

UNIVERSITE DE DROIT, D'ECONOMIE ET DES SCIENCES D'AIX MARSEILLE
UNIVERSITE PAUL CEZANNE
INSTITUT D'ADMINISTRATION DES ENTREPRISES

*CENTRE D'ETUDES ET DE RECHERCHE
SUR LES ORGANISATIONS ET LA GESTION*

LA RESPONSABILITE SOCIALE
FACE AU STRESS PROFESSIONNEL

*Virginie MOISSON**
*Olivier ROQUES***

W.P. n° 732

Août 2005

(Cet article sera présenté lors du XVIème Congrès de l'AGRH, les 15 et 16 septembre 2005, à Paris).

** Etudiante en Doctorat de Sciences de Gestion, rattachée au CEROG-IAE d'Aix-en-Provence, Université Paul Cézanne Aix-Marseille III, Le Clos Guiot, Puyricard, BP 30063 13089 Aix-en-Provence Cedex 2*

*** Maître de Conférences à l'IAE d'Aix-en-Provence*

Toute reproduction interdite

L'institut n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans ces publications : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Institut d'Administration des Entreprises, Clos Guiot, Puyricard, BP 30063
13089 Aix-en-Provence Cedex 2, France
Tel. : 04 42 28 08 08.- Fax : 04 42 28 08 00

La responsabilité sociale face au stress professionnel

Résumé

Les questions de mises en œuvre de pratiques de gestion pour prévenir et lutter contre le stress au travail sont un objet de recherche qui intéresse des gestionnaires de ressources humaines soucieux de la qualité des politiques sociales de l'entreprise. Mais comme le montre cette recherche, les bonnes intentions affichées par la DRH ne sont pas toujours relayées par le comportement des salariés. L'objet de cette recherche est d'étudier la réaction des salariés à une pratique organisationnelle visant à apporter un soutien aux membres de l'organisation. Ayant déclaré avoir besoin d'aide de la part de leur organisation, les infirmières d'un service d'urgence se voient proposer une formation au stress professionnel par leur hôpital. Très peu d'entre elles participeront finalement à la formation. Cet article tente donc de comprendre le décalage auquel peuvent être confrontées les entreprises entre le déclaratif des salariés et leur comportement.

Mots clés : stress professionnel, stratégie d'ajustement, infirmières, formation, travail de nuit.

Mots-clés

Stratégie d'ajustement, stress professionnel, soutien social, infirmières, service d'urgence, travail de nuit.

The social responsibility with respect to the professional stress

Abstract

The meaning of this research is to study workers' reaction to a specific care taking management. Really few nurses of a particular emergency service participated to a formation to stressing working conditions proposed by their office in despite of the help they had request to solve their problems in that matter.

So, this article is trying to understand the distance between the declarations of employees and their behaviour that enterprises have to face.

Key words : professional, coping , nurses, vocational training, nightly work

INTRODUCTION

Le modèle français d'un syndicalisme de lutte tend à opposer fortement les objectifs économiques de l'entreprise et les attentes sociales du personnel. Celui-ci exprime souvent le désir de voir ses conditions de travail s'améliorer et se heurte aux contraintes financières des entreprises. Pourtant, aujourd'hui certaines organisations tentent de resserrer les liens avec leurs salariés en identifiant leurs difficultés au travail et en accordant un budget pour répondre à leurs besoins. C'est notamment le cas d'un hôpital qui a décidé de contribuer à l'amélioration de la vie au travail en répondant aux souhaits exprimés par les salariés lors des entretiens annuels d'évaluation. A la suite de ce recensement, la Direction des Ressources Humaines (DRH) a proposé une formation à la gestion du stress.

Le stress est devenu l'un des problèmes graves de nos sociétés industrielles modernes, il met en péril tant la santé physique que mentale des individus et, en outre, il coûte cher aux entreprises et à l'économie nationale. Selon une étude épidémiologique de l'Institut Français d'Action sur le Stress (IFAS)¹ menée en 2004 et portant sur près de 13 000 salariés ; il représente un facteur de risque pour la santé de plus d'un homme sur cinq et de près d'une femme sur trois. Les recherches sur l'hôpital montrent que le stress au travail y est bien présent (George et al., 1993 ; Roques et Roger, 2004 ; Lorient, 2004 ; Moisson et Roques, 2005). Si les salariés développent des compétences pour faire face aux difficultés de leur travail, ils aspirent souvent à un soutien social de la part de leur organisation. En effet, leur capacité à développer des stratégies d'ajustement dépend de leurs aptitudes personnelles mais aussi des pratiques organisationnelles (Steiler et al, 2003). L'organisation peut, par exemple, prendre une part dans la mise en œuvre d'actions directement axées sur la réduction des antécédents et des conséquences du stress.

Cette recherche constitue la suite d'une première communication où les salariés du service d'urgence de nuit d'un l'hôpital avaient été interrogés sur le thème du stress dans leur travail. Ils avaient estimé majoritairement qu'ils n'étaient pas assez aidés dans leur organisation. Déjà sensibilisée à la question du stress dans l'hôpital et consciente de l'altération du bien-être de ses salariés, la Direction des Ressources Humaines (DRH) leur propose désormais une formation à la gestion du stress adaptée à leur demande.

¹ Enjeux, les Echos, p 54, N°207 Novembre 2004

La recherche actuelle étudie la réponse de formation proposée par la DRH et s'interroge sur le succès du projet : dépassant la capacité d'accueil initialement prévue (30 inscrits pour 28 places), le thème de la formation semble rejoindre un réel besoin des salariés. Si on se penche sur le service des urgences qui a précédemment été étudié, les résultats sont moins flatteurs : seules 2 personnes sur 20 suivent la formation. La question de recherche devient alors de comprendre pourquoi les urgentistes ne se sont pas mobilisés pour un projet qui semblait correspondre en droite ligne à leurs attentes. Nos réponses visent à éveiller la conscience des managers sur un tel constat.

Le cadre conceptuel pour étudier cette action de la DRH est celui du stress au travail : la formation est présentée comme une stratégie d'ajustement visant à apporter un soutien social organisationnel. La première partie – une analyse de littérature – fait le point sur ces notions et les enjeux qu'elles représentent pour la GRH. Une seconde partie rappelle brièvement la méthode et les principaux résultats de la première étude. Enfin, la troisième partie précise la méthode employée pour cette recherche, propose des résultats qui ouvrent vers des explications de l'écart entre les intentions d'accepter une aide et la réelle participation des salariés puis revient sur les approches théoriques dans la discussion.

I ANALYSE DE LITTÉRATURE

1.1) Le stress et les stratégies d'ajustement.

1.1.1) Le stress aujourd'hui.

Si le stress était jadis cantonné à la sphère médicale et prenait la forme d'un « syndrome général d'adaptation à divers agents nocifs » il emprunte aujourd'hui beaucoup à la psychologie ou à la psychologie sociale, se fonde sur les mécanismes de rétroaction et constitue une bonne grille d'analyse du comportement des hommes dans l'entreprise.

Nous le définissons comme « *une relation entre une personne donnée et un environnement donné dans laquelle l'individu considère que les sollicitations de l'environnement mettent à l'épreuve ou dépassent ses capacités d'ajustement. Elle se traduit par une altération du bien-être et peut conduire à des stratégies d'ajustement* ». Cette définition, voisine de celle de Lazarus et Folkman (1984) met en avant plusieurs points. En premier lieu, le stress est

approché de manière relationnelle : c'est la mise en correspondance d'un environnement et d'un individu qui permet de parler de stress. Cela met l'accent sur les spécificités de l'individu et de son milieu. L'individu est sollicité par cet environnement : pression des délais, menaces en cas d'échec, enjeu de la responsabilité, contradiction dans les demandes sont les aspects les plus communs de ces sollicitations. Cela n'exclut d'ailleurs pas une forme de défi. On peut parler de stress, toutefois, lorsque des manifestations physiques, psychologiques et comportementales apparaissent : fatigue, difficultés à se lever le matin, maux de tête ou d'estomac, allergies et problèmes cutanés accompagnent des sentiments de frustration, d'abandon ou d'anxiété. Les comportements évoquent le repli sur soi ou l'agressivité. Pour faire face à ce type de situation et retrouver un état apaisé, l'individu peut avoir recours à des stratégies d'ajustement.

1.1.2) Les stratégies d'ajustement

Les stratégies cognitives et comportementales que l'individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant ont été définies sous le terme de « *coping* » (« stratégies d'ajustement ») par Lazarus et Folkman (1984). Il s'agit de l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à gérer et maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu.

Comme le soulignent Nelson et Sutton (1990), les années 80 ont vu de nombreux chercheurs consacrer une attention considérable aux manières dont les individus font face aux événements de vie stressants. Une des conclusions principales résultant de ces recherches est que les stratégies d'ajustement ne peuvent pas être étudiées indépendamment du contexte dans lequel elles se produisent. En effet, le contexte organisationnel joue un rôle majeur dans la mise en place de stratégies d'ajustement. Dans un cadre conceptuel où le stress naît d'un déséquilibre entre les ressources de la personne et les sollicitations de l'environnement, les salariés et leur environnement entretiennent une relation dynamique et réciproque.

Les stratégies d'ajustement peuvent revêtir plusieurs formes. Certaines visent à régler le problème en agissant sur la situation stressante (par exemple en augmentant la durée de son travail pour terminer un rapport). Dans certains cas, l'action n'est pas possible, mais l'individu cherche au moins à s'y préparer (ainsi, un salarié peut anticiper son entretien avec son futur supérieur hiérarchique ou visiter la ville d'une prochaine affectation professionnelle – Roques, 1999). D'autres visent à réguler les émotions désagréables liées à la situation

stressante. Par exemple, tel salarié chrétien va à la messe et relativise sa situation en la comparant à celle de gens qui souffrent beaucoup plus que lui. Enfin, un troisième type de stratégie s'attache directement aux manifestations (ceux qui font du sport ou vont à la pêche pour s'aérer entrent dans cette catégorie. Le fait de prendre un médicament pour dormir, par exemple, correspond également à ce type de stratégie d'ajustement).

Bien souvent mises en œuvre par l'individu, ces stratégies peuvent être potentialisées par l'action d'autres personnes, et notamment de l'entreprise. Pour Hobfoll et Shirom (1993 /45) c'est grâce aux autres que *"les ressources de l'individu s'élargissent au-delà du domaine limité de ressources liées à la personne elle-même"*. Parallèlement, *"les liens entre les individus et les autres font partie de leur identité"*. Comme ces deux auteurs, nous pensons que la propension à chercher de l'aide ou du soutien dépend conjointement de l'individu et de la culture de son organisation (Roques, 2003). Ces actions peuvent être assimilées, par certains auteurs, à un type de stratégie d'ajustement (Greenglass, 1993).

1.2) Le soutien social

1.2.1) Définitions

Amiel-Lebigre et Gognalons-Nicolet (1993 p. 112) résument la notion de soutien social en considérant que *"le soutien social d'une personne consiste en tout ce qui lui permet de se sentir exister par rapport aux autres, d'être aimé, estimé et d'avoir un sentiment d'appartenance à un groupe, fût-il le couple conjugal ou le groupe professionnel"*.

George et al. (1993 p. 161) définissent le soutien social comme *"l'existence et la disponibilité d'autres personnes sur lesquelles l'individu peut compter et qui lui font savoir qu'elles se soucient de lui et qui lui signalent ce qu'elles apprécient chez lui"*.

Fenlason et Beehr, (1994 p. 158) définissent deux types de soutien social : le soutien émotionnel et le soutien instrumental.

"Le soutien émotionnel se caractérise par le fait de prendre soin d'une autre personne ou de l'écouter avec empathie". "Le soutien instrumental se caractérise par le fait de procurer une

aide tangible, sous la forme d'une assistance matérielle ou d'une aide telle qu'un conseil, ou un savoir qui est utile pour achever une tâche".

Lin et Ensel (1989 p. 383) définissent le soutien social comme *"le processus (i. e. perception ou réception) par lequel les ressources de la structure sociale se focalisent sur les besoins fonctionnels (i. e. instrumentaux ou émotionnels) dans des situations de routine et de crise"*.

Rahim et Psenicka (1996 p. 72) considèrent que *"le soutien social peut être défini dans ses grandes lignes comme la disponibilité d'une aide de la part des supérieurs hiérarchiques, des collègues, des membres de la famille et des amis au moment où le besoin se fait sentir"*.

Adams et al. (1996 p. 412) indiquent que *"bien qu'il n'y ait pas une définition unique du soutien social qui soit acceptée dans la littérature sur le stress au travail, il y a un consensus grandissant sur le fait que le soutien social peut provenir de sources professionnelles et non professionnelles et que ce soutien est essentiellement de nature émotionnelle (...) ou instrumentale (...)"*.

Ces définitions présentent des points de divergence, notamment dans l'objectif qu'elles servent : certaines se veulent intégratives (Rahim et Psenicka, 1996 p. 72 ou Adams et al., 1996 p. 412) alors que d'autres insistent sur un aspect particulier du soutien. Cela peut être le caractère sociologique de la notion de soutien (comme chez Amiel-Lebigre et Gognalons-Nicolet, 1993 p. 112 ou George et al., 1993 /161 qui définissent le soutien social essentiellement par un rapport à l'autre ou au groupe) ou encore la construction, le processus d'élaboration du soutien social (Lin et Ensel, 1989 /383).

Les divergences qui apparaissent dans ces définitions ne doivent pas masquer, à notre sens, les points communs à la notion de soutien qui se retrouvent chez les différents auteurs. Ces différentes analyses nous conduisent à **définir le soutien social comme l'aide qui est fournie à une personne par son réseau social.**

1.2.2) Les modalités d'action du soutien

Si nous avons défini le soutien social en nous fondant sur le réseau d'un individu, il demeure nécessaire d'explorer l'approche fonctionnelle et de s'intéresser aux modalités du soutien et à

la fonction qu'il remplit. Ainsi, lorsque George et al. (1993) opposent le soutien *organisationnel* au soutien *social*, le critère de différenciation de ces deux groupes n'est pas le même que pour Adams et al. (1996) ou Lim (1996). Pour George et al. (1993), le soutien *organisationnel* est constitué des moyens d'information ou d'action que l'organisation met à la disposition du salarié pour apprendre à faire face aux situations difficiles qu'il peut rencontrer dans son travail. Le soutien *social*, en revanche, est lié aux relations affectives qui se créent entre les personnes, même dans le cadre du travail.

Les différences fonctionnelles entre soutien organisationnel et soutien social sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques du soutien organisationnel et du soutien social dans une conceptualisation fonctionnelle (d'après George et al., 1993)

Le soutien organisationnel	Le soutien social.
- il a une fonction d'information pour aider les individus à interpréter et comprendre un stresser potentiel et pour lui faire face,	- il permet d'avoir une estime de soi et de se sentir accepté par le groupe,
- il donne les moyens pour combattre le stress.	- il renforce le compagnonnage, le sentiment d'affiliation et détourne du stresser lui même à travers les occupations sociales.
Exemple : la formation sur les modalités d'évolution du SIDA donnée à des infirmières chargées de malades en phase terminale.	Exemple : les encouragements des collègues

Cette distinction entre soutien *organisationnel* et soutien *social* laisse penser que le soutien *organisationnel* est plus propice à la résolution du problème, tandis que le soutien *social* favorise la régulation des émotions. Les encouragements que se donnent mutuellement les infirmières viennent modérer les sollicitations de la situation professionnelle en leur permettant de gérer leurs émotions. La mort d'un patient est habituellement perçue comme un échec par les infirmières qui ont le sentiment de ne pas avoir fait le maximum.

Cette impression débouche sur un sentiment de culpabilité qui remet en cause l'identité professionnelle du salarié. Dans une maladie telle que le SIDA, il n'existe pas de solution concrète qui permettrait d'empêcher le décès de la personne soignée. En revanche, le soutien social émotionnel limite le sentiment de culpabilité de l'infirmière en faisant ressortir le

caractère inévitable de la mort du patient, et en mettant hors de cause la responsabilité professionnelle de l'infirmière.

Le soutien social peut également être étudié en fonction des moyens qui sont utilisés : démonstrations d'amitié, d'intimité, d'attachement... qui constituent le **soutien social émotionnel** ou actions concrètes qui permettent de faire face à la situation stressante et qui composent le **soutien social instrumental** (Fenlason et Beehr, 1994 p. 158).

Si les recherches ont souvent opposé l'approche structurelle à l'approche fonctionnelle, des points de recoupement apparaissent entre les deux. Ainsi, Shah (1998) utilise une approche structurelle et montre que le type fonctionnel de soutien dépend de la personne ou du groupe de personnes qui fournit le soutien. Fenlason et Beehr (1994) ou Moyle (1995 p. 651), par exemple, défendent l'idée - assez généralement diffusée - que le supérieur hiérarchique fournit le meilleur soutien social au travail mais Kinicki et Vecchio (1994 p. 80) montrent que le supérieur hiérarchique ne joue un rôle de soutien qu'en raison de l'apparition d'une difficulté (et donc lorsque la situation implique une aide extérieure). A certaines situations professionnelles pourrait être liée l'activation de certains membres particuliers du réseau social.

Aborder la question du soutien social dans l'entreprise paraît donc indispensable dès qu'une difficulté se présente dans le travail. Toutefois, nos recherches antérieures invitent à faire usage de beaucoup de circonspection dans l'utilisation de cette variable au cours de situations professionnelles. Une vision angélique des choses pourrait laisser penser que confrontés à des situations professionnelles délicates, les salariés se tournent indifféremment vers leurs différents types de soutien social disponibles. Or nos recherches conduisent à des résultats nuancés.

Par exemple, dans une recherche sur les transitions de carrière (Roques, 1999), les déclaratifs des enseignants montraient un rôle très en retrait de l'Education Nationale sur des questions d'intégration au nouveau poste ou de déménagement par rapport aux affirmations des militaires sur l'Armée. Certains enseignants concluaient même l'entretien sur le manque d'aide que leur apportait l'institution, ce qui a conduit la DRH du rectorat à créer une cellule d'aide et d'écoute sur un certain nombre de thèmes dont se plaignaient les enseignants. Il nous semblait néanmoins qu'une certaine réserve devait exister sur l'attente *réelle* des salariés à être aidés dans des domaines proches de la vie privée. Le risque d'apparition d'un sentiment d'*ingérence* de l'organisation était mis en avant avec plus de force dans une recherche qui

approfondissait les liens entre ces deux groupes de salariés et leur soutien social (Roques, 2003) : apprécié chez les militaires, un soutien trop proche des sphères intimes des enseignants (rencontre entre les conjoints, aide à la recherche de maison, etc...) aurait peut-être été analysé comme une forme de paternalisme.

Dans une étude de cas chez Technicatome (Roques et Roger, 2004) le responsable de la cellule mobilité décrivait aussi un phénomène d'attirance et de rejet à son égard : d'une part, les répondants demandaient de l'aide et des conseils pour eux-mêmes mais aussi pour leurs proches, d'autre part, ils se montraient suspicieux et défiants à l'égard du responsable mobilité².

La fiabilité du soutien social délivré par l'organisation reste donc un point particulièrement important à éclaircir. Roques (1999) met par exemple l'accent sur des pratiques de soutien non officielles, « clandestines » pourrait-on dire, et qui visent à pallier des lacunes dans la façon dont l'organisation gère la mobilité : les salariés entament des démarches personnelles auprès de leurs amis dans l'organisation ou se fondent sur leur propre réseau pour régler, en partie, leurs problèmes. C'est peut-être un peu rapidement qu'on pourrait déduire que toute la place occupée par cette forme de soutien pourrait être comblée par un soutien institutionnel. En effet, les répondants montrent une certaine défiance envers l'organisation qui les emploie. Ils se méfient aussi d'une communication trop policée qui viserait à les orienter dans un sens favorable à l'organisation. Unis dans une même mésaventure, ils se serrent les coudes et fabriquent des systèmes de soutien qui se passent de l'organisation.

S'interroger sur le soutien mis en place par l'organisation pour faire face aux difficultés de ses salariés touche donc à la confiance envers l'organisation, à la qualité de la communication pour présenter son aide, aux croyances du groupe de salariés qui « autorise » l'organisation à les aider sur tel ou tel aspect, etc...

II LA PREMIERE ETUDE : APPARITION DU BESOIN D'ETRE AIDE

2.1) Présentation du terrain

² Ses surnoms d'«ogre» ou d'«équarisseur» sont révélateurs de l'état d'esprit des salariés.

Il a été mis en évidence que les employés qui travaillent dans le secteur de la santé souffrent davantage du stress que dans d'autres professions. Dans une étude réalisée en Angleterre, le stress et la dépression se sont révélées être parmi les facteurs les plus importants affectant la santé des travailleurs (Hodgson, Jones, Elliot et Osman, 1993). De part leurs activités : gravité de la situation des patients, éléments imprévisibles au service des urgences, l'augmentation de la violence, le manque de temps ... les soignants subissent une forte pression dans leur travail qui peut se traduire par une plus forte tension perçue ou subit que dans d'autres métiers. En effet³, la situation d'urgence impose une grande maîtrise des compétences professionnelles : les erreurs peuvent avoir des répercussions beaucoup plus graves que dans la plupart des autres professions.

Le terrain d'étude choisi est un groupe d'infirmiers, d'infirmières de nuit de service d'urgence d'un centre hospitalier public. Notre échantillon est ainsi constitué de 10 soignants ; dont deux hommes. La majorité du personnel est féminin. L'âge moyen est de 37,7 ans. Le tableau suivant présente la répartition de notre échantillon par profession, sexe, âge et ancienneté :

La profession	Le sexe	L'âge	L'ancienneté
IDE	F	40 ANS	15 ANS
IDE	F	40 ANS	3 ANS
IDE	F	40 ANS	20 ANS
IDE	F	41 ANS	21 ANS
IDE	M	42 ANS	17 ANS
IDE	F	42 ANS	18 ANS
IDE	F	42 ANS	13 ANS
IDE	F	43 ANS	7 ANS
IDE	M	47 ANS	23 ANS
IDE	F	51 ANS	28 ANS

Tableau 2 : répartition de l'échantillon par profession, sexe, âge et ancienneté

2.2) La méthode

Notre première étude avait débuté par 3 nuits d'observations, au terme desquelles la méthode d'observation participante avait été retenue pour permettre d'être plus proche des équipes

³ Olivier ROQUES et Alain ROGER, « stress et développement de la compétence : le cas du personnel infirmier des urgences »

d'urgence. Etalé sur une période de 20 nuits pendant l'été 2004, ce travail permettait d'interroger la population entre 4h et 6h30 du matin, après les heures de forte activité plutôt consacrées à l'observation. Nous avons choisi d'effectuer des entretiens auprès des infirmiers parce que selon nous ce sont eux qui sont le plus confrontés au stress du patient et de la famille. Nous avons opté pour des entretiens individuels. Certes, la durée de collecte est plus élevée que pour les entretiens de groupe, mais un entretien individuel génère généralement davantage d'idées et d'informations. En effet, on évite l'effet de leadership inhérent à tout groupement humain. En outre, il faut reconnaître que l'entretien individuel offre un climat plus favorable à l'obtention d'informations intimes ou personnelles. Pour Blanchet (1994), l'entretien a « *pour fonction de mettre en lumière les aspects du phénomène auxquels le chercheur ne peut penser spontanément, et de compléter les pistes de travail suggérées par ses lectures* ». Il apparaît donc que l'entretien répond bien aux objectifs de notre recherche qualitative.

Les entretiens avaient donc lieu pendant les périodes de repos, sans la présence des autres membres de l'équipe. La phase de collecte s'est terminée avec la saturation des données. Les 10 entretiens, d'une moyenne d'1h 30, ont été enregistrés sur bande magnétique et intégralement retranscrits. Ils ont été traités par classement thématique. La méthode employée a permis, à travers une immersion dans le service, de créer un climat de confiance, voire de complicité et d'obtenir des informations nuancées sur les stratégies d'ajustement. En effet, à côté des réponses usuelles d'action en direction du soigné, les répondants utilisent des stratégies de réévaluation cognitives qu'il est délicat de mesurer par questionnaire (Oakland et Ostell, 1996)⁴.

2.3) Les principaux résultats

A la suite de notre travail de recherche, nous avons pu dresser une typologie des situations de travail stressantes (gravité de la situation, pression de la famille, surcharge de travail, la mort,

⁴ Rappelons, que le questionnaire se prête mal à la collecte d'information du type : « je fais face à la situation en niant mon problème » et qu'il donne des résultats décevants lorsqu'il s'agit d'évaluer l'efficacité d'une stratégie d'ajustement.

le comportement du médecin...) pour les professionnels de santé travaillant au service des urgences, la nuit. Ainsi le stresser le plus évoqué est la pression de la famille (les 10 personnes en ont parlé de manière spontanée) et nous arrivons à la bobologie qui lui n'a été abordé que par un interviewé.

Il nous est clairement apparu que la famille du patient était lourde à gérer et qu'elle était un réel facteur de stress pour l'ensemble du personnel soignant. Ainsi, cette infirmière de 42 ans nous confiait : « *les familles qui sont là, et ce n'est pas une famille, tu as 3,4 personnes, accompagnants par box qui te viennent dessus, qui te demandent alors le bilan ? Comment il va ? Ils te viennent à la charge sans arrêt, ils t'empêchent de travailler, ils restent au milieu, oui ça ça me stresse* ».

Ensuite, d'autres situations stressantes relatives au travail étaient mentionnées telles que la gravité de la situation, la mort, la surcharge de travail, le comportement du médecin. Il est intéressant d'observer qu'au fil de la conversation les personnes interrogées déclarent être stressées par plusieurs éléments. Ainsi certains nous dirons que c'est en discutant avec nous qu'ils se sont rendus compte qu'ils étaient plus stressés que ce qu'ils pensaient « *moi inconsciemment je ne l'avais pas analysé, c'est là en parlant* » nous disait une infirmière de 53 ans. Une autre déclarait « *en fin de compte, si on regarde bien tout me stresse !* »

Dans ce service d'urgence, nous avons également pu relever un besoin déjà exprimé lors des entretiens annuels d'évaluation par l'ensemble du personnel urgentiste (soit 20 personnes), qui confirme leur souhait d'être aidé par l'organisation. Selon ces derniers il serait bon « *que l'hôpital bouge* » pour s'adapter à des situations de travail de plus en plus difficiles, notamment à la violence. Ainsi, une infirmière de 43 ans déclarait « *Il y a de plus en plus de violence, physique et verbale et tu vois, nous ne sommes pas formés à cela, on ne sait pas comment réagir, nous n'avons pas été formé à ce type de situation* ». Une autre, âgée de 40 ans, confiait : « *Pour moi, il faudrait que pour toutes ces personnes là, qui sont dures à gérer, créer une unité spécialement pour eux, avec tout le matériel nécessaire, les formations et les employés spécialisés et adéquats pour que l'on puisse, au moment voulu, faire le geste voulu.* ».

Pour d'autres, la mise en place d'une formation permettrait « *de nous donner des trucs, des tuyaux pour mieux gérer notre stress car pour l'instant c'est beaucoup la débrouille* » (une infirmière de 42 ans), cette dernière ajoute « *Nous n'avons pas l'entraînement face à*

l'urgence pédiatrique, émotionnellement c'est difficile et techniquement aussi ». Une infirmière de 41 ans renchérit : *« je ne dis pas que l'hôpital peut régler tous nos soucis, chacun est plus ou moins stressé, a sa personnalité, mais ce serait bien qu'on nous donne des ficelles »*.

III L'ETUDE ACTUELLE : COMMENT LES SALARIES REAGISSENT-ILS A L'AIDE DE LA DRH ?

Comme pour notre première étude, notre méthode s'est axée sur l'observation participante et sur la réalisation d'entretiens. Nous sommes donc venu suivre la formation afin d'identifier les personnes inscrites et questionner à nouveau les membres du service des urgences. Quatre sessions de formation ont été suivies, complétées par une présence à l'hôpital de 2h ce qui correspond à 20h d'observation participante de 23h à 4 h du matin. Nous étions en contact avec le personnel qui suivait la formation, puis avec les équipes d'urgences. Nous avons de nouveau interrogé les infirmières urgentistes avec des questions du type : *« Une formation à la gestion du stress a été mise en place, pourquoi vous n'y êtes pas allé ? Pourquoi pensez-vous que d'autres y vont ? Pourquoi pensez-vous que les autres n'y sont pas allés ?* Nous avons également souhaité connaître les attentes et la vision des encadrants, c'est pourquoi nous avons mené des entretiens auprès du cadre supérieur de santé de nuit et auprès du cadre de nuit (responsable des formations).

3.1) Un repositionnement de la formation à la demande des salariés

La Direction des Ressources Humaines avait déjà mis en place une formation à la gestion du stress qui se déroulait sur 2 jours. Toutefois, cette action se déroulant le jour, les intéressés l'avait jugée non adaptée au personnel de nuit. Une infirmière de 41 ans confiait : *« Il y a des groupes de parole le jour dans les services plus difficiles comme l'hématologie, nous pouvons y aller. La démarche c'est de venir, de se garer maintenant c'est infernal il n'y plus de place, ça aussi ce sont des stress, c'est pénible. Ce souci tu ne l'as pas la nuit. »*. Une autre, âgée de 42 ans, déclarait : *« [pour] la mort à gérer aux urgences, il y a eu une table ronde d'organisée à 13h. En faisant la nuit je n'ai pas pu y aller, je pense que ça devait être très intéressant. »* Devant ce constat, la DRH a pris la décision de choisir un centre de formation ayant la capacité de fournir la majorité de sa prestation en horaire de nuit.

La formation débute avec deux premières séances théoriques de jour et 8 séances de 3 heures la nuit (de 23 heures à 2 heures du matin). Le soignant est ainsi détaché de son équipe pendant 3 heures sur son temps de travail. La formatrice est une personne dotée d'une formation en P.N.L, elle est depuis 12 ans spécialisée dans la formation à la gestion du stress destinée au personnel hospitalier. C'est la première fois qu'elle accepte de donner une formation la nuit.

Compte tenu du roulement des soignants, chaque personne inscrite suit deux modules ; aucun des salariés ne suit la totalité des sessions. Après un premier cours théorique de jour où 25 personnes sur 30 furent présentes, les soignants viennent à tour de rôle assister à la formation. Les modules comptent ainsi entre 5 et 8 salariés, et le but de la formation est de répondre, en petit groupe, à des demandes individuelles. Après un tour de table, pour collecter les attentes, la formatrice tente de donner des outils permettant de diminuer le stress professionnel.

La formation est destinée à l'ensemble du personnel hospitalier en horaire de nuit. S'y retrouvent des Infirmières Diplômées d'Etat (IDE), des aides-soignantes et des manipulatrices radio. La population est largement féminine puisque sur les 30 individus, nous comptons un seul homme.

3.2) Les réactions des salariés du service des urgences

Pour ce qui est du service des urgences, 2 personnes sur 20 se sont inscrites à la formation ce qui semble un taux de participation faible compte tenu des besoins exprimés et des tentatives de l'organisation pour s'adapter à la demande. Bien qu'il soit très délicat de présenter sous une forme évoquant la statistique de tels résultats, force est de constater que le service des urgences affiche un taux de participation semblable à celui du reste de l'établissement (30 personnes sur 225) mais pas supérieur.

Face à l'aide mise en place par la DRH, les réactions sont diverses pour justifier le fait de ne pas suivre la formation. Pour certains, la solution choisie n'est pas la meilleure : *« ce qui serait bien, ce serait d'avoir un groupe de parole, face à de nombreuses pathologies : tentatives de suicide, alcoolisme, douleurs abdominales, douleurs thoraciques, accidents de voiture, sport, cheval...pas souvent de gros accidents. Les accidents de la voie publiques (AVP) sont moins nombreux qu'avant, le danger c'est que nous ne savons plus faire les gestes de survie (ventilation, intubation...) et ça c'est une situation de stress »* (une infirmière de 43

ans). Pour d'autres, l'aide mise en place par la DRH arrive tardivement « *maintenant je m'en fiche, je pars dans 8 ans. (sic)* » déclare un infirmier de 47 ans.

La théorie de la dissonance cognitive (Festinger, 1957) montre le décalage entre attitude et comportement. En marketing, par exemple, on tente d'expliquer l'écart entre l'intention d'achat et l'achat réel. C'est ce que nous constatons également auprès du personnel de santé puisque ces derniers qui déclaraient être stressés par différentes situations de travail et qui souhaitaient que la direction mette en place une pratique (attitude), ne vont pas finalement s'inscrire à la formation qui leur est destinée (comportement). Quelles en sont les raisons ?

Ce comportement s'explique par le fait qu'aux urgences on ne doit pas reconnaître que l'on est stressé d'après une infirmière de 41 ans : « *De toute façon on ne peut pas trop craquer, tu peux avec 2 ou 3 amies que tu as ici, mais c'est tout, il ne faut pas trop montrer non plus sinon ils vont dire que tu n'es pas faite pour les urgences. C'est arrivé à quelques infirmières, pour les préserver on leur a dit qu'elles ne devraient peut être pas rester aux urgences.* » Accepter de se former revient à montrer une faiblesse professionnelle à ses collègues. Le groupe qui devait apporter un soutien est également générateur de normes qui brident une action qui se déroulerait en dehors de la culture du groupe. Il est intéressant de noter que le jugement porté sur une ancienne formation à la gestion de l'agressivité des patients et de leur famille est positif : « *Nous avons eu une formation sur l'agressivité, ça m'a fait du bien* ». Certaines retirent même une sorte de fierté par rapport au médecin qui occupe ordinairement une position hiérarchiquement supérieure à elles : « *les médecins ne savent pas trop se protéger (...) Je suis intervenue l'autre jour face à un médecin (...) qui est juste sous le médecin chef, il n'était pas rassuré, j'avais moins peur que lui parce que moi j'avais eu la formation* ». Le stress passe encore pour une faiblesse professionnelle alors que les difficultés à gérer le contact avec les usagers touche moins à leur identité professionnelle.

Malgré le souhait clairement exprimé d'être aidé par leur organisation, les salariés semblent en fin de compte vouloir trouver eux-mêmes des outils pour mieux gérer le stress lié au travail. Ainsi une infirmière de 42 ans déclare : « *La gestion du stress s'est faite par la personnalité et l'expérience. Pour faire face, j'ai besoin de me poser, de me calmer au maximum, comme ceux qui font du yoga.* ». A cette attitude qui revient à dire que c'est la personnalité et l'expérience qui conduisent à gérer son stress, correspond le sous entendu que ce n'est pas l'organisation qui trouvera de vraies solutions. C'est pourquoi, finalement,

chaque individu va tenter de trouver son « truc » : « *Je veux dire, si tout ce que tu vis ici tu l'emmènes là-bas [à la maison], c'est pas possible, il faut déconnecter. Chacun trouve, moi je fais du sport, je vais aller faire du vélo pendant 3 jours (rires). Je fais beaucoup de sport : la marche à pied, la course, tout ce qu'on me propose je le prends. Chacun à son truc, il y en a qui vont bricoler...* » (une infirmière de 40 ans).

Une autre infirmière du même âge déclare que le soutien des collègues est la meilleure arme pour faire face à des situations de travail jugées difficiles « *on en parle avec les personnes qui étaient présentes, en général on en parle entre nous.* ». Ces différentes réactions laissent penser que les salariés n'accordent pas entièrement leur confiance à une pratique mise en place par l'organisation et qu'ils attendent peut-être davantage de leur direction des solutions tournées vers l'amélioration concrète des conditions de travail (plus de matériel et de personnel, par exemple) ou vers une meilleure organisation dans les services.

DISCUSSION

Les réactions des soignants de ce service d'urgence conduisent à s'interroger sur l'efficacité de la stratégie d'ajustement proposée par l'organisation. En effet, il semblerait que malgré ses efforts pour aider les salariés, ces derniers préfèrent se tourner vers un soutien social donné par les collègues de travail. Cette façon de procéder est d'ailleurs commune dans ce type de population (Loriol, 2004, p 4). Les idées énoncées dans l'introduction de Nelson et Sutton. (1990) en ressortent renforcées : la pertinence d'une stratégie d'ajustement dépend étroitement du contexte dans lequel elle se développe. Ici, les valeurs, normes et la culture aux urgences rendraient plus délicate l'acceptation d'un soutien de l'hôpital. Ces professionnels de santé ont une préférence pour un réseau personnel comme moyen de lutte du stress professionnel et se trouvent en quelque sorte dans l'incapacité d'accepter l'aide qui leur est proposé par l'organisation. Serait-ce alors le prix à payer d'un fort encastrement social ?

Ces résultats montrent à nouveau que les personnes qui constituent le soutien social peuvent aussi entraver l'individu (Roques, 2003). On touche ici aux limites d'une approche trop instrumentaliste du réseau social : peut-être que les recherches mettent exagérément l'accent sur les phénomènes d'assistance du réseau et ne cherchent pas à préciser suffisamment ses lourdeurs. Ainsi, lorsque Hobfoll et Shirom (1993) classent le soutien social dans les

ressources, ils omettent d'en préciser les coûts. Le salarié semble partiellement prisonnier de ses systèmes d'alliance : il serait mal vu d'aller chercher une solution en dehors de son groupe d'appartenance⁵.

Par rapport aux résultats que nous avons déjà collectés, l'idée d'une intention maligne de la direction n'apparaît pas ouvertement, les verbatims des cadres de santé vont dans ce sens «*Il y avait une demande, j'ai travaillé dans pas mal de services, d'hôpitaux, et nous avons pris en charge ce problème du stress. (...) Ce que je souhaitais c'est que les gens trouvent des solutions à leurs problèmes, qu'ils aient une capacité à réagir avec des outils pertinents. En fait qu'ils trouvent une aide individuelle.* »

Bien qu'il soit difficile d'évaluer la réalité des raisons invoquées pour ne pas suivre la formation, elles semblent graviter autour de l'idée que la DRH ne comprend pas bien les problèmes des urgentistes et que, de toute manière, les solutions relèvent moins de l'apprentissage que de la personnalité. Cette croyance rejoint les résultats de Nelson et Sutton (1990 p. 865) pour qui les prédispositions des individus se révèlent de meilleurs facteurs explicatifs que leurs stratégies d'ajustement⁶.

Le fait que les urgentistes attendent des formes d'aides différentes de la DRH et des collègues invite à réconcilier approche structurelle et fonctionnelle et non à les opposer : la question est de savoir *qui* peut apporter *quelle* aide compte tenu des caractéristiques culturelles de l'organisation. Plusieurs auteurs tels que Kinicki et Vecchio (1994) ou Shah (1998), ouvraient déjà des perspectives un peu semblables.

CONCLUSION

Principaux résultats

⁵ Dans « L'hécatombe », Georges Brassens (1952) illustre ce principe. En conflit entre elle « à propos de bottes d'oignons », les commerçantes du marché de Brive-la-Gaillarde soudent à nouveau leur groupe social pour se liguer contre un autre groupe social (la police) venu pour résoudre leur problème.

⁶ Signalons que leur mesure des stratégies d'ajustement est quantitative et rappelons que ce type de méthode est loin d'être le meilleur pour évaluer la performance d'une stratégie (Oakland et Ostell, 1996).

Dans un contexte où la DRH a le sentiment que la formation au stress professionnel dans ses équipes de nuit est un succès, nous nous sommes interrogés sur la faible participation du service des urgences. Face à une demande individuelle d'aide, la réponse collective offerte par l'organisation semble ne pas être appropriée à ce service. La bonne cohésion au sein de ce groupe et la solidarité au sein de l'équipe, qui constituent un soutien social de tout premier ordre, deviennent aussi un frein à l'acceptation de l'aide, qui pourrait être mal jugée par les collègues de travail ou perçue comme une faiblesse professionnelle. En somme, les réactions des salariés à la mise en place de cette formation incitent l'organisation à prendre en considération les normes sociales propres à un groupe et à tenter de concilier son aide avec celle des collègues de travail.

Plusieurs recommandations pourraient être proposées à la DRH : demander avec plus de précision aux urgentistes quelle forme pourrait prendre cette aide (certains auraient préféré un groupe de parole). Une meilleure communication aurait permis d'éviter de stigmatiser ceux qui s'inscrivaient au séminaire⁷. Par ailleurs, une formation uniquement dédiée aux urgentistes leur aurait peut-être permis d'aborder les situations de stress qui leur sont propres. Sur ce dernier point, l'enseignement de la formation à la gestion de l'agressivité donne quelques pistes. Cette forme de difficulté ne remet notamment pas en cause leurs compétences sur leur cœur de métier. Parallèlement, la remise à niveau sur les gestes techniques (conduite à tenir dans les accidents de la voie publique, manipulations sur les enfants) est probablement délicate à demander devant d'autres soignants.

Limites de la recherche.

Cette recherche est limitée par la faible taille de l'échantillon. Il est donc difficile d'envisager une mesure de la performance de la formation dans une étude ultérieure, du moins en se limitant au service des urgences. Ce point gagnerait à être d'ailleurs précisé : si la formation se révélait utile pour les autres services, il faudrait comprendre pour quelle raison elle serait moins opérante pour les urgences. Cette étude doit être prise comme un point d'étape et ne vise notamment pas à la validité externe : d'autres cultures d'établissement, dans le même domaine d'activité pourraient conduire à des résultats dissemblables. Les modifications dans la façon de concevoir le travail avec des patients en fin de vie (augmentation du nombre de

⁷ Toutefois, l'influence de cette précaution ne doit pas être surévaluée : le faible effectif des participants réunis dans une session de formation permettrait aisément d'organiser, à la demande, un groupe de parole.

personnes très âgées, SIDA, cancers, etc...) montre aussi que petit à petit les formations permettent de changer la façon de raisonner de ces professionnels. Nous assistons peut-être au démarrage timide de la reconnaissance de situations de stress dans ce service.

Voies de recherches

L'évaluation de cette formation est une de nos priorités pour compléter nos résultats. Un premier questionnaire pour mesurer le niveau de stress avant la formation a été distribué. Il sera complété par une seconde mesure après la formation. De plus, les caractéristiques biographiques de notre échantillon invitent à se poser la question de l'ancienneté dans le poste, du genre et, peut-être, de la culture du service d'appartenance.

La question de la rentabilité économique de cette formation - dont les objectifs sont aussi bien sociaux que financier - est dépendante de l'adhésion des participants. La volonté de la direction d'apporter une amélioration sociale passe par une compatibilité entre les solutions qu'elle propose et les valeurs du groupe sur lequel elle opère. Le cas que nous présentons dans cette communication ne se borne pas à une simple question d'allocation de ressources dans une approche où distribuer des fonds pour un projet d'amélioration sociale entre en concurrence avec des impératifs financiers. Ce débat a déjà été dépassé par la direction de l'hôpital, qui doit maintenant aplanir les dissonances entre ses modalités d'action et les attentes des salariés. Pour améliorer l'acceptation de leurs actions, les managers doivent pouvoir améliorer leur écoute des salariés.

BIBLIOGRAPHIE

Adams G. A., King L. A., King D. W. (1996), Relationships of job and family involvement, family social support, and work-family conflict with job and life satisfaction, *Journal of Applied Psychology*, 81, 4, 411-420.

Amiel-Lebigre F. et Gognalons-Nicolet M. (1993), *Entre santé et maladie*, P.U.F. les champs de la santé, Paris.

Festinger L. (1957), A theory of cognitive dissonance, *Stanford university press*.

Fenlason K. J. et Beehr T. A. (1994), Social support and occupational stress : effects of talking to others, *Journal of Organisational Behavior*, 15, 157-175.

George J. M., Redd T. F., Ballard K. A., Colin J., Fielding J. (1993), Contact with AIDS patients as source of work-related distress : effects of organisational and social support, *Academy of Management Journal*, 36, 1, 157-171.

Greenglass E.R (1993), The contribution of social support to coping strategies, *Applied Psychology : an international Review*, 42, 323-340.

Hobfoll S. E. et Shirom A. (1993), Stress and burnout in the workplace -conservation of ressources-, dans Golembiewski, *Handbook of Organizational Behavior*, Marcel Dekker inc., New York, Basel, Hong Kong, 41-60.

Kinicki A. et Vecchio R. (1994), Influence on the quality of supervisor-subordinate relations : the role of time pressure, organizational commitment and locus of control, *Journal of Organizational Behavior*, 15, 75-82.

Lazarus R. S. et Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, Springer publishing company, New York.

Loriol M. (2004), Quand la relation devient stressante, difficultés et adaptations lors du contact avec les usagers, *Humanisme et entreprise*, **262**, 1-18.

Lin N. et Ensel W. (1989), Life stress and health stressors and resources, *American Sociological Review*, 54, 3, 382-399.

Moisson V. et Roques O. (2005), Stress et stratégies d'ajustement : une étude exploratoire sur les moyens de faire face développés par le service des urgences de nuit, *actes de la 7^{ème} Université de Printemps de l'IAS*, Marrakech.

Moyle P. (1995), The role of negative affectivity in the stress process : tests of alternative models, *Journal of Organizational Behavior*, 16, 647-668.

Nelson D. et Sutton C. (1990), Chronic work stress and coping : a longitudinal study and suggested new directions, *Academy of Management Journal*, 33, 4, 859-869.

Oakland S. et Ostell A. (1996), Measuring coping : a review and critique, *Human Relations*, 49, 2, 133-155.

Rahim M. A. et Psenicka C. (1996), A structural equations model of stress, locus of control, social support, psychiatric symptoms, and propensity to leave a job, *The Journal of Social Psychology*, 136, 1, 69-84.

Roques O. (1999), *Les réactions des salariés en transition de carrière : une approche en termes de stress au travail*, thèse de doctorat, IAE d'Aix-en-Provence, Université d'Aix-Marseille III.

Roques O. (2003) : Innover dans la gestion de la mobilité : les enjeux du soutien social, *actes du 14^o congrès de l'AGRH*, Grenoble.

Roques O., Roger A. (2004), La gestion de la mobilité géographique des salariés : le cas de Technicatome, *Revue Française de Gestion*, N°

Shah P. P. (1998), Who are employees' social referents ? Using a network perspective to determine referent others, *Academy of Management Journal*, 41, 3, 249-268.

Steiler D. et Ruling C.C (2003), Fusions, stress et stratégies d'ajustement : vers une perspective de recherché et d'innovation, *actes du 14^o congrès de l'AGRH*, Grenoble.

Steinman L. et Lupieri S. (2004), Travailler nuit gravement à la santé, *Enjeux, les Echos*, 207, 54.