

AUDREY RIVIÈRE

Aix-Marseille université, CERAM



Tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé à l'hôpital public

L'effet modérateur des stratégies d'ajustement

Les acteurs du soin des établissements hospitaliers doivent répondre aux principes du service public avec des logiques économiques de performance. Cette recherche s'intéresse aux stratégies d'ajustement utilisées face aux tensions de rôle et au stress professionnel des cadres de santé dont le rôle évolue. Les résultats d'une enquête menée auprès de 445 cadres de santé montrent plusieurs formes de tensions de rôle qui favorisent le stress. L'étude révèle également des stratégies d'ajustement, qui tantôt favorisent, tantôt atténuent le stress généré par ces tensions de rôle.

La gestion des organisations publiques ne cesse d'évoluer à travers des réformes qui ont pour objectif, entre autres, de maîtriser les dépenses (Gheorghiu et Moatty, 2014). Ainsi, un *Nouveau management public*¹ (NMP) basé sur des outils de gestion issus du secteur privé a pris son essor depuis quelques décennies. Abord de Châtillon et Desmarais (2012) identifient trois dimensions majeures du NMP : « le contrôle des moyens » visant à une meilleure maîtrise des coûts ; « la responsabilisation des acteurs » visant à l'autonomisation des managers ; « la prise en compte des parties prenantes » visant à inclure l'action publique dans des réseaux élargis de parties prenantes. Les conséquences de ce NMP concernent tous les niveaux, tant organisationnels qu'individuels. En particulier, les changements liés au NMP produisent une intensification du travail (Newman et Lawler, 2009) à travers une recherche de performance accrue, tant qualitative que quantitative.

À l'hôpital, le NMP s'est traduit par des transformations des modes d'organisation de l'activité (création des pôles d'activité en 2005), de financement (mise en place de la tarification à l'activité en 2004) ou encore d'organisation de la politique de santé sur le territoire (groupements hospitaliers de territoire en 2016). Belorgey (2009) montre la complexité des réformes engagées pour accroître la performance hospitalière. Les conséquences du NMP sont multiples, notamment en termes d'intensification du travail des soignants et de dégradation de la qualité dans un hôpital « sous pression »

(Belorgey, 2010). L'« hôpital entreprise » est ouvertement critiqué. Brémond *et al.* (2013) dénoncent un monde hospitalier public qui est entré dans une « zone de turbulence ». Domin (2011, p. 103) souligne « la montée en puissance d'une nouvelle bureaucratie gestionnaire qui s'imisce dans les affaires et les pratiques de la médecine ». La tarification à l'activité (T2A) met en concurrence les établissements publics et privés (Pierru, 2009) et crée des incitations perverses engendrant, par exemple la sélection des patients, la manipulation du codage, le renvoi prématuré des patients à domicile (Or, 2011), ou en encore du surcodage des actes médicaux pour répondre à des pressions financières (Georgescu, 2010). Ainsi, à travers la réforme de l'hôpital, « des élites, délaissant de plus en plus les valeurs du public au profit du privé, (...) sont confrontées à la défiance et à l'incompréhension croissantes de celles et ceux qui, dans leur activité quotidienne, doivent mettre en œuvre des injonctions de plus en plus nombreuses et paradoxales » (Pierru, 2009, p. 105).

Notre recherche s'intéresse aux conséquences du NMP sur le travail des acteurs du soin. En effet, ces derniers expérimentent un nouveau management qu'ils perçoivent parfois comme incompatible avec le rôle qu'ils ont au sein de l'hôpital public. Notre étude s'intéresse plus précisément aux tensions de rôle perçues par les cadres de santé évoluant dans un environnement de plus en plus contraint par des exigences d'efficacité et de performance. Les cadres de santé représentent une des filières

1. Nouveau management public : traduction de l'expression *New Public Management* qui « constitue un exemple historique de rationalisation d'un ensemble de pratiques définies comme légitimes pour le secteur public et qui donne lieu à une institutionnalisation de ces pratiques » (Pettigrew, 1996). Le NPM est un courant né au Royaume-Uni et basé sur un transfert des outils de gestion issus du secteur privé (Hood, 1995).

professionnelles des cadres hospitaliers et font partie des personnels paramédicaux qui administrent les soins sous le contrôle des médecins. Notre étude s'intéresse aux cadres de santé de proximité qui ont pour mission la responsabilité de l'organisation de l'activité paramédicale, de l'animation d'une équipe et de la coordination des moyens d'un service à l'hôpital, tout en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations. Cette fonction s'est progressivement rapprochée du management (maîtrise des dépenses ; gestion des plannings du personnel) tout en s'éloignant des activités de soins. Désormais, la nouvelle logique gestionnaire du secteur hospitalier place les cadres de santé au centre de contradictions entre logique médicale et logique économique (Adriaenssens et Van Bogaert, 2017 ; Shirey, 2006 ; Feroni et Kober-Smith, 2005) potentiellement sources de tensions de rôle et de stress professionnel. Nos questionnements portent plus particulièrement sur les conséquences des différentes formes de tensions de rôle en termes de stress professionnel. En 2016, Djabi et Perrot soulignent les enjeux managériaux que soulèvent les tensions de rôle, dans un contexte actuel de pression économique et de transformations organisationnelles. En effet, de nombreuses études (Fischer et Gitelson, 1983 ; Jackson et Schuler, 1985) ont démontré les effets négatifs des tensions de rôle, tant sur le plan organisationnel (absentéisme, départ volontaire) que sur le plan individuel (insatisfaction au travail, réduction de l'implication, etc.). À l'hôpital, cela

constitue un enjeu notable car les cadres de santé sont responsables du bon fonctionnement de leur unité de travail et de la qualité des soins délivrés. Dans l'enquête SUMER (« Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels ») réalisée en 2010, les salariés de la fonction publique hospitalière apparaissent les plus exposés en termes de situation de tension au travail. De plus, l'enquête SUMER réalisée en 2003 révèle que sur l'ensemble du personnel soignant (secteur privé et public), 48,9 % jugent leur travail très stressant.

Notre recherche a pour objectif d'aller plus loin dans l'analyse des tensions de rôle déjà beaucoup étudiées dans la littérature. Notre intention est de préciser de quelle manière réagissent les cadres de santé en fonction du type de tension de rôle identifié. Notre recherche vise à étudier dans quelle mesure les stratégies d'ajustement² utilisées par les cadres de santé influencent les différentes formes de tensions de rôle qu'ils perçoivent et qui entraînent un stress professionnel. La littérature relate une gamme très étendue de stratégies d'ajustement utilisées pour faire face à des situations stressantes (Bruchon-Schweitzer, 2001) dont la disparité s'explique en partie par la grande variété des situations étudiées. Ici, notre étude s'intéresse aux situations vécues par les cadres de santé du secteur public, dont le rôle évolue et pour lequel de nouvelles compétences ou ressources (individuelles et organisationnelles) nécessaires sont à identifier.

Cet article présente les résultats d'une étude quantitative menée auprès d'un échantillon de 445 cadres de santé répartis dans 39

2. Stratégies d'ajustement ou *coping* : ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu (Lazarus et Folkman, 1984).

établissements publics. Nous présentons dans une première partie les éléments de cadrage contextuels et théoriques. Dans une deuxième partie, la méthodologie et les résultats de l'étude empirique menée en France sont présentés. La troisième partie est dédiée à la discussion des résultats.

I – REVUE DE LITTÉRATURE

1. Tensions de rôle et stress professionnel : deux concepts liés

Royal et Brassard (2010, p. 27) reprennent l'ouvrage de référence de Katz et Kahn (1966) pour définir les tensions de rôle comme « un sentiment qu'éprouve une personne dans une situation où il est difficile, voire impossible, de répondre à toutes ces attentes de façon satisfaisante tant à ses yeux qu'aux yeux des personnes qui les formulent ». En effet, l'individu se trouve en situation de « tension de rôle » lorsqu'il est confronté à des attentes de rôle qui sont ambiguës ou incompatibles entre elles. Cette notion de tension de rôle a beaucoup été étudiée dans la littérature anglophone, vers les années 1970 (Rizzo *et al.*, 1970 ; Kahn *et al.*, 1964), et plus récemment, dans la littérature francophone (Rivière, 2014 ; Brunel et Grima, 2010 ; Commeiras *et al.*, 2009 ; Royal, 2007 ; Loubès, 1997). Cette littérature foisonnante identifie plusieurs formes de tension de rôle. La classification de Katz et Kahn (1966) en identifie trois majeures : le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et la surcharge de rôle. Le conflit de rôle correspond à des attentes de rôle incompatibles entre elles (Rizzo *et al.*, 1970). L'ambiguïté de rôle correspond à une attente de rôle mal définie et qui n'est pas claire pour l'individu (Rizzo *et al.*,

1970). La surcharge de rôle apparaît, quant à elle, lorsque l'individu doit faire face à un nombre élevé d'attentes de rôles qui dépassent ses capacités de réalisation (Schaubroeck *et al.*, 1989). Récemment, Djabi et Perrot (2016) proposent douze formes de tensions de rôle à travers une grille d'analyse de la littérature qui croise quatre natures de tensions de rôle (les attentes contradictoires entre elles, les attentes en conflit avec celles de l'individu, les attentes ambiguës et les attentes excessives) avec trois objets distincts de tensions de rôle (la définition du rôle, la manière d'atteindre les résultats et l'évaluation des résultats). Les auteurs tentent ainsi de dépasser les approches multidimensionnelles qui définissent les tensions de rôle selon des contextes spécifiques, avec un objectif de généralisation analytique.

Par ailleurs, les tensions de rôle sont souvent nommées comme antécédents ou déterminants du stress professionnel (Jackson et Schuler, 1985 ; Glowinkowski et Cooper, 1986 ; Danna et Griffin, 1999 ; Orqvist et Wincent, 2006). Le stress professionnel est un phénomène largement étudié par les institutionnels (ANACT, CRAM, médecine du travail, INRS, etc.). La loi fait désormais obligation à l'employeur d'évaluer tous les risques y compris psychosociaux comme le stress professionnel, et de prendre des mesures pour protéger la santé physique et mentale des salariés. En outre, le stress professionnel a de nombreuses conséquences sur l'individu et sur l'organisation. Les conséquences sur l'individu peuvent se transformer en affections plus graves telles que la dépression, la fatigue psychique chronique, l'addiction à des substances ou le *burn-out*, qui entraînent des comportements néfastes pour l'organisation

(comportements agressifs envers les collègues, consommation d'alcool sur le lieu de travail). De plus, les individus faisant l'expérience de stress au travail ont tendance à avoir une plus faible implication au travail (Safy, 2011). En France, le stress aurait un coût social total de 2 à 3 milliards d'euros incluant le coût des soins et la perte de richesse pour cause d'absentéisme, de cessation prématurée d'activité et de décès prématuré (Trontin *et al.*, 2010). De même, dans les hôpitaux, le stress professionnel entraîne des coûts liés à l'absentéisme, aux départs, aux pertes de productivité, mais aussi à la dégradation du climat au travail et à la baisse de l'attractivité. Le stress professionnel des cadres de santé reste encore peu étudié (Adriaenssens et Van Bogaert, 2017 ; Rivière, 2014). Des études, pour la plupart aux États-Unis, identifient les tensions de rôle comme des antécédents du stress chez cette population (Miyata *et al.*, 2015 ; Kath *et al.*, 2013 ; Greenglass et Burke, 2001 ; Oroviogiochea, 1996 ; Frisch *et al.*, 1991 ; Skorga et Taunton, 1989).

Acteur frontalier, le cadre de santé tient un rôle de pivot et d'interface qui le met en relation avec différentes parties prenantes aux intérêts divergents : les professionnels administratifs, les médicaux, les soignants, mais aussi les patients et leur famille (Adriaenssens et Van Bogaert, 2017). Cette position frontalière est potentiellement source de conflits de rôle au regard des attentes de chacune de ces parties qui ne sont pas toujours conciliables. En France, à la suite de différentes réformes (« Nouvelle gouvernance hospitalière » résultant de l'ordonnance du 2 mai 2005, loi HPST³ promulguée en 2009), le métier de cadre de

santé s'est orienté vers des fonctions plus managériales. Ainsi, l'étude de Gentil et Orvin (2018) révèle l'apparition de conflits de rôles importants pour les cadres de santé. La nouvelle logique gestionnaire le place désormais au centre de contradictions (entre logique médicale et logique économique) potentiellement source de stress. Dans le secteur de la santé, une étude révèle que le conflit de rôle est un déterminant du stress professionnel chez les infirmières en psychiatrie (Edwards *et al.*, 2000). De même, nous posons notre première hypothèse (H1) : **Hypothèse 1.** *Le conflit de rôle influence positivement le stress des cadres de santé.* Par ailleurs, les nombreuses évolutions du métier de cadre de santé engendrées par les dernières réformes hospitalières sont potentiellement source d'ambiguïtés de rôle (Miri *et al.*, 2014 ; Kath *et al.*, 2013). Une étude qualitative (Rivière *et al.*, 2013) révèle que les cadres de santé français sont, d'une part, préoccupés quant au devenir de leur rôle qui est incertain, et d'autre part, contraints à réaliser des tâches pour lesquelles ils n'ont pas été formés initialement (exemple : recrutement du personnel). Or, l'ambiguïté de rôle est souvent identifiée comme un antécédent du stress dans la littérature. Par exemple, elle entraîne un stress professionnel chez les cadres (Roger et Roques, 1995 ; Codo, 2012) et chez les universitaires (Idris, 2011). Dans le secteur de la santé, une étude révèle que l'ambiguïté de rôle est un déterminant du stress professionnel chez les infirmières en psychiatrie (Edwards *et al.*, 2000). Nous posons donc notre deuxième hypothèse (H2) :

Hypothèse 2. *L'ambiguïté de rôle influence positivement le stress des cadres de santé.*

3. Loi HPST : Loi hôpital patient santé territoire.

Soulignons que les cadres de santé ont majoritairement des enfants à charge (Sainsaulieu, 2008). En conséquence, leurs nombreuses responsabilités professionnelles peuvent interférer avec leur vie familiale en créant des conflits de rôle de type travail-famille (Rivière *et al.*, 2013) favorisant un stress professionnel au même titre que le personnel en contact dans le secteur hôtelier (Mansour et Commeiras, 2015). Nous posons ainsi notre troisième hypothèse (H3) :

Hypothèse 3. *Le conflit travail-famille influence positivement le stress des cadres de santé.*

En outre, la « managérialisation » du métier de cadre de santé entraîne une augmentation des tâches administratives (gestion complexe des plannings de personnel liée au manque d'effectifs). Très sollicité, le cadre de santé doit faire face à un nombre croissant de responsabilités et d'activités quotidiennes qu'il doit concilier à un rendement imposé par la tarification à l'activité (Rivière *et al.*, 2013). La surcharge de travail est identifiée comme un antécédent du stress professionnel chez les cadres (Roger et Roques, 1995 ; Codo, 2012) et dans le secteur de la santé (Edwards *et al.*, 2000). De même, dans l'étude qualitative de Miyata *et al.* (2015), elle est identifiée comme une source de stress chez les cadres de santé japonais. Précisons que la spécificité de ce métier du soin nous mène à distinguer deux formes de charge de travail très peu étudiées dans la littérature des tensions de rôle : la charge de travail quantitative, relative à la pénibilité physique du travail, et la charge de travail émotionnelle, relative à la fatigue psychologique liée à la relation de soin (Shirom *et al.*, 2010 ; Harris, 1989 ; Dejours, 1980). Nous posons

donc notre quatrième hypothèse (H4), composée de deux sous-hypothèses :

Hypothèse 4. *La charge de travail influence positivement le stress des cadres de santé.*

H4a. *La charge de travail quantitative influence positivement le stress des cadres de santé.*

H4b. *La charge de travail émotionnelle influence positivement le stress des cadres de santé.*

2. Tensions de rôle, stress professionnel et stratégies d'ajustement : vers l'élaboration d'un modèle de recherche

Selon l'approche transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984), le stress et le *coping* apparaissent comme des processus qui impliquent des actions réciproques entre l'individu et son environnement, « l'individu pouvant modifier – et être modifié par – la situation » (Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 70). L'individu qui perçoit un stress va évaluer les moyens et les ressources qu'il possède pour y faire face. Il met alors en place des stratégies de *coping*, afin de réduire l'apparition de l'angoisse. La littérature identifie deux formes principales de stratégies d'ajustement utilisées par l'individu : les stratégies de *coping* centrées sur le problème (l'individu agit directement sur les causes du stress) et les stratégies de *coping* centrées sur les émotions (l'individu agit pour réduire les manifestations émotionnelles négatives engendrées par la situation stressante) (Lazarus et Folkman, 1984). Certains auteurs « opposent l'efficacité du coping centré sur le problème au caractère mal adaptatif du coping centré sur les émotions » (Parrocchetti, 2012, p. 86). Pour Suls et Fletcher (1985), l'efficacité du

coping utilisé dépend du degré de contrôlabilité de la situation et de la durée de cette efficacité. Le *coping centré sur le problème* semble pertinent en cas de situations prévisibles au long terme, mais inefficace en cas d'événements incontrôlables, alors que le *coping centré sur les émotions* semble efficace en cas d'événements incontrôlables à court terme (Parrocchetti, 2012). Résumons que les stratégies d'ajustement (centrées sur le problème/l'émotion) utilisées sont soit fonctionnelles, soit dysfonctionnelles, et que leur efficacité dépend des spécificités de chaque situation.

Par exemple, l'étude de Montgomery *et al.* (2010) démontre que les professeurs universitaires utilisent la distraction, l'expression des émotions, la planification, la réinterprétation positive ou encore le *coping* actif face au stress professionnel. Dans le secteur de la santé les résultats des travaux

de Moisson et Roques (2005) révèlent que le personnel soignant utilise le fatalisme, le rire, le refuge dans les dérivatifs, la fuite du poste de travail et le soutien social pour faire face au stress professionnel. D'après une étude réalisée en Malaisie, les infirmières utilisent des mécanismes de contrôle (construire une bonne relation avec sa hiérarchie, coopérer, planifier) ou de fuite (quitter le travail, sortir en famille ou entre amis), traitent les symptômes du stress (loisirs, religion, utilisation de substances) ou mobilisent le soutien social pour réduire le stress professionnel (Beh et Loo, 2012). En 2006, la méta-analyse de Shirey énumère des travaux portant sur le stress professionnel et le *coping* des cadres de santé dont ceux de Frisch *et al.* (1991) qui identifient des stratégies centrées sur le problème. Ces différentes stratégies d'ajustement sont synthétisées dans le [tableau 1](#).

Tableau 1 – Exemples de stratégies d'ajustement utilisées face au stress

Auteurs	Échantillon	Stratégie d'ajustement utilisée
Montgomery <i>et al.</i> (2010)	Professeurs universitaires	Distraction, expression des émotions, planification, réinterprétation positive, <i>coping</i> actif
Moisson et Roques (2005)	Personnel soignant	Fatalisme, rire, refuge dans les dérivatifs, fuite du poste de travail et soutien social
Frisch <i>et al.</i> (1991)	Cadres de santé	Stratégies centrées sur le problème
Beh et Loo (2012)	Infirmières	<ul style="list-style-type: none"> – Mécanismes de contrôle : construire une bonne relation avec sa hiérarchie, coopérer, planifier – Mécanismes de fuite : quitter le travail, sortir en famille ou entre amis – Traitement des symptômes du stress : loisirs, religion, utilisation de substances – Soutien social

Tableau 2 – Exemples de stratégies d’ajustement utilisées face aux tensions de rôle

Auteurs	Échantillon	Stratégie d’ajustement utilisée
Royal (2007)	Directeurs adjoints d’école secondaires	Face à la surcharge de rôle : – Réalisation de la tâche, gestion des priorités (stratégies comportementales ou cognitives) Face au conflit de rôle : – Recherche de collaboration, affirmation de soi
Brunel et Grima (2010)	Étudiants-salariés	Face conflit de rôle travail-école : – Stratégies centrées sur l’émotion : fuite de la réalité, recherche de soutien sociale, fatalisme – Stratégies centrées sur le problème : confrontation
Codo (2012)	Managers intermédiaires territoriaux	Soutien social
Shirey (2006)	Cadres infirmiers	– Stratégies centrées sur les émotions : évitement, prise de recul – Stratégies centrées sur le problème : maîtrise et résolution du problème
Miyata <i>et al.</i> (2015)	Cadres de santé	Face à la surcharge de travail et au conflit de rôle : – Conseil ou soutien social de la hiérarchie et des collègues – Stratégies d’ajustement individuelles : interprétation positive, améliorer la vie privée, séparer vie privée et vie professionnelle
Montargot <i>et al.</i> (2013)	Infirmiers	Soutien social

Par ailleurs, la littérature identifie plusieurs formes de stratégies d’ajustement pour faire face aux tensions de rôle et qui évoluent en fonction des situations étudiées (voir [tableau 2](#)). En 2007, Royal identifie certaines stratégies comportementales ou cognitives (réalisation de la tâche, gestion des priorités) chez les directeurs adjoints d’école secondaires pour faire face à la surcharge de rôle et d’autres (recherche de collaboration, affirmation de soi) pour faire

face aux conflits de rôle. Les travaux de [Brunel et Grima \(2010\)](#) montrent que les étudiants-salariés français utilisent des stratégies centrées sur l’émotion telles que la fuite de la réalité, la recherche de soutien social ou le fatalisme, et des stratégies centrées sur le problème telles que la confrontation pour faire face au conflit de rôle travail-école. D’autres études révèlent que le soutien social est utilisé pour faire face aux tensions de rôle ([Codo, 2012](#) ;

Montargot *et al.*, 2013). Dans le secteur hospitalier, la méta-analyse de Shirey (2006) montre que les cadres infirmiers utilisent davantage des stratégies centrées sur les émotions (éviter, prise de recul) que des stratégies centrées sur le problème (maîtrise et résolution du problème). Plus récemment, l'étude qualitative de Miyata *et al.* (2015) démontre que les cadres de santé japonais utilisent le conseil ou le soutien social de la hiérarchie et des collègues ainsi que des stratégies d'ajustement individuelles (interprétation positive, améliorer la vie privée, séparer vie privée et vie professionnelle) pour faire face à la surcharge de travail et au conflit de rôle (identifiés comme des stressés).

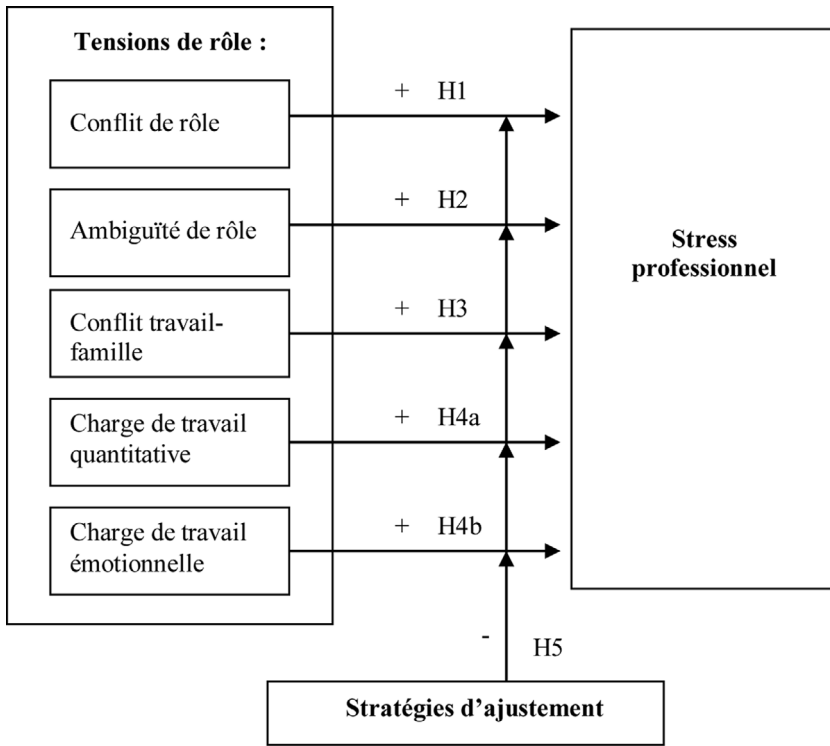
Le premier objectif de notre étude est d'identifier les types de stratégies d'ajustement utilisées par les cadres de santé pour faire face aux différentes formes de tensions de rôle qu'ils perçoivent. Ceci, dans un contexte national français qui diffère (par ses cadres légal, économique et culturel) d'autres contextes nationaux (anglais, américain, japonais et autres) plus étudiés jusqu'alors dans la littérature. Notre principale contribution réside dans notre deuxième objectif qui est de savoir si ces types de stratégies d'ajustement identifiés pour faire face aux tensions de rôle perçues, sont efficaces ou pas en termes de gestion du stress professionnel. Ainsi, nous posons une deuxième série d'hypothèses H5 visant à étudier l'efficacité des stratégies d'ajustement utilisées. Pour cela, nous avons considéré les stratégies d'ajustement comme des variables modératrices⁴, qui, nous supposons, diminuent le stress engendré par les tensions de

rôle des cadres de santé. Cette série d'hypothèses sera testée à travers un modèle de recherche (voir figure 1) inspiré du modèle *Job Demands-Resources* de Demerouti *et al.* (2001). Le modèle JD-R, lui-même inspiré du modèle *Job Demand-Control* de Karasek (1979), du modèle *Effort-Reward Imbalance* de Siegrist (1996) et de la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll (1989), intègre les ressources et les exigences de l'environnement de travail. Ainsi, les ressources de l'emploi jouent un rôle de tampon (« buffer ») en modérant l'impact négatif des exigences de l'emploi (tensions de rôle) sur le stress professionnel. De même, nous avons supposé, à travers notre modèle de recherche, que face à des exigences telles que les tensions de rôle (charge de travail, conflit et ambiguïté de rôle, conflit travail-famille), les cadres de santé utilisent des stratégies d'ajustement comme ressources pour diminuer le stress professionnel qu'elles engendrent. Notre recherche vise à analyser le rôle modérateur (positif ou négatif) des stratégies de *coping* sur le stress professionnel, en fonction de différents types de tensions de rôle perçues. L'originalité de notre recherche est précisément de pouvoir distinguer les types de *coping* bénéfiques de ceux qui sont néfastes en termes de gestion du stress professionnel engendré par différents types de tensions de rôle. Nous posons ainsi notre dernière hypothèse H5 dont les sous-hypothèses sont précisées dans la deuxième partie de l'article, lors de la validation de l'échelle de mesure retenue.

Hypothèse 5. *Les stratégies d'ajustement modèrent la relation entre les tensions de*

4. Les variables modératrices modifient la grandeur, l'intensité, le sens et/ou le sens de l'effet d'une variable indépendante sur une variable dépendante (Sharma *et al.*, 1981).

Figure 1 – Modèle de recherche



rôle et le stress professionnel, car elles diminuent le stress engendré par les tensions de rôle.

allant de 1 (= pas du tout d'accord) à 5 (= tout à fait d'accord).

II – ÉTUDE EMPIRIQUE

1. Échelles de mesure des concepts étudiés

Les différentes formes de tensions de rôle et de stratégies d'ajustement ont été mesurées par des échelles à cinq points, dont la fiabilité a été testée dans différents pays. Ainsi, les répondants ont indiqué dans quelle mesure ils étaient en accord avec les affirmations, sur une échelle de Likert

Mesure des tensions de rôle

C'est l'échelle de mesure (la plus répandue dans la littérature) de [Rizzo et al. \(1970\)](#) qui a été mobilisée pour mesurer le conflit et l'ambiguïté de rôle. Elle est composée de 8 items pour mesurer le conflit de rôle (exemple : « Je reçois une mission sans ressources ni moyens adéquats pour pouvoir l'effectuer »), et de 6 items pour mesurer l'ambiguïté de rôle (exemple : « J'ai pour effectuer mon travail des objectifs clairs et planifiés »). Pour opérationnaliser la surcharge de travail, nous avons mobilisé l'échelle bidimensionnelle de [Harris \(1989\)](#)

COLLECTE DES DONNÉES ET ÉCHANTILLON

Un questionnaire administré par voie électronique, par l'intermédiaire des directions de soins. 39 établissements⁵ CHRU, 1 CHR, 5 CHU, 29 CH, 1 CHIC et 1 groupement d'établissements) de santé publics de tailles différentes (entre 75 et 2 774 lits et places). Différents types de services (psychiatrie, médecine, chirurgie, urgences, imagerie médicale, etc.).

Un échantillon de 445 cadres de santé : âge moyen de 45 ans, 80 % de femmes, 60 % mariés, 71 % avec des enfants à charge, 44 heures travaillées par semaine en moyenne, ancienneté moyenne de 22 ans dans le secteur hospitalier et de 9 ans dans la fonction de cadre de santé.

qui permet de mesurer la charge de travail quantitative avec 5 items (exemple : « Je suis tellement sollicité(e) par les autres que je n'ai plus le temps de tout faire correctement »), et la charge de travail émotionnelle avec 6 items (exemple : « Dans mon travail, je suis confronté(e) à des questions de vie ou de mort. ») Le conflit travail-famille a été mesuré avec l'échelle de [Netemeyer et al. \(1996\)](#) composée de 5 items (exemple : « Les exigences de mon travail interfèrent avec ma vie familiale. »)

Mesure du stress professionnel

Le stress professionnel a été évalué par l'échelle courte de la MSP de [Lemyre et Tessier \(1988\)](#) qui mesure le stress psychologique relatif à l'état de tension, de préoccupation ou d'activation. Cette échelle, adaptée au contexte professionnel, est composée de 9 items (exemple : « Ces derniers jours, au travail, je suis détendu (e) »). Nous avons choisi cette version car elle est généralement utilisée pour les enquêtes de santé et de bien-être au travail dans la fonction publique ou les centres hospitaliers.

Mesure des stratégies d'ajustement

Pour mesurer les stratégies d'ajustement, nous avons mobilisé le Brief COPE de [Carver \(1997\)](#) composé initialement de 14 dimensions (soutien émotionnel, réinterprétation positive, déni, blâme, humour, utilisation de substances, désengagement comportemental, *coping* actif, planification, soutien instrumental, expression des sentiments, acceptation, religion et distraction) mesurées chacune par 2 items. Pour compléter le Brief COPE, nous avons mobilisé trois autres échelles pour évaluer la nature d'une stratégie récurrente dans la littérature : le soutien social. Ainsi, nous avons mobilisé l'échelle de [Baruch-Feldman et al. \(2002\)](#) pour mesurer le soutien de la famille et des amis, et celle de [Caplan et al. \(1975\)](#) pour mesurer le soutien du supérieur hiérarchique et celui des collègues. Ces trois échelles sont chacune composées de 4 items (exemples : « Quand quelque chose va mal au travail, je peux toujours en parler avec ma famille ou mes amis » ; « Mon supérieur hiérarchique direct fait tout son possible pour me faciliter les choses au travail » ; « Je peux compter

5. CHRU : centre hospitalier régional universitaire, CHR : centre hospitalier régional, CHU : centre hospitalier universitaire, CH : centre hospitalier, CHIC : centre hospitalier, intercommunal.

Tableau 3 – Fiabilité des échelles de mesure

Échelle de mesure	Dimensions de l'échelle	Validité convergente	Jöreskog	Alpha de Cronbach
Rizzo <i>et al.</i> (1970)	Conflit de rôle	0,53	0,77	0,75
	Ambiguïté de rôle	0,46	0,72	0,71
Netemeyer <i>et al.</i> (1996)	Conflit travail-famille	0,61	0,89	0,89
Harris (1989)	Charge quantitative	0,52	0,76	0,75
	Charge émotionnelle	0,54	0,87	0,87
Lemyre et Tessier (1988)	Stress professionnel	0,54	0,91	0,91
Baruch-Feldman <i>et al.</i> (2002) ; Caplan <i>et al.</i> (1975)	Soutien de la famille	0,49	0,80	0,79
	Soutien des collègues	0,67	0,89	0,88
	Soutien de la hiérarchie	0,76	0,93	0,93
Brief COPE de Carver (1997)	Réinterprétation positive	0,47	0,64	0,64
	Désengagement comportemental	0,49	0,64	0,63
	Utilisation de substances	0,86	0,92	0,91
		0,76	0,86	0,86
		0,49	0,66	0,63

sur mes collègues quand les choses vont mal au travail »). Pour cette étude, nous avons considéré le soutien social comme un construit tridimensionnel.

2. Tests des échelles et résultats de l'étude

Une analyse factorielle confirmatoire (AFC⁶) avec le logiciel SPSS-AMOS (version 21) a été réalisée pour tester la fiabilité, la validité et la qualité d'ajustement de chaque modèle de mesure. Suite à l'examen de différents indices (CMIN/DF,

GFI, AGFI, RMSEA, NFI, CFI et CAIC), les modèles ont été re-spécifiés pour obtenir des validités (convergentes et discriminantes) et des fiabilités (calculées avec l'alpha de Cronbach et le rho de Jöreskog) satisfaisantes (voir [tableau 3](#)). Certains items ont ainsi dû être supprimés. Précisons que pour le Brief COPE, une analyse factorielle exploratoire (AFE) a été réalisée au préalable (avec une analyse en composantes principales : ACP⁷) pour identifier les différentes dimensions émergeant de notre échantillon d'étude. Ainsi, plusieurs dimensions du Brief COPE ont disparu suite

6. L'analyse factorielle confirmatoire est une méthode d'équations structurelles qui permet de proposer une mesure fiable d'un concept. Elle est « destinée à résumer l'information commune contenue dans un concept qui serait mesuré par une série d'indicateurs » (Roussel *et al.*, 2002).

7. ACP : « L'ACP est une technique exploratoire dont l'objet est de chercher, à partir d'un ensemble de k variables mesurées sur des échelles d'intervalle ou de rapport, une logique, une structure sous-jacente aux données collectées. Si une telle structure existe, l'identifier permet de simplifier l'information brute contenue dans une base de données, en substituant aux k variables initiales un nombre plus petit de m facteurs. Ces facteurs sont formés par des combinaisons linéaires des variables initiales » (Gavard-Perret *et al.*, 2008, p. 218).

à l'AFE pour obtenir des validités ainsi que des fiabilités satisfaisantes. Au final, sur les 14 dimensions initiales (composées chacune de 2 items), 5 ont été conservées (la réinterprétation positive (a), le désengagement comportemental (b), l'utilisation de substances (c), la religion (d) et l'humour (e)) décomposant ainsi l'hypothèse H5 en une série de 5 sous-hypothèses (H5a, H5b, H5c, H5d et H5e) auxquelles s'ajoutent une série de 3 sous-hypothèses (H5f, H5 g et H5 h) relatives au soutien social familial (f), des collègues (g) et de la hiérarchie (h).

Concernant les résultats descriptifs de l'étude (voir [tableau 4](#)), ils révèlent que les cadres de santé perçoivent plus ou moins les cinq formes de tensions de rôle étudiées. En effet, ils perçoivent davantage la charge de travail émotionnelle, puis le conflit de rôle, la charge de travail quantitative, le conflit travail-famille et enfin, l'ambiguïté de rôle. Les résultats démontrent également que les cadres de santé ne se sentent pas très stressés. Soulignons que l'échelle mesure un stress professionnel « perçu » et donc subjectif qui ne reflète pas toujours le niveau de stress « réel ». Concernant les stratégies d'ajustement, les cadres de santé utilisent davantage la stratégie de la réinterprétation positive, puis le soutien social (hiérarchie, collègues et famille), l'humour, le désengagement comportemental, la religion, et l'utilisation de substances dans une moindre mesure.

Les hypothèses relatives aux liens directs entre les tensions de rôle et le stress professionnel (H1, H2, H3 et H4) ont été testées avec des régressions linéaires multiples (voir [tableau 5](#)) grâce au logiciel SPSS-AMOS (version 21). Nous avons examiné le coefficient de régression standardisé ainsi que le test *t* de Student dont la valeur doit

être plus grande que 1,96 pour être significative à $p < 0,05$ (Carricano *et al.*, 2010). Les tests révèlent des liens significatifs entre le stress professionnel et toutes les formes de tensions de rôle. Le conflit de rôle (coefficient de régression : 0,114 ; $p < 0,01$) influence positivement le stress professionnel. C'est également le cas avec l'ambiguïté de rôle (coefficient de régression : 0,232 ; $p < 0,001$). De même, le conflit travail-famille favorise le (coefficient de régression : 0,310 ; $p < 0,001$) stress professionnel. En ce qui concerne la surcharge de travail, seule la charge de travail quantitative développe le stress professionnel (coefficient de régression : 0,549 ; $p < 0,001$). En revanche, il est étonnant de constater que la charge de travail émotionnelle réduit le stress professionnel des cadres de santé (coefficient de régression : -0,054 ; $p < 0,01$). En conséquence, les hypothèses H1, H2, H3, et H4a sont validées, et l'hypothèse H4b n'est pas validée, dans la mesure où le lien a été démontré mais dans le sens supposé inverse. Ainsi, le stress professionnel serait favorisé par la charge de travail quantitative, le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et le conflit travail-famille. Par ailleurs, la charge de travail émotionnelle diminuerait le stress des cadres de santé.

Les tests des effets modérateurs des stratégies d'ajustement conservées à l'issue des AFC ont été réalisés avec la macro « PROCESS » pour SPSS de Hayes (2013). Pour cela, nous avons testé l'effet modérateur de chacune des variables modératrices sur les relations avérées significatives entre les tensions de rôle (variables indépendantes) et le stress professionnel (variable dépendante). L'effet d'interaction entre les prédicteurs (tensions de rôle) et les

Tableau 4 – Statistiques descriptives et corrélations

	Moy	Écart-type	1	2	3	4	5	6
1. Conflit de rôle	3,40	0,68						
2. Charge de travail quantitative	3,32	0,88						
3. Charge de travail émotionnelle	3,51	1,08						
4. Conflit travail-famille	2,82	1,13						
5. Ambiguïté de rôle	2,51	0,71						
6. Stress professionnel	2,83	0,99	0,515**	0,684**	-0,035	0,609**	0,391**	
7. Stratégie humour	2,86	1,02	-0,126**	-0,239**	0,044	-0,322**	-0,223**	-0,367**
8. Réinterprétation positive	3,95	0,67	-0,114*	-0,203**	0,123**	-0,196**	-0,304**	-0,321**
9. Soutien des collègues	3,58	0,94	-0,239**	-0,231**	0,141**	-0,241**	-0,321**	-0,358**
10. Religion	1,73	1,11	-0,020	0,074	0,132**	0,115*	0,005	0,063
11. Utilisation de substances	1,31	0,77	0,158**	0,208**	-0,037	0,224**	0,160**	0,240**
12. Soutien de la hiérarchie	3,59	1,15	-0,301**	-0,268**	0,097*	-0,249**	-0,371**	-0,354**
13. Déseng. comportemental	1,76	0,81	0,282**	0,314**	-0,114*	0,293**	0,253**	0,403**
14. Soutien de la famille	3,37	0,97	-0,005	-0,092	0,075	-0,066	-0,053	-0,022

Corrélation significative aux niveaux de : ** : 0,01 et * : 0,05.

Tableau 5 – Coefficients de régression avec le stress professionnel

Variables explicatives (tensions de rôle)	Stress professionnel	
	Coefficient de régression	T de Student
Conflit de rôle	0,114**	2,678
Ambiguïté de rôle	0,232***	4,683
Conflit travail-famille	0,310***	7,856
Charge de travail quantitative	0,549***	7,884
Charge de travail émotionnelle	-0,054**	- 2,086

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$.

modérateurs (stratégies d'ajustement) a été testé sur chacun de ces liens directs (soit 40 tests différents). Les effets d'interaction significatifs sont présentés dans le [tableau 6](#). L'analyse permet de conclure des effets modérateurs dans six cas. Ainsi, la

réinterprétation positive semble diminuer le stress engendré par la charge de travail quantitative (coefficient de régression : -0,0722 ; $p < 0,05$) ; l'humour semble diminuer le stress provoqué par le conflit de rôle (coefficient de régression : -0,0768 ;

Tableau 6 – Effets d'interaction significatifs entre les tensions de rôle et les stratégies de *coping* sur le stress professionnel

Variable explicative (tensions de rôle)	Variable modératrice (<i>coping</i>)	Stress professionnel			
		Coeff. régres.	T de Student	p	Intervalle de confiance
Conflit de rôle	Humour	-0,0768	-2,1087	0,0355	-0,1484 ; -0,0052
Conflit travail-famille	Religion	0,0794	2,1701	0,0305	0,0075 ; 0,1513
Ambiguïté de rôle	Utilisation de substances	-0,0841	-2,1973	0,0285	-0,1593 ; -0,0089
Charge de travail quantitative	Réinterprétation positive	-0,0722	-2,1102	0,0354	-0,1394 ; -0,0050
Charge de travail quantitative	Humour	-0,0819	-2,4617	0,0142	-0,1473 ; -0,0165
Charge de travail émotionnelle	Soutien des collègues	0,0977	2,2343	0,0260	0,0118 ; 0,1836

$p < 0,05$) et par la charge de travail quantitative (coefficient de régression : $-0,0819$; $p < 0,05$) ; l'utilisation de substances semble diminuer le stress engendré par l'ambiguïté de rôle (coefficient de régression : $-0,0841$; $p < 0,05$) ; le soutien des collègues semble accentuer la diminution du stress engendré par la charge de travail émotionnelle (coefficient de régression : $0,0977$; $p < 0,05$) ; la religion semble augmenter le stress engendré par le conflit travail-famille (coefficient de régression : $0,0794$; $p < 0,05$). En résumé : les hypothèses H5a, H5c et H5e sont validées ; les hypothèses H5d et H5g ne sont pas validées dans la mesure où des liens ont été démontrés mais dans le sens supposé inverse ; les hypothèses H5b et H5h sont rejetées car les résultats montrent qu'il n'y a pas d'effet de modération du désengagement comportemental et du soutien de la hiérarchie entre les tensions de rôle et le stress des cadres de santé.

Par ailleurs, des tests complémentaires démontrent d'autres résultats relatifs à un effet direct significatif de certaines stratégies d'ajustement sur le stress des cadres interrogés. En effet, la réinterprétation positive (coefficient de régression : $-0,2070$; $p < 0,001$), l'humour (coefficient de régression : $-0,1929$; $p < 0,001$), le soutien des collègues (coefficient de régression : $-0,2231$; $p < 0,001$) et le soutien de la hiérarchie (coefficient de régression : $-0,2195$; $p < 0,001$) semblent agir directement en diminuant le stress des cadres de santé. En revanche, l'utilisation de substances (coefficient de régression : $0,1323$; $p < 0,01$) et le désengagement comportemental (coefficient de régression : $0,2356$; $p < 0,001$) semblent l'augmenter. Il semblerait donc que les stratégies d'ajustement

aient, non seulement un rôle modérateur entre les tensions de rôle et le stress des cadres de santé, mais aussi un rôle direct dans la gestion du stress professionnel de ces cadres.

III – DISCUSSION DES RÉSULTATS

Notre recherche avait pour objectif d'étudier dans quelle mesure les stratégies de *coping* pouvaient modérer le stress professionnel en fonction de différentes formes de tensions de rôle perçues par les cadres de santé. Nous avons démontré que les cadres de santé perçoivent des tensions de rôle qui favorisent le stress professionnel, et d'autres qui l'atténuent. Que concluent de ces résultats empiriques ? D'un point de vue théorique, comment ces résultats viennent-ils enrichir la compréhension de la gestion du stress engendré par les tensions de rôle perçues par les cadres de santé, et plus globalement dans les organisations publiques ? Comment peuvent-ils enrichir la réflexion qui est actuellement menée sur l'évolution d'un métier dans un contexte de rationalisation économique qui affecte les établissements de santé (Gentil et Orvin, 2018) ?

1. Implications théoriques : le stress et les stratégies d'ajustement face à différentes formes de tensions de rôle

Ces résultats enrichissent la littérature sur le *coping* (plus ou moins efficace) utilisé en fonction des tensions de rôle perçues. Tout d'abord, ils précisent la littérature sur les tensions de rôle et le stress professionnel (Kahn et Byosiere, 1992 ; Jackson et Schuler, 1985 ; Ortqvist et Wincent, 2006), notamment chez les cadres de santé français encore peu étudiés. Ils apportent un

éclairage sur la perception de différentes formes de tensions de rôle. En effet, nous constatons que les cadres de santé français perçoivent une charge de travail émotionnelle importante qui est liée à l'environnement (établissements et unités de soins) et au secteur (santé publique) dans lesquels le cadre de santé évolue en tant que manager de proximité. Étonnamment, cette forme de tension de rôle apparaît comme étant un facteur réducteur de stress (ce qui n'a jamais été démontré dans la littérature) chez les cadres de santé, et ce d'autant plus grâce au soutien social des collègues. Ce qui corrobore les résultats des travaux de [Montargot et al. \(2013\)](#) qui révèlent que les infirmiers utilisent le soutien social pour gérer des situations stressantes telles que l'urgence et la mort. Nos résultats révèlent que les contacts avec la souffrance, le patient et ses proches font partie intégrante du métier, et permet au cadre de se sentir utile et de donner du sens à son travail quotidien. En revanche, les résultats démontrent que toutes les autres formes de tensions de rôle perçues par les cadres de santé favorisent un stress professionnel. Ceci illustre, en partie, le modèle JD-R de [Demerouti et al. \(2001\)](#) qui stipule que les exigences de l'emploi (ici, les tensions de rôle) déclenchent des réactions de stress quand elles dépassent les limites et les capacités personnelles de l'individu ([Demerouti et al., 2001](#)). Concernant les conflits de rôle et le stress qu'ils engendrent, ils vont de pair, d'une part, avec le nouveau management public mis en place à l'hôpital, et d'autre part, avec la multiplication des parties prenantes avec qui les cadres de santé interagissent. Cet acteur frontalier très sollicité doit également faire face à une surcharge de travail quantitative liée à la

managérialisation de sa fonction, désormais orientée vers la qualité des soins et une recherche de performance accrue. À ce titre, le cadre se voit contraint de gérer un stress lié à l'accumulation de nouvelles tâches administratives très chronophages qui s'additionnent à son travail de coordination au sein d'une équipe. Les résultats confirment également que le cadre de santé est stressé par les situations de conflit travail-famille et d'ambiguïté de rôle, liées à l'évolution du métier.

Ensuite, nous remarquons que nos résultats illustrent le modèle JD-R quant à l'effet modérateur des stratégies d'ajustement. L'originalité de notre recherche est d'avoir identifié les types de *coping* qui favorisent ou atténuent le stress professionnel, en fonction des formes de tensions de rôle perçues par les cadres de santé. En effet, certaines stratégies sont utilisées par les cadres de santé comme des ressources pouvant atténuer l'effet néfaste des tensions de rôle sur le stress professionnel. Les résultats soulignent notamment l'utilisation de stratégies de *coping* centrées sur les émotions telles que la réinterprétation positive et l'humour, identifiées comme positives et bénéfiques à la santé mentale ([Parrochetti, 2012](#)). La réinterprétation positive semble permettre de transformer une menace telle que la surcharge de travail quantitative en un défi. L'humour, quant à lui, semble moduler l'émotion négative liée à la surcharge de travail quantitative, en permettant au cadre de santé d'éviter d'être submergé par le stress engendré par une telle situation. Ces résultats sont en accord avec d'autres études empiriques menées dans le même secteur. Par exemple, l'étude qualitative de [Montargot et al. \(2013\)](#) montre que les infirmiers utilisent l'humour entre

collègues pour gérer les situations stressantes telles que les conditions de travail difficiles (surcharge de travail, mauvaise organisation). Les résultats soulignent également l'utilisation de stratégies de *coping* néfastes pour la santé physique comme l'utilisation de substances pour gérer le stress. Tout comme les cadres dirigeants qui ont recours aux boissons alcoolisées, aux somnifères et aux tranquillisants pour gérer les tensions permanentes (Stora, 2010), les cadres de santé sont susceptibles d'adopter les mêmes comportements en situation d'incertitude et de flou concernant leur rôle. Concernant le *coping* religieux, nous constatons qu'il favorise le stress des cadres de santé en situation de conflit travail-famille. Notons que ces résultats sont à pondérer dans la mesure où cette stratégie n'est pas souvent utilisée par notre échantillon (score moyen : 1,73/5). Se basant sur une revue de littérature, Rieben (2012) identifie des formes de *coping* religieux positives (efficaces), négatives (nocives) et mixtes. Au vu de cette littérature, il apparaît encore difficile de déterminer les circonstances de vie où le *coping* religieux s'avère être le plus efficace (Pargament et Brant, 1998).

Parallèlement aux effets modérateurs, nous avons remarqué que presque toutes les stratégies d'ajustement étudiées (la réinterprétation positive, l'humour, le soutien des collègues et le soutien de la hiérarchie) pouvaient aussi agir directement en diminuant le stress professionnel. Les limites de notre modèle soulevées à travers ces résultats montrent que les stratégies de *coping* étudiées jouent un rôle différent (amplificateur ou réducteur de stress), et ce, sur différents plans (direct ou modérateur). Ainsi, nos résultats enrichissent la littérature sur le stress et le *coping* des cadres de santé.

Plus largement, ils permettent d'apporter un éclairage sur la gestion du stress professionnel et le *coping* chez les cadres de proximité évoluant dans le secteur public. En effet, les cadres du secteur public vivent tous les conséquences de la mise en place d'un nouveau management dans le secteur public. À ce titre, les résultats de notre étude peuvent enrichir la réflexion à mener sur l'évolution du rôle des cadres du secteur public, et sur ses conséquences en termes de gestion du stress professionnel.

2. Implications managériales : quelle prise en considération des tensions de rôle et de leur gestion ?

En termes de préconisations managériales, nous identifions deux niveaux d'actions possibles pour prévenir le stress professionnel des cadres de santé : sur un plan organisationnel et sur un plan individuel. Sur le plan organisationnel, il s'agirait tout d'abord de mettre en place des mesures facilitant l'articulation du travail des cadres avec leur vie familiale (exemples : service de garde sur le lieu de travail, flexibilité dans les horaires, temps partiels volontaires, travail partagé, redistribution des tâches, travail en binôme ou en équipe, développement de la polyvalence du personnel soignant). Concernant les conflits de rôle, il s'agirait que la Direction générale des établissements examine plus précisément les conditions de faisabilité de ses demandes vis-à-vis des cadres de santé (exemple : comités multi-acteurs incluant des cadres de santé pour fixer des objectifs réalisables, mesurés à l'aide d'indicateurs, avec les moyens matériels et humains accordés pour les atteindre). En ce qui concerne les ambiguïtés de rôle, il s'agirait de clarifier le rôle et les différentes

missions qui sont confiées au cadre de santé. Les directions des soins et les pôles d'activité devraient communiquer davantage sur les projets futurs, renforcer le *feedback* sur l'activité, faire davantage participer les cadres de santé au processus décisionnel et les impliquer dans les définitions de leurs rôles. Cette clarification devrait également être faite lors des recrutements de cadres (notamment à travers la fiche de poste). L'action du gestionnaire devrait être menée sur la charge de travail quantitative, mais également sur la charge de travail émotionnelle du cadre de santé qui semble atténuer son stress au travail. Il serait peut-être nécessaire de le rapprocher de cette relation au soin qu'il a perdu avec la « managérialisation » de son métier. Enfin, le soutien social apparaît également comme une stratégie de *coping* efficace pour les cadres de santé. Il s'agirait alors de favoriser les échanges en organisant des séances d'analyse de pratiques professionnelles pour que les cadres de santé réfléchissent ensemble à la gestion de leur quotidien. L'analyse de pratiques professionnelles permet la prise de recul par rapport à l'action mais aussi le partage de connaissances. Dans la même optique, les établissements pourraient organiser le travail des cadres en binômes, au sein d'un même pôle, pour qu'ils puissent s'enrichir mutuellement et se soutenir dans les tâches quotidiennes. De même, les dirigeants hospitaliers pourraient créer des espaces dédiés à la discussion pour les cadres de santé. Cette étude mène également à penser qu'il serait intéressant de communiquer sur le sujet des tensions de rôle au sein des établissements hospitaliers pour notamment sensibiliser les directions de soins et les

directions de ressources humaines. Par ailleurs, les responsables d'enseignement des écoles qui forment les futurs managers d'établissements de santé devraient inclure l'apprentissage des tensions de rôle (en précisant les différents moyens d'y faire face) dans les modules dédiés à la gestion des ressources humaines. De même, dans les IFCS⁸ qui forment les cadres de santé. Si l'organisation hospitalière peut agir pour améliorer les situations de tensions de rôle, les cadres de santé peuvent aussi agir sur le plan individuel, pour diminuer leur stress professionnel engendré par des situations qu'ils ne maîtrisent pas. En effet, les résultats de cette étude démontrent que certaines stratégies de *coping* efficaces sont à favoriser par rapport à d'autres plus néfastes. Il s'avère être plus efficace d'utiliser un *coping* (tel que l'humour ou la réinterprétation positive) qui consiste à accepter de composer avec une réalité impossible à changer. Comme le souligne les auteurs de la revue *Vie sociale* dans un numéro sur l'humour en 2010, l'apprentissage et l'utilisation du rire peuvent aider dans le travail quotidien à résoudre des situations difficiles. Ladsous (2010) y évoque l'humour pour désamorcer des situations « dramatisées » que l'on peut trouver également dans les secteurs sanitaire et médico-social. Il en est de même concernant la réinterprétation positive et la prise de recul. Les formations en improvisation permettent de développer des comportements réflexes d'écoute, de réflexion et de réactivité qui aident à gérer de multiples sollicitations, avec le recul nécessaire. L'improvisation peut se traduire par plusieurs initiatives (manuels, stages,

8. IFCS : Institut de formation des cadres de santé.

ateliers d'improvisation) qui ont pour objectif d'accroître la réactivité aux imprévus et d'améliorer la performance des équipes (Bachir-Loopuyt *et al.*, 2010). Le yoga (et autres techniques de relaxation) est un autre moyen qui permet le détachement et la prise de recul sur les événements stressants quotidiens. Des études montrent que, par certains aspects (comme par exemple la méditation), il diminue le stress des individus (Adhia *et al.*, 2010).

CONCLUSION

De nombreux travaux ont montré les effets des tensions de rôle sur le stress professionnel. Au-delà des formes de tensions de rôle identifiées chez le cadre de santé, notre étude signale des stratégies d'ajustement, qui tantôt favorisent, tantôt atténuent le stress professionnel généré par ces formes de tensions de rôle. L'efficacité du travail du manager et de son organisation réside en partie dans la mise en place ou le

développement de « stratégies-ressources » individuelles et organisationnelles, pour gérer ces situations de tension. Cela paraît d'autant plus nécessaire à l'hôpital, où la légitimité des cadres est souvent menacée (Gentil et Orvain, 2018). Il convient de mentionner que cette contribution n'est qu'une étape dans la compréhension des comportements de réactions face aux tensions de rôle chez les cadres de santé. D'autres stratégies d'ajustement mériteraient d'être étudiées pour tenter de prévenir le stress professionnel dans un contexte en perpétuelle évolution. Au regard des résultats complémentaires sur le lien direct entre les stratégies de *coping* et le stress professionnel, il serait pertinent de faire évoluer le modèle de recherche, par exemple en positionnant le *coping* comme variable médiatrice. De même, il serait intéressant d'élargir l'échantillon aux cadres de santé travaillant dans des établissements de santé du secteur privé.

BIBLIOGRAPHIE

- Abord de Châtillon E. et Desmarais C. (2012). « Le nouveau management public est-il pathogène ? », *Management International*, vol. 16, n° 3, p. 10-24.
- Adhia H., Nagendra H.R. et Mahadevan B. (2010). "Impact of adoption of yoga way of life on organizational performance", *International Journal of Yoga*, vol. 3, n° 2, p. 55-66.
- Adriaenssens J. et Van Bogaert P. (2017). "Predictors of occupational stress and well-being in first-line nurse managers: A cross-sectional survey study", *International Journal of Nursing Studies*, vol. 73, p. 85-92.
- Bachir-Loopuyt T., Canonne C., Saint-Germier P. et Turquier B. (2010). « Improvisation : usages et transferts d'une catégorie », *Tracés*, n° 18, p. 5-20.
- Baruch-Feldman C., Brondolo E., Ben-Dayan D. et Schwartz J. (2002). "Sources of social support and burnout, job satisfaction, and productivity", *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 7, n° 1, p. 84-93.

- Beh L.S. et Loo L.H. (2012). "Job stress and coping mechanisms among nursing staff in public health services", *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, vol. 2, n° 7, p. 131-176.
- Belorgey N. (2010). *L'hôpital sous pression : Enquête sur le nouveau management public*, La Découverte, Paris,
- Belorgey N. (2009). *Réformer l'hôpital, soigner les patients : une sociologie ethnographique du nouveau management public*, Thèse de Doctorat en Sociologie, Paris EHESS.
- Brémond M., Mick A., Robert D., Pascal C. et Calveranne P. (2013). « Crises et tensions au sein de l'hôpital public : changer la donne ou donner le change », *Tribunes de la santé*, vol. 1, n° 38, p. 77-94.
- Bruchon-Schweitzer M.L. (2001). « Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress », *Recherche en soins infirmiers*, n° 67, p. 68-83.
- Brunel O. et Grima F. (2010). « Faire face au conflit travail/école : analyse des stratégies d'ajustement », *Revue M@n@gement*, vol. 13, n° 3, p. 172-204.
- Caplan R.D., Cobb S. et French J.R. (1975). "Relationships of cessation of smoking with job stress, personality, and social support", *Journal of Applied Psychology*, vol. 60, p. 211-219.
- Carricano M., Poujol F. et Bertrandias L. (2010). *Analyse de données avec SPSS*, Pearson Education France, Paris.
- Carver C.S. (1997). "You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE", *International Journal of Behavioral Medicine*, vol. 4, n° 1, p. 92-100.
- Codo S. (2012). « Le stress des managers intermédiaires territoriaux : le rôle de l'engagement au travail », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, vol. 3, n° 85, p. 20-35.
- Commeiras N., Loubès A. et Fournier C. (2009). « Les effets des tensions de rôle sur l'implication au travail : une étude auprès des managers de rayon », *Management International*, vol. 13, n° 4, p. 73-89.
- Danna K. et Griffin R.W. (1999). "Health and well-being in workplace: A review and synthesis of the literature", *Journal of management*, vol. 25, n° 3, p. 357-384.
- Dejours C. (1980). *Travail : usure mentale, Essai de psychopathologie du travail*, Éditions du Centurion, Paris.
- Demerouti E., Bakker A.B., Nachreiner F. et Schaufeli W.B. (2001). "The job demands resources model of burnout", *Journal of Applied Psychology*, vol. 86, p. 499-512.
- Djabi M. et Perrot S. (2016). « Tensions de rôle : proposition d'une grille d'analyse », *Management International*, vol. 21, n° 1, p. 140-148.
- Domin J.P. (2011). « La "gouvernance" Canada dry ou la reprise en main de l'hôpital par une nouvelle bureaucratie gestionnaire », *L'hôpital en réanimation*, Mas B., Pierru F., Smolski N. et Torrielli R. (sous la dir. de), Éditions du Croquant.
- Edwards D., Burnard P., Coyle D., Fothergill A. et Hannigan B. (2000). "Stressors, moderators and stress outcomes: findings from the all-Wales community mental health nurse study",

Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, vol. 7, n° 6, p. 529-537.

- Feroni I. et Kober-Smith A. (2005). « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne », *Revue française de sociologie*, vol. 46, p. 469-494.
- Fischer C.D. et Gitelson R. (1983). "A meta-analysis of correlates of the role conflict and role ambiguity", *Journal of Applied Psychology*, n° 68, p. 320-333.
- Frisch S.R., Dembeck P. et Shannon V. (1991) "The head nurse: Perception of stress and ways of coping", *Canadian Journal of Nursing Administration*, vol. 4, n° 4, p. 6-7, 9-13.
- Gentil S. et Orvain J. (2018). « Le travail de proximité des cadres à l'hôpital : caractéristiques et champs de tension », *Actes du Congrès de l'AGRH*.
- Georgescu I. (2010). *La pression financière interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements : le cas de l'hôpital public français*, Thèse de Doctorat en sciences de gestion, Université de Montpellier 1.
- Gheorghiu M.D. et Moatty F. (2014). « L'emploi et le travail hospitaliers à l'épreuve des réformes », *Les 4 pages du CEE*, n° 109.
- Glowinkowski S.P. et Cooper C.L. (1986). "Managers and professionals in business/industrial settings: The research evidence", *Journal of Organizational Behavior Management*, vol. 8, p. 177-193.
- Greenglass E.R. et Burke R.J. (2001). "Stress and the effects of hospital restructuring in nurses", *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 33, n° 2, p. 93-107.
- Harris P.E. (1989). "The nurse stress index", *Work & Stress*, vol. 3, n° 4, p. 335-346.
- Hayes A.F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*, Guilford Press, New-York, NY.
- Hobfoll S.E. (1989). "Conservation of resources", *American Psychologist*, n° 44, p. 513-524.
- Hood C. (1995). "The 'New public management' in the 1980s: Variations on a theme", *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20, p. 93-109.
- Idris M.K. (2011). "Over time effects of role stress on psychological strain among Malaysian public university academics", *International Journal of Business and Social Sciences*, vol. 2, n° 9, p. 154-161.
- Jackson S.E. et Schuler R.S. (1985). "A meta-analysis and conceptual critic of research on role conflict and role ambiguity in work setting", *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, n° 36, p. 16-78.
- Kahn R.L., Wolfe D.M., Quinn R.P., Snoeck J.D. et Rosenthal R.A. (1964). *Organizational Stress: Studies in Role Conflict and Ambiguity*, J. Wiley & Sons, New York.
- Kahn R.L. et Byosièrè P. (1992). *Stress in Organizations, Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (3), Dunnette M. et Hough L., Consulting Psychologists Press, Palo Alto, p. 571-650.

- Karasek R.A. (1979). "Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign", *Administrative Quarterly*, vol. 24, p. 285-304.
- Katz D. et Kahn R.L. (1966). *The Social Psychology of Organizations*, Wiley & son, New York.
- Kath L.M., Stichler J.F., Ehrhart M.G. et Sievers A. (2013). "Predictors of nurse manager stress: A dominance analysis of potential work environment stressors", *International Journal of Nursing Studies*, 50, p. 1474-1480.
- Ladsous J. (2010). « Dé dramatiser », *Vie Sociale*, n° 2, p. 45-47.
- Lazarus R.S. et Folkman S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*, Springer Publishing Company, New York.
- Lemyre L. et Tessier R. (1988). « Mesure de stress psychologique (MSP) : se sentir stressé(e) », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 20, p. 302-321.
- Loubès A. (1997). *Contribution à l'étude des tensions de rôle des agents de maîtrise en milieu industriel - Une étude empirique*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université de Montpellier 2.
- Mansour S. et Commeiras N. (2015). « Le conflit travail-famille médiatise-t-il les effets des conditions de travail sur le stress professionnel ? Une étude auprès du personnel en contact dans le secteur hôtelier », *Revue Gestion des Ressources Humaines*, n° 95, janvier-février-mars, p. 3-25.
- Miri S.A., Mansor N.M.A., Alkali A. et Chikaji A. (2014). "The role of first line nurse manager", *Review of European Studies*, vol. 6, n° 4, p. 31-41.
- Miyata A., Arai H. et Suga S. (2015). "Nurse managers stress and coping", *Open Journal of Nursing*, vol. 5, p. 957-964.
- Moisson V. et Roques O. (2005). « Stress et stratégies d'ajustement : une étude exploratoire sur les moyens de faire face développés par un service des urgences de nuit », *7^e Université de Printemps de l'IAS*.
- Montargot N., Cherkaoui W. et Peretti J.-M. (2013). Stress professionnel et stratégies d'ajustement dans un contexte hospitalier marocain, *Actes du 24^e Congrès de l'AGRH*.
- Montgomery C., Morin Y. et Demers S. (2010). « Le stress, les stratégies d'adaptation, le locus de contrôle et l'épuisement professionnel chez les professeurs universitaires francophones », *Revue canadienne d'enseignement supérieur*, vol. 10, p. 69-99.
- Netemeyer R.G., Boles J.S. et McMurrian R. (1996). "Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales", *Journal of Applied Psychology*, vol. 81, n° 4, p. 400-410.
- Newman S. et Lawler J. (2009). "Managing health care under NPM : A sisyphian challenge for nursing", *Journal of Sociology*, vol. 45, n° 4, p. 419-432.
- Orovioigoicoechea C. (1996). "The clinical nurse manager: A literature review", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 24, n° 6, p. 1273-1280.

- Or Z. (2011). La tarification à l'activité, instrument bénéfique ou maléfique ?, *L'hôpital en réanimation*, (sous la dir. de) Mas, B., Pierru, F., Smolski, N. et Torrielli, R., Éditions du Croquant.
- Ortqvist D. et Wincent J. (2006). "Prominent consequences of role stress: A meta-analytic review", *International Journal of Stress Management*, vol. 13, p. 399-422.
- Pargament K., et Brant C. (1998). "Religion and coping", *Handbook of Religion and Mental Health*, H. Koenig (Ed.), Academic Press, San Diego, p. 111-128.
- Parrocchetti J.P. (2012). *Stress, coping et traits de personnalité (névrosisme et lieu de contrôle) chez des sauveteurs et des conseillers du Pôle Emploi*, Thèse de Doctorat en Psychologie, Université Aix-Marseille.
- Pierru F. (2009). « Hospital Inc : Les professionnels de santé à l'épreuve de la gouvernance d'entreprise », *Enfances & Psy*, vol. 43, n° 2, p. 99-105.
- Rieben I. (2012). *Qualité de l'attachement dans la psychose et figures spirituelles*, Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Lausanne.
- Rivière A. (2014). *Tensions de rôle et stratégies d'ajustement chez les cadres de santé : une étude empirique à l'hôpital public*, Thèse de doctorat en Sciences de Gestion, Université de Montpellier 2.
- Rivière A., Commeiras N. et Loubès A. (2013). « Tensions de rôle et stratégies d'ajustement : une étude auprès de cadres de santé à l'hôpital », *Journal de Gestion et d'Économie Médicales*, vol. 31, n° 2-3, p. 142-162.
- Rizzo J.R., House R.J. et Lirtzman S.I. (1970). "Role conflict and ambiguity in complex organization", *Administrative Science Quarterly*, vol. 15, p. 150-163.
- Roger A. et Roques O. (1995). « Le stress au travail des cadres: déterminants et modes de réaction », *Actes du 6^e Congrès de l'AGRH*.
- Royal L. (2007). *Le phénomène des tensions de rôle chez le directeur adjoint d'école de l'ordre d'enseignement secondaire du Québec*, Thèse de doctorat en administration de l'éducation, Université de Montréal.
- Royal L. et Brassard A. (2010). « Comprendre les tensions de rôles afin de mieux prévenir et contribuer au bien-être des employés », *Gestion*, vol. 35, n° 3, p. 27-33.
- Safy F. (2011). *La relation entre souffrance et implication au travail dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources : le cas d'une organisation médico-sociale*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Paul Valéry - Montpellier 3.
- Sainsaulieu I. (2008). « Le cadre animateur, figure fragile d'une conciliation légitime », *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Eggers J., Sainsaulieu I., Picot G., Langlois E. et Vega A., Ed. Lamarre.
- Schaubroeck J.S., Cotton J.L. et Jennings K.R. (1989). "Antecedents and consequences of role stress: A covariance structure analysis", *Journal of Organizational Behavior*, vol. 10, p. 35-58.

- Sharma S., Durand R.M. et Gur-Arie O. (1981). "Identification and analysis of moderator variables", *Journal of Marketing Research*, vol. 18, p. 291-300.
- Shirey M.R. (2006). "Stress and coping in nurse managers: Two decades of research", *Nursing Economics*, vol. 24, n° 4, p. 193-211.
- Shirom A., Nirel N. et Vinokur A.D. (2010). "Work hours and caseload as predictors of physician burnout: The mediating effects by perceived workload and autonomy", *Applied Psychology*, vol. 59, n° 4, p. 539-565.
- Siegrist J. (1996). "Adverse health effects of high effort/low reward conditions", *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 1, p. 27-41.
- Skorga P. et Taunton R.L. (1989). "Factors associated with role stress in middle managers", *Journal of Nursing Administration*, vol. 19, n° 10, p. 4-22.
- Stora J.B. (2010). *Le stress*, coll. « Que sais-je ? » (8^e éd.), PUF.
- Suls J. et Fletcher B. (1985). "The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies: A meta-analysis", *Health Psychology*, vol. 4, p. 249-288.
- Trontin C., Lassagne M., Boini S. et Rinal S. (2010). *Le coût du stress professionnel en France en 2007*, INRS, Paris.