfaction. *JONA : The Journal of Nursing Administration*, 37(5), 221-229. <https://doi.org/10.1097/01.nna.0000269746.63007.08>
- Le Bihan, B., Martin, C. (2010a), « Vieillesse », Dans D. Fassin et B. Hauray, *Santé publique. L'état des savoirs*. Paris, La Découverte, 257-268.
- Lejonc, J-L.(2004) Question 19 bis: Fin de vie et soins palliatifs: missions des services d'urgences? La fin de vie et des soins palliatifs ne sont pas une mission des services d'urgences hospitalières. *JEUR*. 17(3), 294-298.
- Liden, R. C., & Maslyn, J.-M. (1998). Multidimensionality of leader-member exchange : An empirical assessment through scale development. *Journal of Management*, 24(1), 43-72. [https://doi.org/10.1016/s0149-2063\(99\)80053-1](https://doi.org/10.1016/s0149-2063(99)80053-1)
- Liden, R. C., Wayne, S. J., & Sparrowe, R. T. (2000). An examination of the mediating role of psychological empowerment on the relations between the job, interpersonal relationships, and work outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 85(3), 407-416. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.3.407>

- Machado, T., Desrumaux, P., & van Droogenbroeck, A. (2016). Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Étude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers. *Bulletin de psychologie, Numéro541*(1), 19. <https://doi.org/10.3917/bupsy.541.0019>
- Maeker, É., Maeker-Poquet, B., & Goidin, I. (2020). Annonce du diagnostic et accompagnement de fin de vie de la COVID-19 en période de confinement au sein d'une unité gériatrique aiguë. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 20*(120), 333-338. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.05.001>
- Malola, P., & Desrumaux, P. (2020). L'épuisement émotionnel dans la fonction publique hospitalière : effets du harcèlement moral, de la justice organisationnelle et de l'engagement affectif via le soutien social. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 178*(8), 852-858. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.11.014>
- Marchand, A., Durand, P., & Demers, A. (2006). Un Modèle Multiniveaux des Déterminants de la Santé Mentale Dans la Main-D'œuvre. *Canadian Journal of Community Mental Health, 25*(2), 11-30. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2006-0010>
- Martela, F., & Ryan, R. M. (2016). The Benefits of Benevolence : Basic Psychological Needs, Beneficence, and the Enhancement of Well-Being. *Journal of Personality, 84*(6), 750-764. <https://doi.org/10.1111/jopy.12215>
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans une population non clinique de Québécois francophones. *Canadian Journal of Public Health, 89*(3), 183-187. <https://doi.org/10.1007/bf03404471>
- Meilland, F. (2014). L'accompagnement en soins palliatifs ou la nécessité de penser la souffrance des soignants. *Jusqu'à la mort accompagner la vie, N° 116*(1), 47-55. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.116.0047>
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2005). Education, learned effectiveness and health. *London Review of Education. https://doi.org/10.1080/14748460500372366*
- Paillé, P. (2007). La citoyenneté dans les organisations. Validation française des échelles de mesure de Podsakoff et MacKensie (1994). *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Numéro 74*(2), 59-66. <https://doi.org/10.3917/cips.074.0059>
- Redman, B. K., & Fry, S. T. (2000). Nurses 'Ethical Conflicts : what is really known about them ? *Nursing Ethics, 7*(4), 360-366. <https://doi.org/10.1177/096973300000700409>
- Regts, G., Molleman, E., & van de Brake, H. J. (2018). The impact of leader-member exchange on follower performance in light of the larger social network. *Human Relations, 72*(8), 1265-1291. <https://doi.org/10.1177/0018726718806351>
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support : A review of the literature. *Journal of Applied Psychology, 87*(4), 698-714. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.4.698>
- Rhoades, L., Eisenberger, R., & Armeli, S. (2001). Affective commitment to the organization : The contribution of perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology, 86*(5), 825-836. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.5.825>
- Rosen, C. C., Harris, K. J., & Kacmar, K. M. (2011). LMX, Context Perceptions, and Performance : An Uncertainty Management Perspective. *Journal of Management, 37*(3), 819-838. <https://doi.org/10.1177/0149206310365727>

- Saint-Michel, S., & Wielhorski, N. (2011). Style de leadership, LMX et engagement organisationnel des salariés : le genre du leader a-t-il un impact ? @GRH, 1(1), 13-38. <https://doi.org/10.3917/grh.111.0013>
- Salman, S. (2021). *Aux bons soins du capitalisme - Le coaching en entreprise*. SCIENCES PO.
- Sansoucy., E. (2013). *Facteurs limitant l'accompagnement des patients en fin de vie en médecine générale : vécu des aidants naturels* (Thèse de Doctorat). Université de Nice. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00881559/document>
- Schmitt, M., & Ghadi, V. (2013). Qualité de vie au travail des professionnels, bienveillance des personnes accueillies et de leurs proches. Dans M. Schmitt (Eds.), *Bienveillance et qualité de vie* (pp. 139-159). Elsevier Masson.
- Seagal, Steven P. Vandervoort, Debra j. (1993). Daily Hassles and Health Among Persons with Severe Mental Disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16,3,27-40
- Seers, A., Petty, M. M., & Cashman, J. F. (1995). Team-Member Exchange Under Team and Traditional Management. *Group & Organization Management*, 20(1), 18-38. <https://doi.org/10.1177/1059601195201003>
- Sparr, J. L., & Sonnentag, S (2008). Fairness perceptions of supervisor feedback, LMX, and employee well-being at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17(2), 198-225. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032414-111347>
- Stock, S., Vézina, N., Seifert, A. M., Tissot, F., & Messing, K. (2006). Les troubles musculo-squelettiques, la détresse psychologique et les conditions de travail au Québec : relations complexes dans un monde du travail en mutation. *Santé, Société et Solidarité*, 5(2), 45-58. <https://doi.org/10.3406/oss.2006.1118>
- Straume, L. V., & Vittersø, J. (2015). Well-Being at Work : Some Differences Between Life Satisfaction and Personal Growth as Predictors of Subjective Health and Sick-Leave. *Journal of Happiness Studies*, 16(1), 149-168. <https://doi.org/10.1007/s10902-014-9502-y>
- Swickert, R. J., Rosentreter, C. J., Hittner, J. B., & Mushrush, J. E. (2002). Extraversion, social support processes, and stress. *Personality and Individual Differences*, 32(5), 877-891. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(01\)00093-9](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(01)00093-9)
- Tardy, B., & Viallon, A. (2005). Fin de vie aux urgences. *Réanimation*, 14(8), 680-685. <https://doi.org/10.1016/j.reaurg.2005.09.020>
- Tekleab, A. G., & Chiaburu, D. S. (2011). Social exchange : Empirical examination of form and focus. *Journal of Business Research*, 64(5), 460-466. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2010.03.005>
- Terpstra-Tong, J., Ralston, D. A., Treviño, L. J., Naoumova, I., de la Garza Carranza, M. T., Furrer, O., Li, Y., & Darder, F. L. (2020). The Quality of Leader-Member Exchange (LMX) : A Multilevel Analysis of Individual-level, Organizational-level and Societal-level Antecedents. *Journal of International Management*, 26(3), 100760. <https://doi.org/10.1016/j.intman.2020.100760>
- Trincherro, E., Borgonovi, E., & Farr-Wharton, B. (2014). Leader-member exchange, affective commitment, engagement, wellbeing, and intention to leave : public versus private sector Italian nurses. *Public Money & Management*, 34(6), 381-388. <https://doi.org/10.1080/09540962.2014.962361>
- Ulrich, C. M., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2010). Everyday ethics : ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2510-2519. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x>

- Vézina M, Gingras S. (1996). Travail et santé mentale: les groupes à risque. *Can J Public Health*, 87(2):135-40.
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C., & Trudel, L. (2006). Définir les risques. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163(3), 32. <https://doi.org/10.3917/ars.163.0032>
- Vézina, M., & Saint-Arnaud, L. (2011). L'organisation du travail et la santé mentale des personnes engagées dans un travail émotionnellement exigeant. *Travailler*, n° 25(1), 119-128. <https://doi.org/10.3917/trav.025.0119>
- Vignaud, P., & Prieto, N. (2020). Impact psychique de la pandémie de Covid-19 sur les professionnels soignants. *Actualités Pharmaceutiques*, 59(599), 51-53. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.08.013>
- Wayne, S. J., Shore, L. M., & Liden, R. C. (1997). Perceived Organizational Support And Leader-Member Exchange : A Social Exchange Perspective. *Academy of Management Journal*, 40(1), 82-111. <https://doi.org/10.5465/257021>
- Wilkins, K. & M. P. Beaudet, M.P. (1998). "Work Stress and Health," *Health Reports*, 10(3), 47-62.
- Wright, T. A., Cropanzano, R., Denney, P. J., & Moline, G. L. (2002). When a happy worker is a productive worker : A preliminary examination of three models. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 34(3), 146-150. <https://doi.org/10.1037/h0087165>
- Yürür, S., & Sarikaya, M. (2012). The Effects of Workload, Role Ambiguity, and Social Support on Burnout Among Social Workers in Turkey. *Administration in Social Work*, 36(5), 457-478. <https://doi.org/10.1080/03643107.2011.613365>

9. Annexes

Annexe 1 : Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
LMX	25	1,3	7,0	4,896	1,4438
CTR	25	1,7	6,9	4,860	1,1154
BEP	25	3,4	6,9	5,544	,8598
APJ	25	2,3	6,8	4,188	1,0914
EIS	25	1,7	3,9	2,696	,6208
N valide (liste)	25				

Annexe 2 : Analyse des corrélations

		Corrélations				
		LMX	CTR	BEP	APJ	EIS
LMX	Corrélation de Pearson	1	-,428 [*]	,575 ^{**}	,329	-,055
	Sig. (bilatérale)		,033	,003	,108	,793
	N	25	25	25	25	25
CTR	Corrélation de Pearson	-,428 [*]	1	-,168	-,126	,139
	Sig. (bilatérale)	,033		,422	,548	,506
	N	25	25	25	25	25
BEPT	Corrélation de Pearson	,575 ^{**}	-,168	1	,534 ^{**}	-,223
	Sig. (bilatérale)	,003	,422		,006	,284
	N	25	25	25	25	25
APJ	Corrélation de Pearson	,329	-,126	,534 ^{**}	1	-,288
	Sig. (bilatérale)	,108	,548	,006		,162
	N	25	25	25	25	25
EIS	Corrélation de Pearson	-,055	,139	-,223	-,288	1
	Sig. (bilatérale)	,793	,506	,284	,162	
	N	25	25	25	25	25

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

**.. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Annexe 3 : Analyse des médiations

BEP - CTR - LMX

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.0 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

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

Sample
Size: 25

OUTCOME VARIABLE:
LMX

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,4275	,1828	1,7776	5,1440	1,0000	23,0000	,0330

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	7,5854	1,2154	6,2410	,0000	5,0711	10,0998
CTR	-,5534	,2440	-2,2680	,0330	-1,0581	-,0486

OUTCOME VARIABLE:
BEP

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,5815	,3382	,5337	5,6211	2,0000	22,0000	,0107

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	3,3912	1,0930	3,1027	,0052	1,1244	5,6580
CTR	,0735	,1479	,4969	,6242	-,2332	,3802
LMX	,3668	,1143	3,2100	,0040	,1298	,6037

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

OUTCOME VARIABLE:
BEP

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,1680	,0282	,7496	,6677	1,0000	23,0000	,4222

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	6,1732	,7893	7,8215	,0000	4,5404	7,8060
CTR	-,1295	,1584	-,8171	,4222	-,4572	,1983

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

Total effect of X on Y

Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
-,1295	,1584	-,8171	,4222	-,4572	,1983

Direct effect of X on Y

Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
,0735	,1479	,4969	,6242	-,2332	,3802

Indirect effect(s) of X on Y:

Effect	BootSE	BootLLCI	BootULCI
LMX -,2030	,1134	-,4617	-,0239

***** 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 -----

BEP - APJ - LMX

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.0 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com
Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

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

Sample
Size: 25

OUTCOME VARIABLE:
LMX

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,3294	,1085	1,9391	2,8002	1,0000	23,0000	,1078

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	3,0707	1,1258	2,7277	,0120	,7418	5,3996
APJ	,4358	,2604	1,6734	,1078	-,1030	,9746

OUTCOME VARIABLE:
BEP

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,6810	,4638	,4324	9,5156	2,0000	22,0000	,0011

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	2,9636	,6116	4,8460	,0001	1,6953	4,2320
APJ	,3044	,1303	2,3366	,0290	,0342	,5745
LMX	,2667	,0985	2,7085	,0128	,0625	,4709

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

OUTCOME VARIABLE:

BEP

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,5339	,2850	,5515	9,1691	1,0000	23,0000	,0060

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	3,7826	,6004	6,3004	,0000	2,5406	5,0246
APJ	,4206	,1389	3,0281	,0060	,1332	,7079

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

Total effect of X on Y

Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
,4206	,1389	3,0281	,0060	,1332	,7079

Direct effect of X on Y

Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
,3044	,1303	2,3366	,0290	,0342	,5745

Indirect effect(s) of X on Y:

Effect	BootSE	BootLLCI	BootULCI
LMX	,1162	,0802	,0078 ,3000

***** 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 -----

BEP - EIS - LMX

Run MATRIX procedure:

***** PROCESS Procedure for SPSS Version 4.0 *****

Written by Andrew F. Hayes, Ph.D. www.afhayes.com

Documentation available in Hayes (2022). www.guilford.com/p/hayes3

Model : 4

Y : BEP
 X : EIS
 M : LMX

Sample
 Size: 25

OUTCOME VARIABLE:
 LMX

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,0553	,0031	2,1685	,0706	1,0000	23,0000	,7928

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	5,2430	1,3382	3,9179	,0007	2,4746	8,0114
EIS	-,1287	,4842	-,2658	,7928	-1,1304	,8730

OUTCOME VARIABLE:
 BEP

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,6061	,3674	,5102	6,3883	2,0000	22,0000	,0065

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	4,6138	,8381	5,5049	,0000	2,8755	6,3521
EIS	-,2655	,2352	-1,1286	,2712	-,7533	,2224
LMX	,3362	,1011	3,3239	,0031	,1264	,5459

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

OUTCOME VARIABLE:
 BEP

Model Summary

R	R-sq	MSE	F	df1	df2	p
,2229	,0497	,7330	1,2027	1,0000	23,0000	,2841

Model

	coeff	se	t	p	LLCI	ULCI
constant	6,3763	,7780	8,1953	,0000	4,7668	7,9859
EIS	-,3087	,2815	-1,0967	,2841	-,8911	,2737

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

Total effect of X on Y

Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
-,3087	,2815	-1,0967	,2841	-,8911	,2737

Direct effect of X on Y

Effect	se	t	p	LLCI	ULCI
-,2655	,2352	-1,1286	,2712	-,7533	,2224

Indirect effect(s) of X on Y:

Effect	BootSE	BootLLCI	BootULCI
LMX	-,0433	,1488	-,3196 , ,2933

***** 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 4 : Analyse de fiabilité (alpha de Cronbach)

LMX

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,954	7

CTR

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,799	9

BEPT

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,933	25

APJ

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,878	12

EIS

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,762	29