

**Sophie Michaudet épouse Randon**

**L'influence des trois formes de tensions de rôle sur l'absentéisme et l'intention de départ du personnel infirmier**

---

MICHAUDET épouse RANDON Sophie. *L'influence des trois formes de tensions de rôle sur l'absentéisme et l'intention de départ du personnel infirmier*, sous la direction de Christophe Baret. - Lyon : Université Jean Moulin (Lyon 3), 2015.

Disponible sur : [www.theses.fr/2015LYO30039](http://www.theses.fr/2015LYO30039)

---



Document diffusé sous le contrat Creative Commons « Paternité – pas d'utilisation commerciale - pas de modification » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.



Thèse pour l'obtention du grade de  
Docteur en Sciences de Gestion

**MICHAUDET EPOUSE RANDON Sophie**

**L'INFLUENCE DES TROIS FORMES DE TENSIONS DE ROLE  
SUR L'ABSENTEISME ET L'INTENTION DE DEPART DU  
PERSONNEL INFIRMIER**

25 Septembre 2015 à l'Université Jean Moulin Lyon 3

**DIRECTEUR DE THESE** Christophe BARET

Professeur des Universités - Université Aix-Marseille

**RAPPORTEURS**

Nathalie COMMEIRAS

Professeur des Universités - Université Pierre Mendès France  
Grenoble 2

Dominique MARTIN

Professeur des Universités - Université Rennes 1

**SUFFRAGANTS**

Florence DUMAS

Maître de conférences – Université Jean Moulin Lyon 3

Anne LOUBES

Maître de conférences HDR – Université Montpellier 2

L'Université n'entend donner ni approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse.

Ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

# Résumé

De plus en plus de contraintes pèsent sur les organisations avec de plus en plus de règles et de procédures à respecter. Ces contraintes ont une répercussion sur les salariés et se traduisent notamment par un surcroît de pression et de stress. Le secteur de la santé n'est pas épargné par ce phénomène de société avec des défis majeurs à relever : contenir l'augmentation des dépenses de santé, faire face aux progrès de la médecine et de la technologie, faire face également à la pression du public pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et répondre à une demande accrue due au vieillissement de la population.

Ces défis peuvent générer chez le personnel soignant de l'absentéisme et du turnover. L'absentéisme et le turnover du personnel infirmier représentent un problème de santé publique coûteux et désorganisant. Les travaux réalisés sur l'absentéisme et l'intention de départ montrent qu'il s'agit de concepts à la mécanique complexe. Une lecture de ces comportements à travers les concepts d'implication organisationnelle, de satisfaction au travail et de tensions de rôle permet d'appréhender la complexité de ces phénomènes.

Les précédents travaux sur les tensions de rôle n'ont jusqu'à présent jamais mesuré conjointement les trois formes de tensions de rôle. En effet, ils ont en majorité porté sur le conflit de rôle au détriment des deux autres formes de tensions de rôle (ambiguïté de rôle et surcharge de rôle). Une analyse simultanée des trois formes de tensions de rôle représenterait pourtant un intérêt managérial important puisqu'elle permettrait d'orienter préférentiellement les actions managériales sur la ou les formes de tensions de rôle qui sont véritablement des facteurs explicatifs des variables dépendantes. Cela conduirait à une meilleure adaptation des pratiques de Gestion des Ressources Humaines, et à terme favoriserait leur efficacité. Telle est l'ambition de notre travail de thèse.

Une première étude qualitative exploratoire, adossée à une revue rigoureuse de la littérature, nous a permis de construire des modèles de recherche que nous avons ensuite confrontés à l'épreuve des faits dans une étude quantitative mobilisant plus de 300 personnels infirmiers et une trentaine de cadres de santé. Notre travail contribue à éclairer le déterminisme des tensions de rôle dans le phénomène de turn-over, ou plus précisément dans les intentions de départ des personnels, ainsi que dans la satisfaction au travail, et l'implication organisationnelle. Nos résultats sont plus décevants s'agissant de l'absentéisme, ce qui souligne la difficulté de son étude et tend à confirmer la complexité de ce phénomène.

Mots-clés : *Tensions de rôle, Absentéisme , Intention de partir, Personnel infirmier, Satisfaction au travail, Implication organisationnelle*

# Remerciements

Au cours des cinq années que j'ai consacré à ce travail de thèse, j'ai eu à maintes reprises l'occasion de m'apercevoir que la plupart des personnes éloignées du secteur de la recherche semble penser que la préparation d'une thèse est un travail solitaire. Je pense que chaque Docteur sait qu'il n'en est rien. C'est pourquoi, je tiens en premier lieu à remercier maintenant toutes les personnes ayant contribué à l'aboutissement de ce travail de recherche. Elles sont nombreuses, aussi vais-je tenter de procéder par ordre chronologique.

Je tiens d'abord à remercier Monsieur le Professeur Samuel MERCIER, sur les conseils de qui j'ai muri le projet de préparer une thèse de Doctorat en Sciences de Gestion.

Je remercie également très sincèrement Mesdames Marie-Pierre HOMBERG et Anne PAULE sans qui ce travail de thèse n'aurait pu être initié et très certainement abouti. Merci pour leur soutien et leurs encouragements.

Je remercie ensuite mon Directeur de thèse Monsieur le Professeur Christophe BARET ainsi que Madame Florence DUMAS, pour leur disponibilité, leurs conseils avisés et leur suivi rigoureux, en particulier au cours de ces derniers mois au cours desquels ils ont consacré un temps précieux à l'aboutissement de ce travail de recherche.

Je remercie également chaleureusement les personnes du groupe de recherche en Ressources Humaines du centre de recherche Magellan, et en particulier Monsieur le Professeur Emérite Alain ROGER, pour leur écoute attentive et leurs conseils au cours des différents séminaires de recherche.

Un grand merci à Madame la Professeur Nathalie COMMEIRAS, pour sa bienveillance et ses conseils lors des présentations au cours des séminaires de recherche « Valentinois » durant lesquels nous avons eu l'occasion d'avoir de riches échanges. Je la remercie également d'avoir bien voulu participer à l'évaluation de ce travail.

J'en profite pour remercier Madame Anne LOUBES et Monsieur le Professeur Dominique MARTIN d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Enfin, je remercie Isabelle PERMINGEAT pour ses encouragements.

Je dédie cette thèse à Christophe GAY qui aurait été très fier d'assister à la soutenance de cette thèse.

# Table des matières

INTRODUCTION GENERALE.....	8
PARTIE 1 : REVUE DE LITTERATURE .....	20
Chapitre 1 – Revue de littérature sur l'absentéisme et l'intention de départ du personnel soignant .....	21
I.    L'absentéisme et l'intention de départ: les différentes dimensions du phénomène.....	21
1.1    Définitions de l'absentéisme.....	21
1.2    La signification de l'absentéisme en sciences de gestion .....	25
1.3    Les différentes approches de l'absentéisme.....	27
1.4    L'intention de partir .....	40
1.5    Le rapprochement entre les réformes hospitalières, l'absentéisme et l'intention de départ du personnel infirmier .....	41
1.6    Conclusion du I.....	52
II.    Quand notre question de recherche est confrontée aux travaux existants .....	53
2.1    La relation entre la satisfaction au travail et l'absentéisme .....	53
2.2.    La relation entre l'absentéisme et l'implication organisationnelle .....	62
Chapitre 2 - Lecture de l'absentéisme et de l'intention de partir des infirmières à travers le cadre conceptuel des tensions de rôle .....	70
I.    Les frontières du concept de tensions de rôle .....	71
1.1    Le rôle : un concept aux définitions multiples.....	71
1.2    Les rôles organisationnels.....	72
1.3    Les conflits de rôles .....	74
1.4    La surcharge de rôle.....	76
1.5    L'ambiguïté de rôle.....	76
1.6    Les conséquences des tensions de rôle .....	78
II.    Conclusion du chapitre 2 .....	80

PARTIE 2 : METHODOLOGIE ET RESULTATS .....	81
Chapitre 3 - L'étude qualitative .....	82
I. L'intérêt d'une démarche qualitative .....	82
1.1 Le recours aux méthodes mixtes (Mix-methods).....	82
1.2 Les guides d'entretien .....	84
II. La constitution de l'échantillon .....	89
III. La réalisation des entretiens .....	92
IV. Méthode d'analyse des données : analyse thématique de contenu (ATC) .....	93
V. Résultats de l'étude exploratoire .....	94
5.1 Les tensions de rôle chez les infirmières .....	94
5.2 La satisfaction au travail .....	111
5.3 L'implication organisationnelle chez le personnel infirmier .....	119
5.4 L'absentéisme et l'intention de partir .....	126
5.5 Ce qu'en pensent les cadres et les autres soignants .....	129
VI. Construction du modèle de recherche .....	139
6.1 Conclusion des résultats de l'étude exploratoire .....	142
6.2 Construction des hypothèses de recherche .....	143
6.3 Modèles de recherche mobilisés .....	154
Chapitre 4 : Validation des échelles de mesure et analyse de nos modèles de recherche.....	157
I. Opérationnalisation des concepts .....	157
1.1 Opérationnalisation des tensions de rôle.....	157
1.2 Opérationnalisation du concept de satisfaction au travail.....	161
1.3 Opérationnalisation de l'implication organisationnelle .....	164
1.4 Opérationnalisation de la variable absentéisme .....	166
II. Prétest de notre questionnaire.....	168
III. Description des données et de son mode de recueil .....	169
3.1 La collecte des données .....	169

3.2	Description de l'échantillon .....	170
3.3	L'absentéisme dans notre échantillon .....	173
IV.	Test des échelles par ACP .....	181
4.1	Analyse factorielle de premier ordre de l'échelle de mesure de l'ambiguïté de rôle 181	
4.2	Analyse factorielle de premier ordre de l'échelle de mesure du conflit de rôle ..	182
4.3	Analyse factorielle de premier ordre de l'échelle de mesure de la surcharge de rôle 184	
4.4	Analyse factorielle de premier ordre de l'échelle de mesure de l'implication organisationnelle .....	185
4.5	Analyse factorielle de premier ordre de l'échelle de mesure la satisfaction globale au travail.....	191
4.6	Analyse factorielle de premier ordre de l'échelle de mesure de l'intention de partir 192	
V.	Analyse des modèles à travers les régressions linéaires multiples.....	194
5.1	L'influence des tensions de rôle sur l'implication affectivo-normative .....	195
5.2	L'influence des tensions de rôle sur l'implication organisationnelle calculée ....	198
5.3	L'influence des tensions de rôle sur la satisfaction globale au travail.....	199
5.4	L'influence des tensions de rôle sur l'intention de partir .....	201
5.5	L'influence des tensions de rôle sur l'absentéisme.....	203
VI.	Synthèse des résultats .....	213
CHAPITRE 5 : Discussion et apports de la thèse .....		218
I.	Discussion des résultats.....	218
1.1	Résultats du modèle 1 relatif aux relations entre les trois formes de tensions de rôle et les dimensions affective et normative de l'implication organisationnelle .....	218
1.2	Résultats du modèle 2 relatif aux relations entre les trois formes de tensions de rôle et l'implication organisationnelle calculée .....	219
1.3	Résultats du modèle 3 relatif aux relations des trois formes de tensions de rôle sur la satisfaction globale au travail .....	220



1.4	Résultats du modèle 4 relatif aux relations entre les trois formes de tensions de rôle et l'intention de partir.....	222
1.5	Résultats du modèle 5 entre les trois formes de tensions de rôle et l'absentéisme avec discussion des deux médiations proposées. ....	222
II.	Apports de la thèse .....	223
2.1	Apports théoriques .....	223
2.2	Apport managérial .....	224
III.	Limites .....	226
3.1	Limites méthodologiques .....	226
3.2	Limites théoriques.....	228
CONCLUSION .....		230
ANNEXES .....		232
TABLE DES ILLUSTRATIONS .....		235
BIBLIOGRAPHIE .....		241

# INTRODUCTION GENERALE

De plus en plus de contraintes pèsent sur les organisations avec de nombreuses procédures à suivre ou de chartes à respecter. Le monde du travail connaît un certain malaise comme l'illustrent les très nombreux reportages et articles grands publics sur la question (« Mon boulot, quelle galère ! », Arte, 20 Mars 2012). Les organisations sanitaires et sociales ne sont pas épargnées par ce phénomène. Elles doivent aujourd'hui répondre à de nombreux défis comme contenir les dépenses de santé, répondre aux exigences accrues des patients sur la qualité et la sécurité des soins, faire face au vieillissement de la population et au progrès technologiques. Ces contraintes se traduisent par une augmentation de la pression ressentie par le personnel soignant, ce qui entraîne notamment de l'absentéisme. Une étude de la Société française de courtage d'assurances hospitalières (SOFCAH), illustre d'ailleurs bien l'existence de la problématique de l'absentéisme chez les soignants, puisqu'il déplore une gravité des absences, c'est-à-dire une augmentation de leur durée, ainsi qu'une augmentation de leur fréquence chez les agents hospitaliers.

## *Les soignants : une population en constante évolution*

Le travail des soignants hospitaliers est marqué par une évolution sensible depuis quelques années avec l'apparition de nouvelles tâches à effectuer qui augmentent leur charge de travail. Ainsi, certains auteurs soulignent un sentiment d'intensification des contraintes par les soignants (Raveyre & Ughetto, 2003). Ces auteurs notent que cela peut se traduire par un « *sentiment général de montée des exigences de leur activité* » dû notamment aux évolutions technologiques, à l'augmentation des actes administratifs et à une rotation plus élevée des personnes hospitalisées (Raveyre & Ughetto, 2003, p. 99). Ces bouleversements s'accompagnent d'une augmentation du nombre de protocoles à suivre qui ont pour but de répondre à une plus grande maîtrise des processus et à une plus grande sécurisation des soins. Ces protocoles de plus en plus nombreux, donnent le sentiment aux soignants d'un changement de la nature de leur travail ainsi que d'une augmentation de leur charge de travail. Les auteurs ayant étudié ce phénomène observent que les soignants ont « *l'impression frustrante d'être de moins en moins présents au côté du malade* », de réaliser un travail différent de la représentation qu'ils s'en faisaient, de ne pas disposer des moyens nécessaires

à un travail de qualité et de ne pas avoir le temps pour leur cœur de métier (Raveyre & Ughetto, 2003, p.102). Les soignants exercent une profession en contact direct avec le public, les patients et leur famille, ceux-ci étant jugés comme renforçant leur charge de travail. Les exigences croissantes de chacun des interlocuteurs du soignant (médecin, patient, administration...) peuvent entraîner des glissements de tâches. L'évolution du métier de soignant est toutefois marquée par un allègement des contraintes physiques, les contraintes ayant semble-t-il aujourd'hui, basculé du côté de la charge mentale. Raveyre et Ughetto observent qu' « *il revient aux personnels de parvenir à concilier des exigences parfois contradictoires : obtenir une rapidité d'exécution du travail qui ne mette pas en péril la qualité des soins, s'adapter à la contingence de chaque cas, tout en faisant face aux aléas qui ne manquent pas de venir contrarier le déroulement du processus* » (2003, p.106). Ainsi, le personnel soignant éprouve le sentiment de devoir répondre à l'injonction contradictoire d'une spécialisation croissante de leur profession due à une technicité accrue en même temps qu'une capacité de polyvalence. Les auteurs notent également qu'il peut y avoir pour les soignants « *une tension entre la réalité vécue et l'image que l'on voudrait se faire du travail, notamment celle fournie par les écoles de formation initiale* » (Raveyre & Ughetto, 2003, p.107) ce qui, au regard de la définition du processus de satisfaction au travail par la théorie de la divergence<sup>1</sup>, peut-être le signe d'une insatisfaction au travail.

### ***L'absentéisme : un phénomène désorganisant et coûteux***

L'absentéisme dans une organisation représente un enjeu important en raison de plusieurs points. D'une part, nombreux sont ceux, à l'image de Maley, à le considérer comme « *un baromètre très fidèle des dysfonctionnements d'une institution et de la qualité des conditions de travail* » (1995, p.24). D'autre part « *l'absentéisme pour raison de santé constitue un enjeu de gestion – par les désorganisations et les coûts, principalement cachés, qu'il suscite – [...]* » (Dumond, 2009, p.26). Comme le souligne très justement Dumond (2009), le coût lié à l'absentéisme n'est pas totalement visible et quantifiable. En effet, le non remplacement des agents induit des coûts institutionnels que Bureau et Genin (1981) nomment le « *coût de régulation* » (1981 : p.356) mais l'absentéisme agit également sur la motivation et la charge de travail des salariés présents ce qui entraîne parfois un cercle vicieux dans lequel

---

<sup>1</sup> Roussel (1996, p.72) définit le processus de satisfaction en se basant sur la théorie de la divergence comme étant « *le degré d'écart perçu par une personne entre ce que devrait être chaque aspect du travail [relation avec les collègues, salaire, intérêt du travail ou encore avancement] et ce qu'il est effectivement* » (Roussel, 1996, p.72)

l'absentéisme alimente l'absentéisme. L'absentéisme représente un problème important chez le personnel des organisations de santé parce qu'il est coûteux et lié à un stress évitable au travail tout en affectant la qualité et la continuité des soins (Davey et al., 2009 ; Lu et al., 2005 ; Matrunola, 1996 ; Taunton et al., 1995). De plus, il influerait sur le turnover du personnel soignant et sur l'ambiance de travail du service (Matrunola, 1996). Aussi, la problématique de l'absentéisme des salariés ne présente pas uniquement des enjeux financiers mais également des enjeux managériaux et organisationnels.

Le nombre conséquent de personnes concernées (environ 310 000 infirmiers et 180 000 aides-soignants travaillent dans un contexte hospitalier, public ou privé) et l'ampleur du phénomène de l'absentéisme chez le personnel soignant justifient le fait que notre travail de recherche porte sur cette population particulière. Le temps passé à refaire sans cesse les plannings est du temps qui n'est pas utilisé à une autre tâche comme celle d'améliorer la qualité des soins ou encore celle d'être auprès du patient. Ces modifications intempestives des plannings entraînent également des mécontentements de la part des soignants sollicités pour pallier le manque d'effectif soit en revenant sur des jours de repos soit en acceptant de faire des horaires coupés<sup>2</sup>, solutions de moins en moins facilement acceptées par les personnes concernées.

Si l'absentéisme ne représente pas simplement un enjeu économique, il reste que son coût financier est non négligeable et justifierait d'emblée que nous nous y intéressions. L'absentéisme du personnel soignant non médical a en effet un coût très élevé, 70 à 75% du budget de l'hôpital étant dédié à la masse salariale.

Les différentes études faisant le bilan de l'absentéisme dans les organisations sanitaires et sociales mettent en évidence une forte croissance de celui-ci. Ainsi, le bilan social des établissements de santé publié par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins en 2001, chiffre le nombre de jours moyen d'absence par agent à 23,3 jours pour les établissements de santé de plus de 3 000 agents. Dans la même lignée, en février 2006, un rapport de l'Institut Français de Recherche sur les Administrations Publiques (IFRAP) montre que les taux d'absentéisme dans la Fonction Publique Hospitalière atteignent 11%<sup>3</sup> contre

---

<sup>2</sup> L'horaire coupé consiste à travailler à deux moments différents de la journée, généralement une partie de son horaire est réalisé le matin et l'autre partie est réalisée le soir.

<sup>3</sup> Chiffre donné par DHOS 2000

5,5%<sup>4</sup> dans le secteur privé, tous secteurs privés confondus<sup>5</sup>. Ces chiffres ont été plus récemment confortés par les résultats du 4<sup>ème</sup> baromètre d'Alma Consulting Group<sup>6</sup> qui constate, pour l'année 2011, une « explosion » de l'absentéisme dans le secteur de la santé avec 6,61% (soit 24 jours). Le cabinet de conseil, expert en optimisation des coûts, note une dégradation de l'absentéisme dans le secteur de la santé depuis 5 ans. Cette dégradation serait due, selon le cabinet, à « *la féminisation des équipes, le management, l'organisation du travail, ainsi que les contraintes économiques et budgétaires que connaît le secteur* » (p.1). Néanmoins, la courbe de l'absentéisme dans le secteur de la santé s'inverse en 2012 avec un absentéisme qui ne s'élève « plus qu'à » 19,7 jours soit un taux de 5,37% selon la dernière édition de ce même baromètre<sup>7</sup>. Ce taux reste cependant plus élevé que celui de la plupart des autres secteurs d'activité<sup>8</sup>. Une étude spécifique à la fonction publique hospitalière<sup>9</sup> pointe une évolution de la structure des absences avec, en 5 ans, une augmentation de la gravité des absences de 10% et une fréquence en hausse de 12% avec un taux d'absentéisme qui varie de 10 à 14% selon l'effectif de l'établissement. En effet, l'étude met en évidence que les absences pour maladie ordinaire sont plus présentes dans les petites structures. L'étude observe que les agents hospitaliers sont également plus nombreux (+7%) à s'arrêter en 2011. Ces tendances semblent se poursuivre en 2012. Cette même étude chiffre le coût annuel de l'absentéisme par agent employé entre 2 589 et 3 640€ à la charge de l'employeur, ce montant ayant augmenté de 10% depuis 2007. Le 4<sup>ème</sup> baromètre d'Alma Consulting Group pointe également un coût moyen de maintien de salaire par journée d'absence plus élevé dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs.

---

<sup>4</sup> Chiffre donné par UIMM 2000

<sup>5</sup> Les résultats de cette étude sont à prendre avec précaution puisque les chiffres publiés proviennent de sources différentes (UIMM, DHOS, ANDCP, IGAS, CNAMTS) et sont donc probablement calculés de manière différente les uns des autres.

<sup>6</sup> Le baromètre a été réalisé de janvier à juin 2012 auprès des Directions des ressources humaines (DRH) de 241 entreprises représentant 408 834 salariés en 2011 (BTP, commerce, industrie, santé, services et transport).

<sup>7</sup> Le 5<sup>ème</sup> baromètre d'Alma Consulting Group a été administré par l'institut CSA du 18 mars au 6 mai 2013 auprès des DRH de 323 entreprises représentant 315 801 salariés en 2012. Ont été prises en compte les absences, toutes durées confondues, pour : maladie, accident de travail, accident de trajet et maladie professionnelle.

<sup>8</sup> Sur les 6 secteurs d'activité distingués par le cabinet de conseil, pour l'année 2012, le secteur de la santé a le second plus fort taux d'absentéisme derrière les services (5,46%). Le secteur ayant le plus faible taux d'absentéisme est le BTP avec 2,81%.

<sup>9</sup> Il s'agit d'étude réalisée chaque année par la Société Française de Courtage d'Assurances Hospitalières (SOFAH) auprès d'un échantillon moyen de 117 000 agents affiliés à la CNRACL répartis dans 1 000 établissements assurés pour toutes les natures d'arrêts (maladie ordinaire, maternité, longue maladie/longue durée, accident de service). Le champ d'étude est constitué de l'ensemble des arrêts de travail déclarés entre 2007 et 2011. 80 % des agents étudiés sont des femmes. L'essentiel des effectifs est âgé de 35 à 55 ans, avec une majorité d'agents âgés de 40 à 49 ans. 7 agents sur 10 travaillent dans la filière soignante et éducative.

Comment expliquer cette dégradation de l'absentéisme dans le secteur de la santé? Existe-t-il, au sein de ce secteur d'activité, une différence entre les taux d'absentéisme du public et ceux du privé?

### ***Focus sur la région Rhône-Alpes***

Nous avons décidé de faire un focus sur la région Rhône-Alpes puisqu'il s'agit du périmètre géographique plus particulièrement concerné par nos deux études. En effet, les 22 entretiens semi-directifs réalisés dans le cadre de notre étude qualitative exploratoire qui nous a servi à préciser les concepts et à construire notre modèle de recherche, se sont déroulés dans trois établissements de santé de la région Rhône-Alpes : Ain, Isère et Drôme. De plus, la majorité des répondants au questionnaire de notre étude quantitative exerce également dans la région Rhône-Alpes et ce, en raison du fait que le questionnaire a été distribué par le biais de l'Ifross (Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales et leurs réseaux), basé à Lyon. Afin d'avoir une meilleure connaissance de l'état de l'absentéisme dans cette région, nous nous sommes basés notamment sur les bilans de l'Agence Régionale de Santé (anciennement Agence Régionale de l'Hospitalisation de Rhône-Alpes).

Ainsi, un bilan réalisé de 2002 à 2005 par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes montre l'ampleur préoccupante du phénomène de l'absentéisme dans les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratifs (PSPH)<sup>10</sup>, du moins concernant la région Rhône-Alpes. Les motifs d'absence retenus dans ce document sont ceux du bilan social, données facilement disponibles, soit :

Absences pour raisons médicales : congés maladie, congé longue maladie et longue durée, congés pour maternité et adoption et congés pour accident du travail/trajet/Maladie professionnelle (ATTMP).

Absences pour raisons non médicales : congés pour formation et congés pour motif syndical

L'ARS Rhône-Alpes (2007, p.4) souligne qu' « *un taux global d'augmentation de 3% de jours d'absence est constaté [par rapport à l'étude précédente], ce qui représente 1 779 826*

---

<sup>10</sup> Les PSPH sont des établissements de santé privés à but non lucratif participant au service public hospitalier. Depuis la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST), les PSPH sont qualifiés d'ESPIC – établissements de santé privés d'intérêt collectif (<http://www.hopital.fr> consulté le 22 juin 2015)

*jours uniquement pour la région Rhône-Alpes* », tandis que les effectifs ont progressé de 7,6% (8% pour les établissements publics de santé EPS<sup>11</sup> et 4% pour les PSPH) avec un effectif total de 78 710 agents en 2005. Entre 2002 et 2005, le nombre moyen de jours d'absence par agent est donc de 23 jours. L'ARS Rhône-Alpes remarque que ce nombre est plus élevé d'au moins un jour moyen par agent par rapport aux résultats nationaux. Un des résultats intéressants du bilan de l'ARS Rhône-Alpes réalisé sur les données de l'absentéisme du personnel non médical des EPS et PSPH de 2002 à 2005 est que ce bilan « *objective [...] le fait que la mise en œuvre de la RTT dans les EPS ne s'est pas accompagnée d'une augmentation de l'absentéisme malgré les difficultés de recrutement constatées en début de déploiement du dispositif* » (ARHRA, 2007, p.5) car la progression des jours d'absence entre 1999 et 2001 atteignait les 9% tandis qu'il n'est « que » de 3% entre 2002 et 2005, malgré la mise en place des 35 heures dans les EPS et PSPH.

Il faut cependant remarquer que les recrutements liés à la mise en place des 35 heures dans les établissements PSPH et les SSR ont eu lieu principalement entre 1998 et 2000, tandis que ceux des EPS ont eu lieu entre 2002 et 2005. Le personnel nouvellement recruté a dû influencer sur la pyramide des âges et donc sur l'absentéisme dû à l'âge. Les départements reconnus habituellement comme sous dotés (Loire et Haute-Savoie) et ayant connu une augmentation significative de leur effectif, n'ont pas vu leur taux d'absentéisme baisser. De même, les hôpitaux locaux dont les effectifs ont augmenté de 17,5%, ont vu leur absentéisme moins baisser par rapport à la moyenne régionale.

Les établissements de Soins de Suite et de Rééducation (SSR) ont un taux d'absentéisme plus important que les autres établissements malgré une augmentation de 12% de leur effectif. Ainsi, selon cette étude, l'évolution quantitative des effectifs ne semble pas être une variable discriminante de l'absentéisme des soignants. L'ARS Rhône-Alpes calcule que « *année après année, l'organisation des soins régionaux constate l'absence de 8 500 agents, plus de 11% de l'effectif, soit un coût économique de plus de 316 M€ (sur la base d'un coût moyen de 37 000€ par agent* » (2007, p.5). En le traduisant à l'échelle nationale, le coût économique de l'absentéisme atteindrait 3 milliards d'euros, soit près de la moitié du déficit de l'assurance maladie à l'époque.

---

<sup>11</sup> Le secteur hospitalier français se caractérise par des établissements de santé privé et des établissements publics de santé. Ces derniers représentent 62% des lits (<http://www.hopital.fr> consulté le 22 juin 2015). Les établissements publics de santé regroupe les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux (hôpitaux, centres hospitaliers spécialisés, maison de retraite ou EHPAD...)

Le document ne s'étend pas sur le respect ou non de la ventilation des établissements faisant partie de l'échantillon par rapport à celle de la population mère. Nous ne saurons donc pas de prime abord, si la répartition des différents types d'établissements dans la région Rhône-Alpes est bien respectée. Aucune indication autre que le titre ne nous renseigne sur la population étudiée. Nous savons que le personnel médical est exclu de cette étude. Toutefois, aucun recoupement entre les taux d'absentéisme et les catégories socioprofessionnelles n'a été opéré. De plus, cette étude n'a qu'une portée géographique limitée puisqu'elle n'a été réalisée qu'auprès d'établissements de la région Rhône-Alpes. Enfin, malgré le fait que les chiffres de l'enquête méritent d'être étudiés, il ne s'agit que d'un bilan et aucune réponse ou réelle réflexion n'a été menée dans ce document de travail. Le bilan a toutefois le mérite de regrouper des chiffres riches et fiables sur les établissements de la région Rhône-Alpes.

### *Les arrêts de travail : des arrêts justifiés*

Les recherches sur l'absentéisme n'ont pas pour but de remettre en cause le bien-fondé des arrêts de travail, « l'absentéisme pour raison de santé [traduisant] un niveau de pathologies ou de besoin de repos, médicalement reconnu et dû dans une certaine mesure aux conditions de travail » (Dumond, 2009, p.26) mais d'en identifier les déterminants principaux afin de savoir mieux prévoir et mieux maîtriser le phénomène de l'absentéisme chez le personnel soignant.

L'absentéisme a fait l'objet d'une abondante littérature internationale de 1977 à 1996 avec en moyenne 25,6 articles académiques publiés chaque année durant cette période (Harrison et Martocchio, 1998). En tout, ce sont près de 500 articles, livres et chapitres qui traitent de l'absentéisme. Pourtant, l'absentéisme en France est un phénomène qui a été assez peu étudié car, selon l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires (IGAS)<sup>12</sup>, « l'image fortement négative dans le public et le désaccord des partenaires sociaux sur sa définition ont limité les investigations des administrations sociales comme des chercheurs. » En effet, la dernière enquête réalisée par les institutions scientifiques officielles date de 1990<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> IGAS, « *Les dépenses d'indemnités journalières* », Rapport IGAS n°2003 130, Octobre 2003, 156 p.

<sup>13</sup> Service des études et de la Statistiques (maintenant DARES), « *Les absences au travail en 1990* », Premières Informations, n°304, 22 octobre 1992



Il existe au moins deux façons d'appréhender la question de l'absentéisme. Soit en s'intéressant à ses conséquences, soit en se penchant sur ses causes. Il s'agit, au travers de notre démarche de recherche, d'identifier les facteurs agissant sur le phénomène afin de pouvoir davantage agir sur lui, le contrôler. En étudiant ses conséquences, nous serions confrontés au risque de n'établir qu'un constat sans véritable réflexion sur les actions à mettre en place pour faire évoluer le problème.

La question posée au départ de ce travail est donc d'identifier les facteurs de l'absentéisme et les leviers sur lesquels s'appuyer afin de le faire décroître. Dans le cadre de la construction de notre projet de recherche, un travail de définition du terme « absentéisme » et une revue de littérature sur les travaux ayant identifié les différents facteurs de l'absentéisme a été réalisé. Ensuite, des entretiens exploratoires auprès de divers professionnels ont été menés. Cette démarche sera l'objet de la première partie de ce travail. Ce processus nous a conduit à préciser la problématique qui sous-tend notre projet de recherche au regard du cadre conceptuel des tensions de rôle (Katz et Kahn, 1966). C'est ce que nous tentons de faire dans la seconde partie de ce document.

La profession infirmière est particulièrement soumise aux tensions de rôle. Ainsi, Baret & Robelet (2010) distinguent trois dimensions, parfois contradictoires, dans le métier d'infirmières : La dimension relationnelle (écoute, information et réconfort), la dimension technique (actes de soin) et la dimension administrative (saisie de données, recueil de documents). La coexistence de ces trois dimensions n'est pas toujours aisée et est susceptible d'entraîner des tensions de rôle. De plus, le personnel infirmier est soumis à des horaires atypiques (travail de nuit, le week-end) et fortement féminisée. Cette population est donc très certainement soumise au conflit de rôle particulier qu'est le conflit travail-famille.

**L'objectif du travail de recherche que nous entamons est de mieux comprendre les déterminants de l'absentéisme des infirmières et de leur intention de départ de l'organisation qui les emploie grâce à une démarche de conceptualisation et de mesure de l'influence des tensions de rôle.**

Le taux de rotation des infirmières en France en 2011 est de 10,9% d'après l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Le turnover est, comme l'absentéisme, désorganisant et engendre une perte de compétences pouvant avoir des conséquences en termes de santé publique.

La problématique de notre travail de recherche est l'analyse de l'influence de tensions de rôle sur l'absentéisme et l'intention de partir du personnel soignant. Il s'agit plus précisément d'étudier le déterminisme de l'absentéisme par les tensions de rôle. En nous appuyant sur des travaux effectués dans le secteur de la santé, notre question de recherche peut se décliner en diverses interrogations :

→ **Quelle est l'influence des tensions de rôle sur l'absentéisme et l'intention de départ du personnel infirmier ?**

→ **Quelles est la part de responsabilité de la satisfaction au travail ou de l'implication organisationnelle dans l'influence des tensions de rôle sur l'absentéisme et l'intention de partir des infirmières ?**

Nous nous centrerons plus particulièrement sur la satisfaction au travail et l'implication organisationnelle. Par conséquent notre recherche associe deux disciplines : la psychologie sociale et la gestion des ressources humaines.

### ***Le cadre conceptuel de la recherche***

Afin de répondre à ces interrogations, nous mobiliserons un cadre conceptuel issu de la psychologie sociale, celui des tensions de rôle. Le concept des tensions de rôle est apparu avec le développement de la notion de rôle et a fait l'objet d'une foisonnante littérature. De plus, à l'extérieur de leur environnement de travail, les infirmières peuvent également être responsables de famille éventuellement monoparentale. Les contraintes, en particulier en terme d'horaire, rendent parfois délicate la conciliation vie de famille et vie professionnelle. Le concept de conflit travail-famille faisant partie du cadre conceptuel des tensions de rôle, ce dernier pourrait être bien adapté à l'analyse des problématiques d'absentéisme de la population des infirmières. Cette forme de conflit bien que pertinente pour la population étudiée n'a pas été retenue. Nous avons dû faire des choix afin d'alléger le questionnaire et favoriser la participation des personnels à notre étude.

### ***La méthodologie de la recherche***

Notre approche est basée sur la méthode mixte (ou *mix-methods*), grâce à laquelle nous nous aiderons des résultats issus d'une première démarche qualitative pour construire notre modèle de recherche et formuler nos hypothèses avant de soumettre celles-ci à l'épreuve des faits dans notre étude quantitative. Afin de tester notre modèle conceptuel et les hypothèses théoriquement construites, nous choisissons de mobiliser les régressions linéaires.

### ***Intérêt de la recherche***

Notre travail de recherche présente de réels intérêts sur les plans théoriques, méthodologiques et managériaux.

### ***Intérêts théoriques***

Notre travail de recherche nous permet d'adapter un modèle de recherche déjà éprouvé concernant les intentions comportementales dont l'absentéisme et l'intention de départ développé par Steers et Rhodes (1990) et modifié par Neveu (1996) au personnel infirmier et d'y introduire le cadre conceptuel des tensions de rôle afin d'y ajouter la dimension organisationnelle qui lui faisait défaut.

De plus, jusqu'à présent la majorité des travaux portant sur les tensions de rôle n'appréhendent jamais simultanément l'ensemble des trois formes de tensions de rôle (conflit de rôle, ambiguïté de rôle et surcharge de rôle) mais testent les effets d'une forme ou d'une autre de tension de rôle. Certains travaux récents (Commeiras, Loubès et Fournier, 2009 ; Gilboa et al., 2008 ; Örtqvist et Wincent, 2006) déplorent cet état de faits et mettent en évidence des effets différenciés des différentes formes de tensions de rôle sur les variables indépendantes étudiées dans la littérature. Afin d'acquérir une meilleure compréhension du déterminisme des tensions de rôle sur les l'absentéisme et l'intention de départ, il est impératif de retenir une vision multidimensionnelle du concept de tensions de rôle. C'est pourquoi, notre recherche mesure l'influence simultanée des trois formes de tensions de rôle (ambiguïté de rôle, conflit de rôle et surcharge de rôle) sur l'implication organisationnelle, la satisfaction au travail, l'intention de partir et l'absentéisme du personnel infirmier. L'analyse de l'influence simultanée des trois formes de tensions de rôle sera l'un des apports théoriques de notre travail de recherche.

## *Intérêts managériaux*

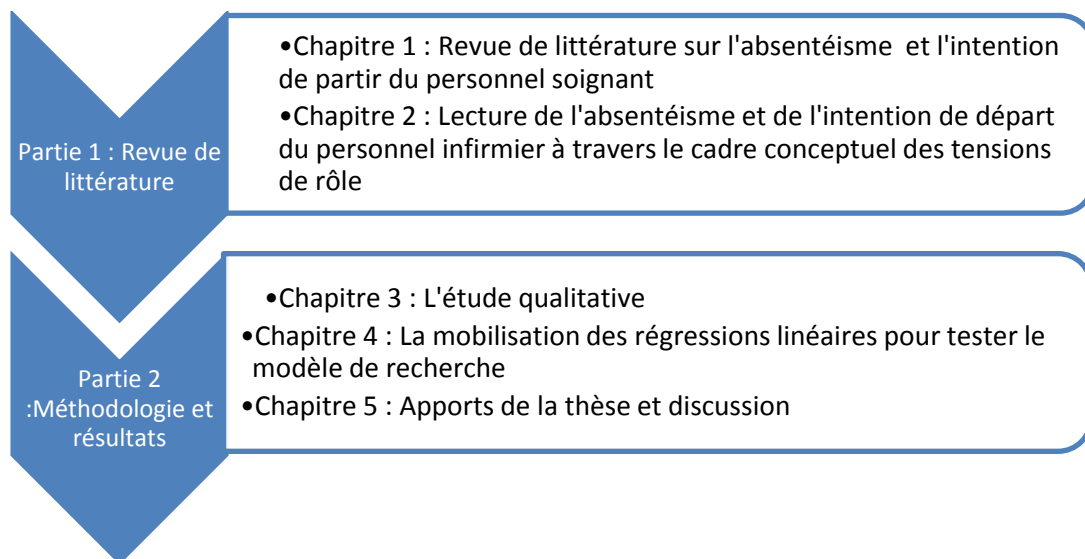
Au niveau managérial, notre étude permet de mieux comprendre et d'appréhender les mécanismes qui poussent le personnel infirmier à adopter certains comportements de désengagement vis-vis de leur métier ou de leur établissement de santé (absentéisme, intention de partir, baisse d'implication organisationnelle). Cette meilleure compréhension du déterminisme de ces comportements est un préalable indispensable à l'identification des leviers d'actions à déployer pour les endiguer ou tout du moins les contenir. Il s'agit de comportements coûteux, tant au plan financier qu'organisationnel, et qui présentent également des enjeux lourds en termes de santé publique

## *L'organisation de notre travail de recherche*

Notre travail de recherche s'articule autour de deux parties : une première conceptuelle et une seconde empirique.

Afin de mener cette recherche, notre travail doctoral suivra la structure suivante :

**Figure 1: La structure générale de la thèse**



Nous tenons à préciser que tout au long de ce travail de thèse, nous utiliserons le féminin pour désigner le personnel infirmier en le nommant « infirmières » malgré la présence de 20% d'hommes dans cette profession.



# **PARTIE 1 : REVUE DE LITTÉRATURE**

Dans cette partie, nous allons aborder l'absentéisme et l'intention de partir du personnel soignant en nous intéressant d'abord à l'ampleur du phénomène avant de nous intéresser aux différentes approches existantes sur ces phénomènes. Puis nous verrons les relations existantes entre l'absentéisme, la satisfaction au travail et l'implication organisationnelle.

# **Chapitre 1 – Revue de littérature sur l'absentéisme et l'intention de départ du personnel soignant**

## **I. L'absentéisme et l'intention de départ: les différentes dimensions du phénomène**

L'absentéisme est un phénomène complexe à étudier en raison d'une double problématique. Celle de sa définition d'abord, et celle de la multitude de facteurs dont il dépend ensuite. Pour ces raisons, après avoir mesuré l'ampleur du phénomène chez le personnel soignant, à travers l'analyse des différentes études récentes sur le sujet, nous vous proposons de préciser la définition de l'absentéisme mobilisée avant de nous positionner vis-à-vis des différentes approches de l'absentéisme mis en évidence au fil de la littérature.

### **1.1 Définitions de l'absentéisme**

Nicholson (1977) rappelle que la première question à se poser lorsque l'on souhaite étudier l'absentéisme n'est pas de savoir comment le mesurer mais est celle de savoir ce que c'est. Il

précise que lorsque l'on s'intéresse au comportement d'absence, il convient toujours de se poser la question du comportement de présence. Bien qu'incontournables dans les recherches sur l'absentéisme, les travaux de Nicholson ne donne pas une définition claire de ce qu'est l'absentéisme. Il précise simplement qu'il y a deux types d'absences, l'absence involontaire pour laquelle l'individu ne pouvait pas être présent au travail et l'absence volontaire, pour laquelle l'individu a fait le choix de ne pas être présent au travail alors qu'il aurait pu y être. Il qualifie les premières d'absences inévitables et les secondes d'absences évitables.

On ne trouve aucune définition de l'absentéisme par le Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité. Les références officielles à l'absentéisme concernent principalement l'absentéisme scolaire. En effet, le terme « absentéisme » n'est cité que six fois dans quatre codes : le code du commerce (art. R.225-104), le code de l'éducation (art. R.131-7), le code de l'action sociale et des familles (art. L.222-4-1 et art. R.222-4-1) et enfin, le code du travail. Ainsi, l'unique définition officielle de l'absentéisme au travail est celle donnée par le code du travail, dans son article R2323-17 relatif au bilan social, qui définit l'absentéisme comme « étant le nombre de jours d'absence exceptés les absences pour les diverses sortes de congés, les conflits et le service national ». Une annexe à l'article R.438-1 du code du travail y fait également référence.

Cette définition relativement large et vague est la plus facile à étudier puisque toutes les organisations ont l'obligation de fournir leur taux d'absentéisme défini comme précédemment chaque année dans leur bilan social. L'absentéisme étudié sous l'angle du bilan social permet également de distinguer le nombre de jours d'absence pour maladie, la répartition des absences pour maladie selon leur durée, le nombre de journées d'absence pour accidents du travail ou maladies professionnelles, le nombre de journées d'absence pour congés autorisés (événements familiaux, congés spéciaux pour les femmes...) et le nombre de journées d'absence imputables à d'autres causes. Dans les études analysées précédemment les formules de mesure de l'absentéisme étaient sensiblement les mêmes que celles retenues par le bilan social<sup>14</sup>. Cependant, l'étude du phénomène en ne se basant que sur ces chiffres est insuffisante car les données manquent de précisions. En effet, le bilan social ne permet pas de voir la

---

<sup>14</sup> Dans le 4<sup>ème</sup> baromètre d'Alma consulting Group, l'absentéisme est calculé selon la formule suivante :

$$\text{Taux d'absentéisme} = \frac{\text{Nombre de jours calendaires d'absence sur l'année} \times 100}{\text{Nombre de jours calendaires de l'année} \times \text{Effectifs CDI au 31 décembre}}$$

Dans l'étude de la SOFACH, le taux d'absentéisme théorique correspond à la part du temps de travail perdu en raison des absences (exprimé en %).



répartition de l'absentéisme selon la catégorie socioprofessionnelle, ni selon l'âge ou l'ancienneté dans l'entreprise ou dans la profession. Il convient donc de chercher ou de créer d'autres sources de données.

Le droit de la fonction publique, quant à lui, se contente de définir le terme de position d'activité. Il s'agit de « la position du fonctionnaire, qui titulaire d'un grade, exerce effectivement l'un des emplois correspondant à ce grade ». Il liste également les absences autorisées : congés annuels, congés bonifiés, congés maladie, congés maternité et liés aux charges parentales, les autorisations spéciales d'absence, le congé de formation professionnelle et le congé de formation syndicale.

Il existe un consensus pour ce qui est de la définition du terme absentéisme parmi les auteurs ayant étudié ce phénomène. Bonmati (1998) le définit comme « la non présence au travail et l'expression personnelle se traduisant par la diminution volontaire ou non de son temps réglementaire de travail. »

Celle donnée par Leteurtre nous semble la plus pertinente. Pour lui, il y a absentéisme « dès lors qu'une personne inscrite à l'effectif et au planning n'est physiquement pas présente à son travail » (1991, p.7). Cette définition n'intègre pas le présentéisme passif, « comportement d'absence au travail effectif masqué par une présence physique » (1991, p.7), qui peut se traduire par des pauses exagérément longues ou du bavardage entre collègues. Ce phénomène, pourtant très lié à la notion d'absentéisme, n'est, en effet, quasiment jamais intégré dans les précédentes définitions existantes. De plus, le présentéisme passif est difficilement étudiable et quantifiable. Aussi, il me semble plus aisé de ne prendre en compte que l'absentéisme réel au sens de ne pas être présent à son poste de travail.

Leteurtre a tenté d'établir une liste exhaustive des différents types d'absence (1991, p.7 et 8) : abandon de poste, absence non autorisée, grève interne, grève nationale, retards, absence autorisée, soins à enfant malade, rentrée scolaire, maladie courte durée, formation courte durée, accident du travail courte durée, heure de recherche d'emploi, heure de représentant du personnel, congé naissance/adoption, décès, maladie longue durée, mi-temps thérapeutique, formation longue durée, accident du travail longue durée, disponibilité, congé parental, visite médicale (médecine du travail), formation syndicale, délais de route et maternité.

Cette liste, qui se veut exhaustive, semble, comme la définition citée ci-dessus, faire également l'unanimité. Dans le cadre de notre recherche, nous retiendrons donc la définition

précédente donnée par Leteurtre (1991) car il s'agit, selon nous, d'une des définitions qui reflète le mieux l'absentéisme désorganisant qui sera le type d'absentéisme qui nous intéressera dans ce travail.

En effet, comme le signale Gallois (2009 p.21) « l'absentéisme le plus pénalisant est bien l'absentéisme de courte durée [...] qu'on hésite à remplacer ou qu'on ne pourra pas remplacer par une personne aussi compétente que le titulaire du poste ». La fréquence des absences est également très pénalisante d'un point de vue organisationnel car elle crée des « micro-dysfonctionnements de l'organisation » (Gallois, 2009).

Certains auteurs ont tenté d'établir une classification des différents types d'absentéisme. L'une d'entre elles distingue trois formes d'absentéisme en fonction des motifs d'absence (Savall et Zardet, 1987) :

- L'absentéisme incompressible, d'origine externe : maternité, soin à un enfant malade, congés pour événements familiaux
- L'absentéisme partiellement compressible grâce notamment à l'amélioration des conditions de travail : accidents du travail, arrêts maladie, absences injustifiées, retard, blessures, grèves internes...
- L'absentéisme représentatif d'une vie sociale au sein de l'organisation : formation professionnelle, heures de délégation

D'autres, à l'image de Nicholson (1977), ne distinguent que deux formes d'absence, les absences « non-culpable » qui représentent les absences involontaires ou autorisées (maladie, événement familiale ou encore problème de transport) et les absences « culpable » qui comptent les absences volontaires ou non approuvées et qui relèvent de la décision de l'agent d'être absent (Davey et al., 2009 ; Hammer & Landau, 1981 ; Buschak et al., 1996). Toutefois, ces auteurs remarquent que distinguer les absences volontaires des absences non volontaires sur la seule base des données disponibles dans les fichiers des employeurs n'est pas évident puisque les absences volontaires sont généralement catégorisées comme des absences pour maladie.

L'audit de l'absentéisme du personnel hospitalier de Leteurre (1991) est l'une des rares études riche et complète qui aborde de manière relativement complète de phénomène de l'absentéisme du personnel hospitalier. Cependant, cette étude ne s'intéresse qu'aux salariés de la fonction publique hospitalière et est relativement ancienne. La question de l'absentéisme dans ce secteur mérite donc d'être réétudié de façon approfondie compte tenu du phénomène d'accroissement de l'absentéisme chez le personnel soignant et des grands bouleversements ayant touché les organisations de santé ces dernières années.

## **1.2 La signification de l'absentéisme en sciences de gestion**

Le taux d'absentéisme d'une organisation n'a pas la même signification selon la spécialité à laquelle se réfère le chercheur. Bouville (2010) note qu'en médecine du travail, l'absentéisme est étudié comme un indicateur général de l'état de santé. En effet, l'accord national interprofessionnel sur le stress au travail signé le 2 juillet 2008 retient l'absentéisme comme l'un des indicateurs du stress et le rapport Nasse-Légéron (2008) retient l'absentéisme comme un des indicateurs pour l'évaluation des risques psychosociaux. Pour certains scientifiques, l'absentéisme est donc à la fois un indicateur de santé et un indicateur social (Chevalier et Goldberg, 1992 ; Marmot et al., 1995). Le Withdrawal Model de Johns (1997) note que pour beaucoup de Directeurs des Ressources Humaines (DRH), l'absentéisme s'inscrit dans un comportement de retrait du salarié (Bouville, 2010).

Selon certains auteurs, il existerait un taux d'absentéisme « optimal » (Martory, 2004). Cet optimum correspondrait à un seuil « repère » au-delà duquel il convient de mettre en place des actions correctives. En raison des conditions structurelles, il est impossible d'en fixer précisément le taux mais Martory (2004) estime qu'il doit se situer aux alentours de 1% de moins que le taux des années précédentes. Ainsi, si le taux moyen se situe autour de 6% les années précédentes, un taux de de 4 à 5% est correct. Au-delà de 8 à 10%, un plan d'action doit être mis en place.

L'absentéisme en sciences de gestion est avant tout un indicateur social (Thévenet & Vachette, 1992). Selon Bouville (2010), il existe au moins deux façons d'appréhender la

signification de la variation du taux d'absentéisme par les chercheurs. Ainsi l'absentéisme est :

Sous l'angle individuel

- une forme de « résistance au travail » (Bouquin, 2008)
- une protestation individuelle qui ne trouve pas de débouchés dans l'action collective (Groux & Pernot, 2008)

Sous l'angle collectif

- Un indice de dysfonctionnement organisationnel (Weiss, 1979 ; Giraud, 1987 ; Savall & Zardet, 1987)
- Un moyen de mesurer le climat social : « la façon dont les salariés vivent l'organisation où ils travaillent ; elle traduit le fait qu'ils s'y sentent bien ou pas, qu'ils s'y impliquent ou non ; qu'il décrit le sens et l'intensité des énergies qui circulent dans l'organisation » (Louart, 1991, p.51)
- Un indice de la plus ou moins bonne performance sociale d'une entreprise (Peretti et Vachette, 1987 ; Combenale & Igalens, 2005)

L'absentéisme a également été analysé comme une stratégie d'ajustement (*coping*) par certains chercheurs, le concept de coping désignant « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » selon Lazarus et Folkman (1984, p.114) traduit par Brunel (2002, p.159). En effet, un courant d'auteurs initié par Staw et Oldham (1978) met en évidence les effets « bénéfiques » de certaines absences occasionnelles sur l'organisation en permettant aux salariés de gérer les situations de stress (Hackett et Bycio, 2011). Cette approche analyse l'absentéisme comme une stratégie d'adaptation au travail par les salariés qui font ainsi face à des éléments stressants professionnellement comme la perception d'une faible autonomie associée à une forte charge de travail (Dwyer et Ganster, 1991) mais également à des éléments stressants non professionnels comme le manque de sommeil, les impératifs familiaux, un mauvais état de santé ou encore des affaires personnelles (Goodham & Atkin, 1984 ; Hackett, Bycio & Guion, 1989 ; Morgan & Herman, 1976).

Cependant, les stratégies de coping relèvent de stratégies conscientes et verbalisables (Brunel, 2002). Or, notre travail de recherche retient la définition de l'absentéisme de Leteurtre (1991) qui fait référence au fait de ne pas être présent alors qu'on est prévu au planning. Il s'agit donc d'une conception de l'absentéisme relativement large interrogeant le comportement d'absentéisme autant « conscient » qu'« inconscient », l'absentéisme volontaire et involontaire. Nous ne retiendrons donc pas la conception de l'absentéisme comme stratégie de coping dans ce travail de recherche. Nous aborderons l'absentéisme sous l'angle collectif comme indice de dysfonctionnement organisationnel.

### **1.3 Les différentes approches de l'absentéisme**

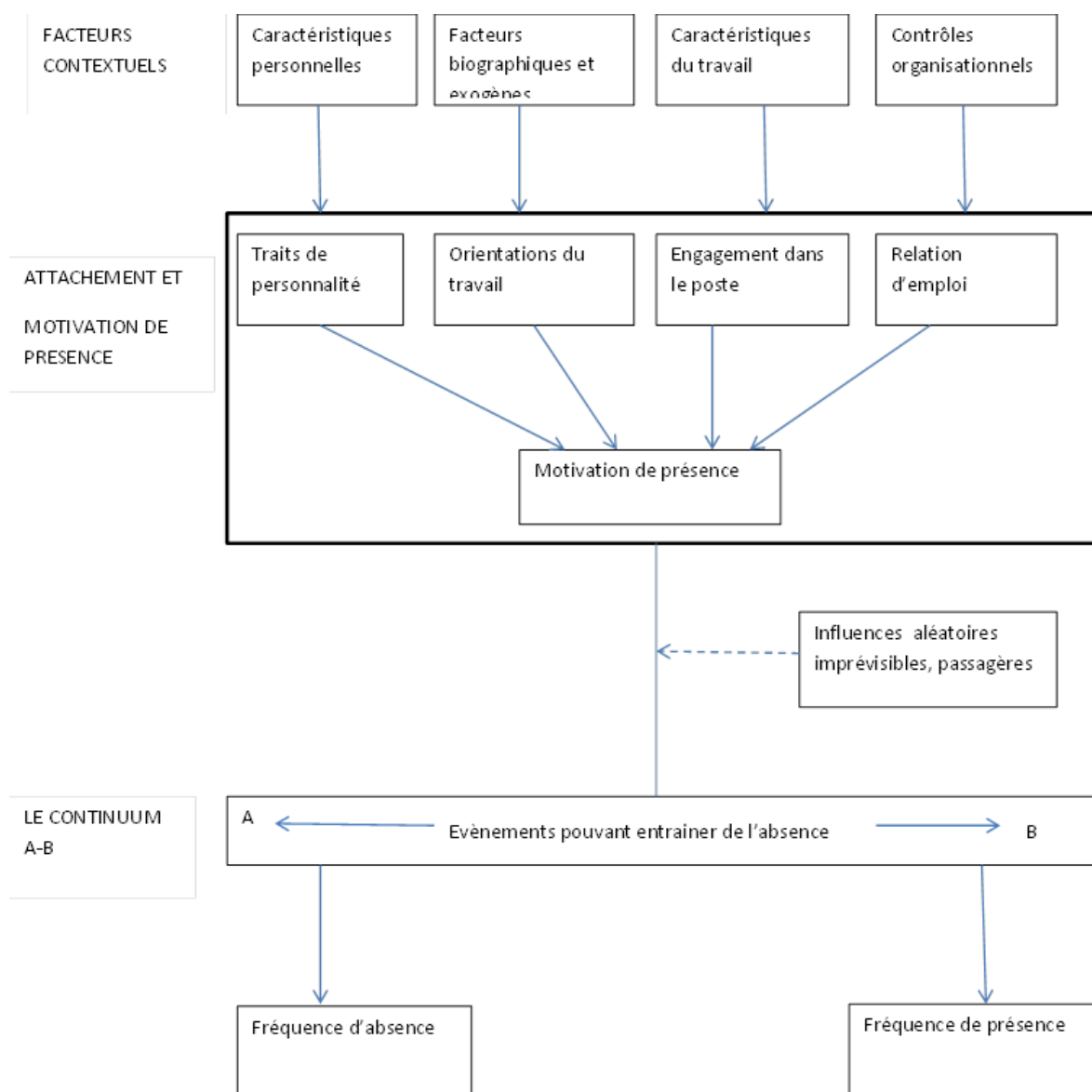
Deux modèles de l'absentéisme, bien que très anciens, sont très largement repris dans les études sur l'absentéisme. Le plus ancien est celui de Nicholson (1977).

Nicholson (1977) identifie trois modèles de l'absentéisme :

- Le modèle de la douleur et de l'évitement, l'absence y est décrite comme une fuite par rapport aux aspects négatifs du travail. L'absentéisme est appréhendé sous l'angle d'une échappatoire. L'auteur identifie cette approche comme l'approche « classique » de l'absentéisme qui analyse le phénomène à travers ses liens avec la satisfaction au travail. Beaucoup de chercheurs ayant analysé l'absentéisme à travers cette approche ont mis en évidence une relation négative entre la satisfaction au travail et les attitudes de retrait telles que le turnover ou l'absentéisme.
- Le modèle d'adaptation, d'ajustement et de désajustement où l'absence est étudiée comme le résultat d'une socialisation organisationnelle et d'un processus d'adaptation aux exigences du travail. Parmi les auteurs de cette approche, nous trouvons Hill et Trist (1953), Argyris (1960) ou encore Gibson (1966)
- Le modèle de décision dans lequel l'absence est perçue comme une décision rationnelle ou un processus de choix déterminé par des buts. Ce modèle comprend deux écoles de pensée : les rationalistes et les psychologues organisationnels. Le modèle de Vroom (1964) ou celui de Lawler et Porter (1967) appartient à cette approche de l'absentéisme.

Dans ces travaux de recherche de 1977, l'auteur en propose un quatrième s'intéressant aux motivations qui poussent à être présent au travail afin de prévoir les comportements d'absence. Ce modèle d'abord de réaliser une typologie d'absences en fonction des différentes caractéristiques des individus (type d'emploi occupé, âge, statut marital, nombre de personnes à charge...). Il nomme cela « the A-B continuum ». Pour arriver à cette proposition, l'auteur part du principe qu'un même évènement peut entraîner une absence chez une personne en mauvaise santé et occupant un poste physique et ne pas entraîner d'absence chez une autre ayant une santé solide et un poste administratif par exemple. Le modèle proposé par Nicholson intègre deux concepts : celui de la motivation à être présent au travail (« attendance motivation »), qu'il définit comme une inertie de présence pouvant être perturbée par des évènements « proximal » ; et l'attachement, « degré de dépendance du salarié vis-à-vis des régularités de la vie organisationnelle » (p.246). Les recherches sur l'absentéisme suggèrent quatre principaux groupes d'éléments influençant l'attachement : les traits de personnalité, les orientations du travail, l'engagement dans le poste et les relations d'emploi.

**Figure 2 : Modèle de recherche sur l'absentéisme de Nicholson (1977)**



Source : Nicholson (1977)

Le modèle de l'absence de Nicholson (1977) prédit qu'un fort attachement du salarié avec une forte motivation à être présent au travail régulièrement, rend l'influence des causes possibles d'absences sans effets.

Le second modèle est celui issu de la méta-analyse de Steers et Rhodes (1978) qui proposent sept variables articulées entre elles et expliquant l'absentéisme :

- La situation de travail
- Les valeurs professionnelles
- Les attentes professionnelles
- Les caractéristiques personnelles
- La satisfaction au travail

- La « pression » exercée par l'environnement
- La capacité à être présent

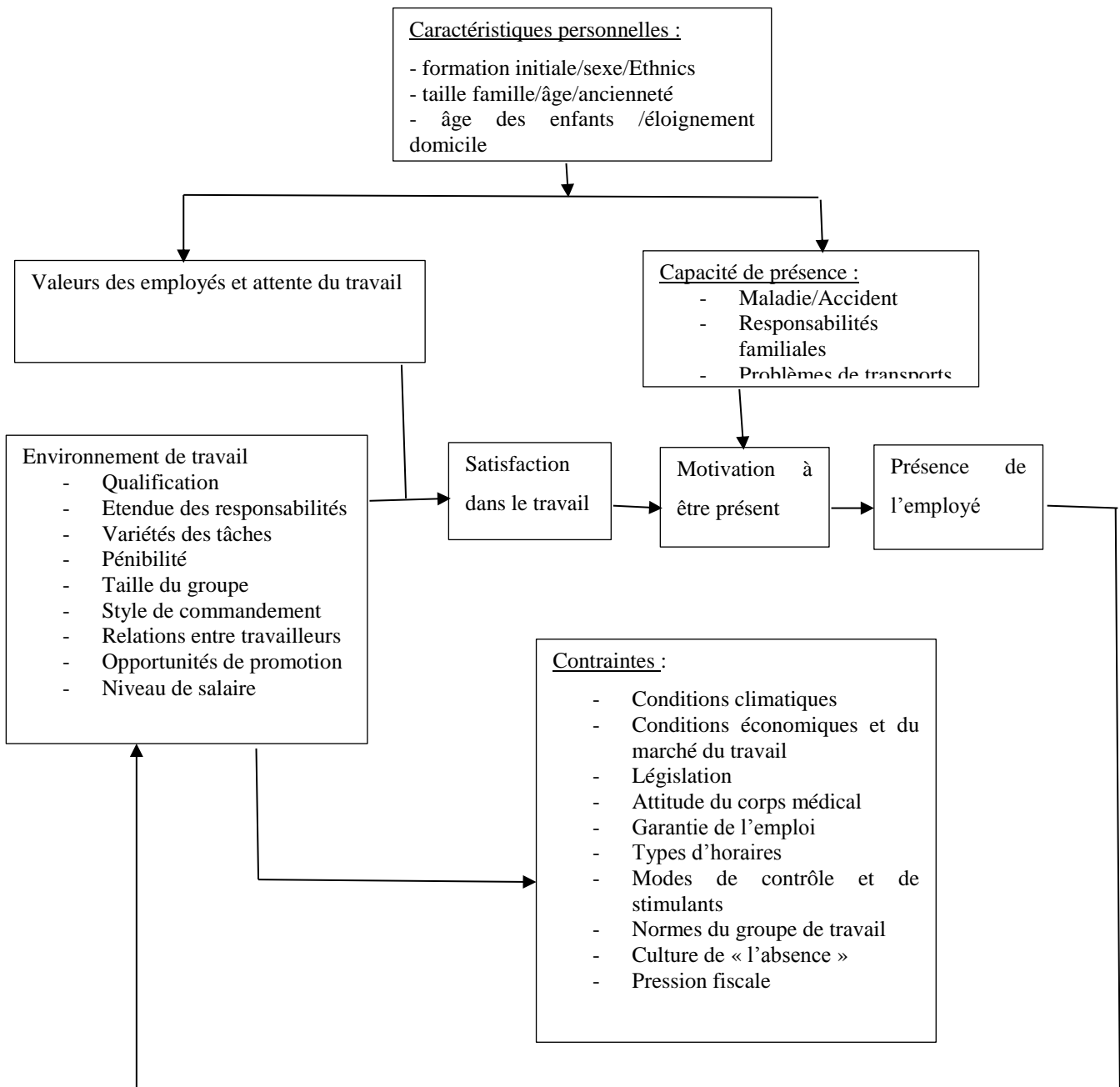


Figure 3 Modèle de l'absentéisme de Steers and Rhodes (1978)

Source : Bouville (2007)

Le modèle de recherche développé par les auteurs est très largement repris dans les travaux réalisés sur l'absentéisme et notamment sur l'absentéisme des infirmières (Davey et al.,



2009). Ainsi Goldberg et Waldman (2000), dans leur étude portant sur 244 soignants aux Etats-Unis, développent un modèle conceptuel sur la base des travaux de Brook et Price (1989) et de Steers et Rhodes (1978). Ce modèle inclus des facteurs individuels (statut marital, le nombre d'enfants, l'état de santé, la titularisation et la position professionnelle) ainsi que des facteurs situationnels (organizational permissiveness, problèmes de rôle, paie et caractéristiques du travail) et analyse leur influence sur la satisfaction au travail et l'absentéisme. Cependant, ce modèle souffre d'un certain nombre de limites. En premier lieu, il s'agit davantage d'une synthèse des déterminants de l'absentéisme que d'un modèle de recherche complet (Bouville, 2007). De plus, plusieurs auteurs soulignent les limites des modèles liant la satisfaction au travail à l'absentéisme (Nicholson et al., 1976 ; Hackett et Guion, 1985, Hackett et al., 1989). Dans le premier modèle, nous trouvons la variable « engagement au travail » tandis que dans le second, nous trouvons la « satisfaction au travail ». Ces deux variables se retrouvent dans l'analyse historique de l'étude de l'absentéisme réalisée par Bouville (2007).

Le troisième principal modèle de l'absentéisme est celui de Rhodes & Steers (1990).

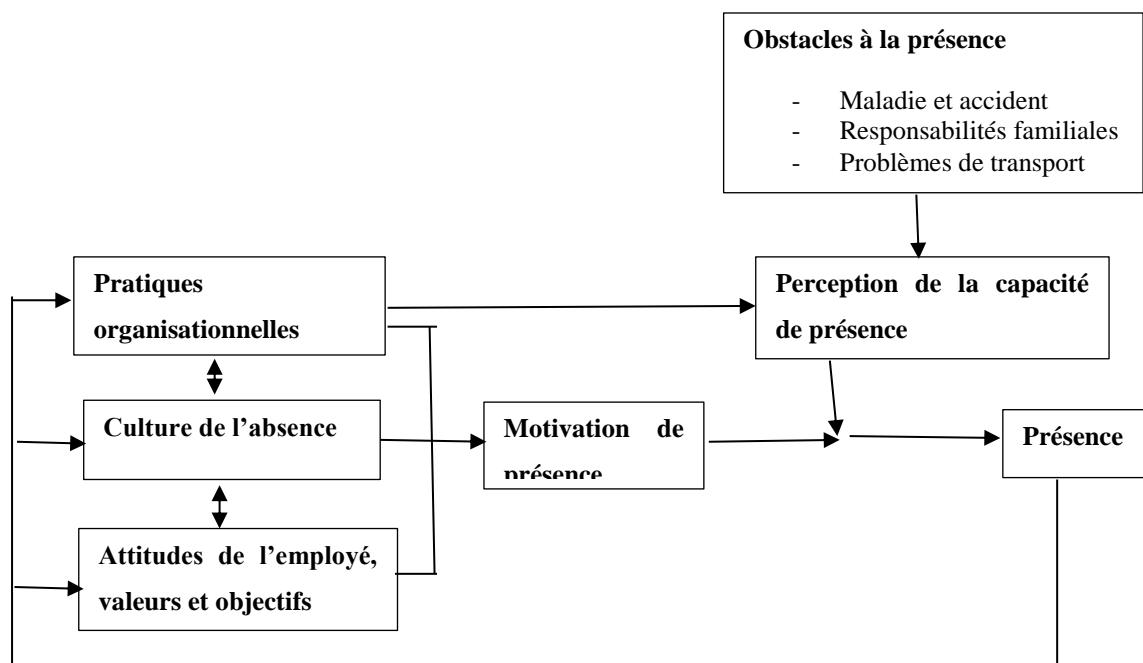


Figure 4 Modèle de diagnostic de l'assiduité

Source : Neveu (1996, p.114)

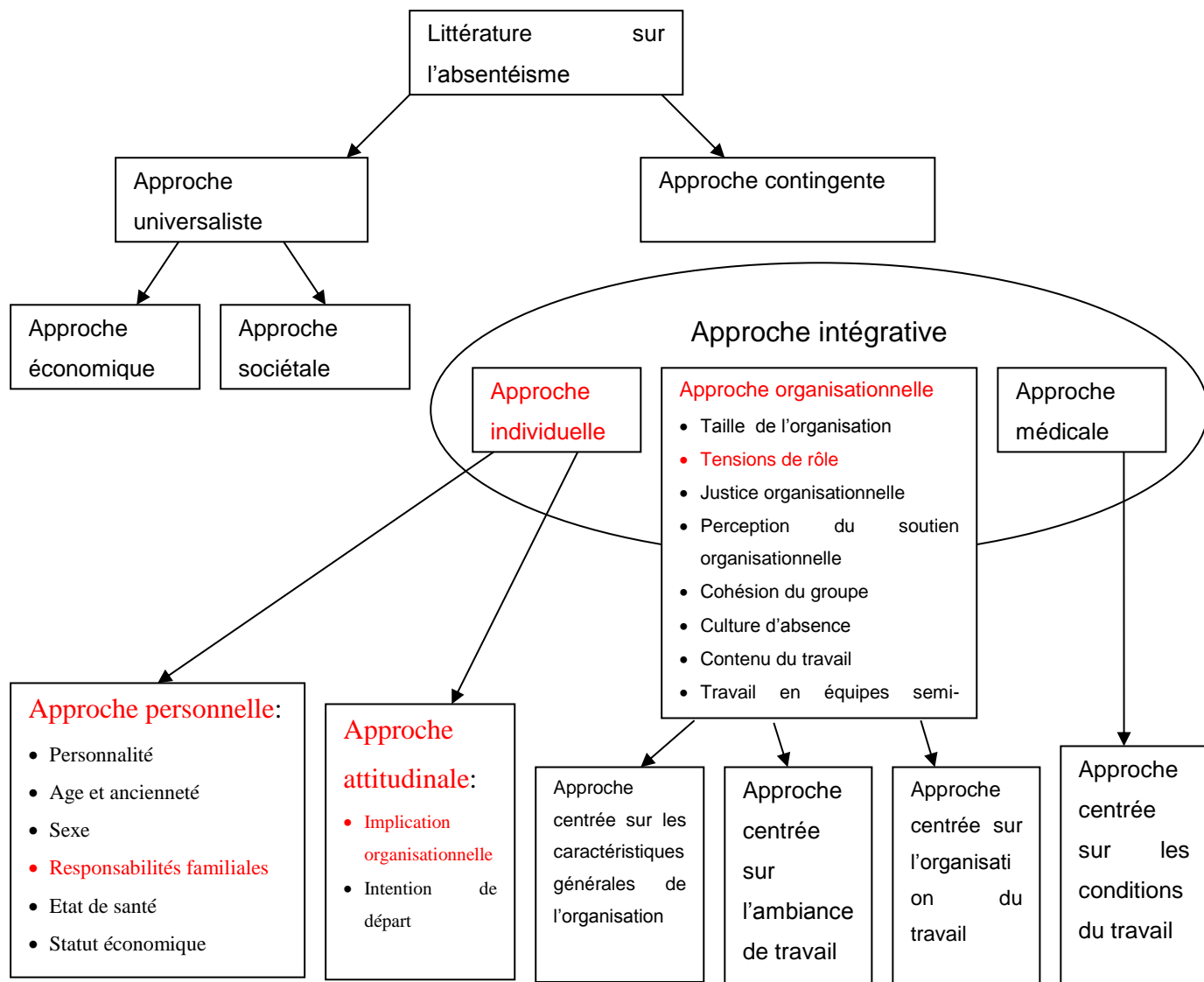
Bouville (2007) propose de distinguer trois grandes périodes dans l'histoire de l'étude de l'absentéisme illustrées par la Figure 5.

**Figure 5: Résumé des différentes modes d'étude de l'absentéisme selon Bouville (2007)**



Le même auteur (2009) propose également une typologie de l'ensemble des approches de l'absentéisme dans laquelle il associe les facteurs ayant un lien significatif prouvé scientifiquement.

**Figure 6 : Arborescence des approches de l'absentéisme**



Source : Bouville (2009)

Cette typologie des différentes approches de l'absentéisme en trois strates nous paraît relativement complète. Les approches retenant notre attention sont l'approche personnelle, l'approche attitudinale et l'approche organisationnelle et plus particulièrement les points suivants soulignés par Bouville (2009) :

L'approche personnelle

- Responsabilités familiales :

- La corrélation est positive entre le nombre d'enfants de moins de 6 ans et le nombre de jours d'absence<sup>15</sup> (Erickson, Nichols et Ritter, 2000)
- Le nombre de jours d'absences augmentent en présence de difficultés pour la garde des enfants<sup>16</sup> (Erickson et al. , 2000)

#### L'approche attitudinale

- Satisfaction au travail :
  - Les corrélations entre les différentes facettes de la satisfaction au travail<sup>17</sup> et l'absentéisme (durée et fréquence des absences) sont toutes inférieures à  $r=-27$ ,  $p<.05$  (Hackett, 1989)
- Implication organisationnelle<sup>18</sup> :
  - Il existe une corrélation négative entre l'implication organisationnelle affective et l'absentéisme (Mathieu et Zajac, 1990)
  - L'implication organisationnelle affective est corrélée négativement avec les absences annexées<sup>19</sup> (Somers, 1995)
  - Il n'y a pas de lien significatif entre la fréquence des absences et l'ensemble des facettes de l'implication organisationnelle (Somers, 1995)
  - Seule l'interaction entre l'implication affective et calculée a une influence sur les absences annexées mais non sur la fréquence des absences (Somers, 1995)
- Engagement dans le travail :
  - La corrélation entre l'engagement au travail et l'absentéisme est non significative (Brown, 1996)
- Intention de départ :
  - L'intention de départ et l'absentéisme sont corrélés positivement (Neveu, 1994)

#### L'approche organisationnelle :

- Les tensions de rôle (ambiguïté et conflit de rôle) :

---

<sup>15</sup> Ce lien n'est plus significatif après contrôle de l'âge, du sexe et du niveau d'éducation

<sup>16</sup> Ce lien n'est plus significatif après contrôle de l'âge, du sexe et du niveau d'éducation

<sup>17</sup> Selon Job Descriptive Index de Smith, Kendall et Hulin (1969), les cinq facettes qui composent la satisfaction au travail sont : le travail, la rémunération, la promotion, les supérieurs et les collègues

<sup>18</sup> Selon Somers (1995), l'implication organisationnelle est composée de trois facettes : affective, calculée et normative (Bouville, 2009)

<sup>19</sup> Les absences annexées sont le nombre de jours d'absence rattachés au week-end et aux vacances (Bouville, 2009)

- L'ambiguïté de rôle et l'absentéisme sont positivement et significativement corrélée (Jackson et Schuler, 1985)
- La corrélation n'est pas significative entre le conflit de rôle et l'absentéisme (Jackson et Schuler, 1985)

Les facteurs « satisfaction au travail » et « implication organisationnelle » et « tensions de rôle » retiennent particulièrement notre attention au regard de ce que nous avons pu lire sur l'absentéisme du personnel soignant et que nous développerons dans le chapitre suivant. La revue de littérature de Bouville (2009) permet de mettre en évidence une corrélation positive et significative entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme (Jackson et Schuler, 1985). Cependant, cette corrélation n'est pas significative entre le conflit de rôle et l'absentéisme. La méta-analyse étudiée par Bouville porte sur 43 articles scientifiques. Or ces articles ne concernent pas spécifiquement la population que nous étudions et ne précise pas le type d'absentéisme sur lequel porte ces résultats. Aussi, il nous semble important de ne pas rejeter l'existence de la relation négative entre le conflit de rôle et l'absentéisme.

Davey et al. (2009) distinguent surtout deux approches théoriques de l'absentéisme au travers de sa revue de littérature sur le sujet. Ainsi, l'absentéisme peut être étudié en utilisant l'approche de la culture de l'absence par Nicholson et Johns (1985) qui suggère que « le niveau de confiance et l'importance de la culture sont nécessaires pour que les membres développent une culture d'absence » (Davey, Cummings, Newburn-Cook, & Lo, 2009, p. 315). Dans cette approche, l'absentéisme est vu comme un évènement socialement construit et non comme un phénomène individuel. Cet objet de recherche peut également être abordé au travers de la théorie développée par ou par celle de Steers et Rhodes (1978) que nous avons abordé précédemment. D'autres approches moins répandues permettent également d'étudier le phénomène telle que celle développée par Brooke et Price (1989) ou encore celle de Morgan et Herman (1976) qui proposent d'aborder l'absentéisme comme un comportement volontaire de la part des salariés qui choisissent d'être présents ou non au travail.

### ***Des facteurs d'absentéisme différents selon la durée de l'absence***

Dans leur méta-analyse, Harrison et Martocchio (1998) établissent une classification des facteurs d'absentéisme en se basant sur la durée des absences qu'ils provoquent :

- Facteurs d'absentéisme de longue durée (> 1 an) : caractéristiques démographiques (Thomas & Thomas, 1994)
- Facteurs d'absentéisme de moyenne durée (3 mois à 1 an) : absence de diplômes (Nicholson & Johns, 1985), implication organisationnelle (Cohen, 1991), caractéristiques des tâches (Fried & Ferris, 1987)
- Facteurs d'absentéisme de courte durée (quelques jours à 3 mois) : grave stress dans la vie et au travail (Theorell et al, 1992) et une relative insatisfaction (Rosse & Miller, 1984)

La catégorisation des durées de l'absentéisme dans cette méta-analyse est en partie arbitraire mais se justifie également par le fait qu'il s'agisse des durées les plus souvent retenues dans les différentes études réalisées. Toutefois, les facteurs d'absentéisme des différentes durées d'absence semblent être liés. En effet, il y a un phénomène de cascade : les facteurs de l'absentéisme de longue durée découleraient des facteurs d'absentéisme de moyenne durée qui eux-mêmes découleraient des absences de courte durée. D'après la méta-analyse de Harrison et Martocchio (1998), l'étude des facteurs des absences des salariés est davantage basée sur la durée de l'absence que sur sa justification. Ainsi, il nous semble essentiel de préciser sur quel type d'absentéisme portera notre recherche : courte, moyenne ou longue durée. Presqu'aucune des différentes études citées ci-dessus ne précisent à quel type d'absentéisme elle s'intéresse. La méta-analyse de Harrison et Martocchio (1998) estime que l'absentéisme de moyenne durée (3 mois à 12 mois) a fait l'objet d'une littérature internationale abondante tandis que l'absentéisme de courte (1 jours à 3 mois) ou de longue durée (>12 mois) a été peu étudié. De plus, nous avons vu en introduction qu'en France, l'absentéisme en général a été peu étudié.

Le but de cette recherche étant surtout de mieux prévoir l'absentéisme afin de diminuer les désorganisations que ce phénomène ne manque pas de produire, il est tout naturel que ce soit l'absentéisme de courte durée (un jour à trois mois) que nous souhaitons tout particulièrement étudier. En effet, comme nous l'avons abordé lors de l'introduction, l'absentéisme entraîne un certain nombre de conséquences financières, sociales et organisationnelles. Nous estimons que l'absentéisme imprévisible (non prévu) de courte durée est le type d'absentéisme le plus désorganisant et donc ayant les conséquences, notamment organisationnelles, les plus lourdes.

L'une des principales conséquences des absences courtes est la désorganisation des services, ces absences ne faisant pas systématiquement l'objet d'un remplacement complet mais plutôt d'un réaménagement des plannings des permanents. Faisant partie du corps professionnel de la gestion des ressources humaines, c'est surtout aux conséquences organisationnelles provoquées par l'absentéisme que nous souhaitons apporter des solutions. De plus, l'absentéisme de courte durée, surtout lorsqu'il est répétitif, peut être révélateur d'un malaise social et d'une baisse de la motivation des salariés.

Suite à leur revue de littérature, Harrison et Martocchio (1998) identifient cinq classes de variables susceptibles d'être à l'origine de l'absentéisme. La classification obtenue par la vaste revue de littérature faite par Harrison et Martocchio (1998) met en évidence trois types de facteur selon qu'ils jouent sur le long, moyen et court terme. La classification qui se dessine est celle-ci :

- Distal origins ou origines distantes :
  - Personnalité
  - Caractéristiques démographiques (le genre, l'âge, la dépression, le tabagisme, l'alcoolisme, la drogue et le manque d'exercice)
- Medial origins ou origines médianes:
  - Attitudes à l'égard du travail comme le manque de satisfaction au travail, d'engagement professionnel, de sens dans le travail
  - Contexte social comme le travail de nuit, la rigidité des horaires de travail et une culture tolérante envers l'absentéisme.
- Proximal origins ou origines proches :
  - Absence d'incitations à la présence, des obstacles majeurs conjugués à une certaine pression, le constat d'injustices et l'absence de plaisir au travail.

Dans leur Méta-analyse, Harrison et Martocchio (1998) concluent que l'une des origines de moyen terme de l'absentéisme serait une relative insatisfaction au travail une attitude de retrait (Hulin, 1991 ; Hanisch & Hulin, 1990, Hulin et al., 1985, Rosse et Miller, 1984). Ces travaux, bien qu'essentiel à notre travail de recherche, ont été menés sur des populations différentes de celles nous concernant. En effet, notre population d'étude est le personnel



soignant non médical. De plus, ces travaux sont relativement anciens. Aussi, il nous faut réactualiser et adapter ses conclusions à la population qui nous intéresse aujourd'hui.

Dans son travail de recherche, Bouville (2009) s'est attaché à analyser les résultats de l'étude Sumer 2003 pour vérifier ses hypothèses. Cette étude a été réalisée entre juin 2002 et fin 2003 auprès de 49 984 salariés français, y compris des salariés des hôpitaux publics, à l'aide d'un questionnaire composé de deux parties, la première partie complétée lors de la visite médicale par le médecin du travail et la seconde par le salarié. Seuls 24 486 salariés ont répondu à la seconde partie du questionnaire. Ce dernier comprend le Job Questionnaire de Karasek et Theorell (1990), des questions sur la satisfaction au travail, la santé au travail, l'absentéisme, la violence au travail et le harcèlement. Le résultat de ce travail de recherche est synthétisé par le Tableau suivant :

**Tableau 1 : Médiateurs mis en évidence entre les facteurs organisationnels et les formes d'absentéisme par Bouville (2009)**

Type d'absentéisme	Variable(s) médiatrice(s) dominante(s)
Absentéisme attitudinal (absentéisme de fréquence élevée et de durée courte)	Satisfaction au travail
Absentéisme médical (absentéisme de fréquence faible et de durée longue)	Santé au travail
Absentéisme ponctuel (absentéisme de fréquence faible de durée courte)	Intention de rester
Absentéisme cumulatif (absentéisme de fréquence élevée et de durée longue)	Satisfaction au travail, intention de rester et santé au travail

Les résultats des études réalisées par Bouville nous éclairent sur les facteurs de l'absentéisme et nous permettent d'envisager une opérationnalisation de l'absentéisme. Cependant, la méthodologie qu'il mobilise souffre d'une certaine faiblesse puisque ses conclusions sont essentiellement basées sur une étude n'utilisant pas exclusivement des échelles scientifiquement validées (l'enquête SUMER). De notre côté, notre démarche fera appel uniquement à des échelles scientifiquement validées comme l'échelle de Rizzo pour la mesure des tensions de rôle par exemple. De plus, le travail de recherche de Bouville concerne une population plus large que celle que nous nous apprêtons à étudier. En effet, l'enquête SUMER, dont il utilise les résultats, porte sur l'ensemble des salariés français et non

uniquement sur le personnel soignant, population particulière sur laquelle nous avons choisi de nous pencher.

Bouville (2010) a de nouveau utilisé les données fournies par l'enquête Sumer 2003 et a mis en évidence que l'absentéisme est lié significativement à :

- La densité du travail
- La certification ISO 9000
- Les contraintes industrielle et temporelle

Tandis qu'il n'est pas lié significativement à :

- Le niveau de responsabilité
- La contrainte marchande

L'auteur conclue donc que les nouvelles pratiques organisationnelles constituent de nouvelles contraintes contribuant à augmenter l'absentéisme des salariés. Il distingue trois types de contraintes composant l'intensité du travail dont deux liées significativement avec l'absentéisme : temporelle, industrielle et marchande. Les associations entre intensité du travail et absentéisme ont été jusque-là peu explorées. Trinkoff et al..(2001) ont montré que la contrainte temporelle, c'est-à-dire le fait de devoir travailler rapidement, est corrélée positivement à l'absentéisme. Cependant, Greiner et al. (1998) ne mettent pas en évidence de relation significative entre ces deux variables.

## **1.4 L'intention de partir**

Comme le souligne Neveu (1996), le *turnover* entraînant le départ des salariés doit représenter l'une des préoccupations majeures des gestionnaires d'aujourd'hui dans la mesure où ces derniers se doivent de maîtriser leur environnement.

La majorité des chercheurs étudiant le turnover s'appuie sur une mesure de l'intention de partir plutôt que sur le départ réel des individus. C'est cette approche que nous allons retenir dans ce travail de thèse pour plusieurs raisons. D'abord, cette démarche se justifie méthodologiquement. En effet, analyser les causes d'un départ réel d'une entreprise nécessiterait d'interroger à posteriori des individus ayant quitté celle-ci, ce qui n'est pas aisé. De plus, comme souligné précédemment, il s'agit d'une variable généralement mobilisée par les chercheurs étudiant le turnover des salariés (Steel & Lounsbury, 2009).

Plusieurs approches de l'intention de partir se sont succédées depuis ces dernières décennies. L'une des premières approches est celle de March et Simon (1958) qui s'appuie sur la satisfaction au travail et sur deux composantes : l'attraction ressentie d'un changement et la facilité perçue de changer pour expliquer l'intention de quitter son organisation. Il s'agit d'un modèle très souvent cité mais très peu utilisé (Neveu, 1996). Le modèle de Price (1977), quant à lui, mobilisent des déterminants structurels et individuels en rapport avec le travail (rémunération, intégration, communication instrumentale, communication formelle, centralisation) pour expliquer l'intention de partir. D'autres modèles plus complexes comme celui de Mobley (1977) intègrent des chronologies de faits en s'intéressant aux processus cognitifs et comportementaux à l'origine de l'intention de partir.

## **1.5 Le rapprochement entre les réformes hospitalières, l'absentéisme et l'intention de départ du personnel infirmier**

Dumond (2009) étudie le lien entre la représentation des réformes hospitalières et l'absentéisme au travers d'études empiriques réalisées à partir d'un questionnaire dispensé par la médecine du travail. La revue de littérature réalisée par Dumond permet d'identifier six variables expliquant l'évolution d'un taux d'absentéisme (2009, p.29) :

- Le processus de production des données qui peut évoluer dans le temps
- Les règles juridiques de gestion de l'absence et les conditions économiques d'emploi
- La structure démographique
- L'évolution des normes sociales
- Les conditions de vie
- Les conditions et les relations de travail

Les trois premières variables citées ci-dessus peuvent être facilement contrôlées. En effet, le processus de production des données, les règles juridiques de gestion et les conditions économiques d'emploi ainsi que la structure démographique sont des éléments relativement faciles à neutraliser. En revanche, un absentéisme dû à l'évolution des normes sociales et aux

conditions de vie a très peu de chance d'être influencé par les organisations. En effet, l'évolution des normes sociales n'est presque pas perceptible et n'est pas maîtrisable par l'organisation. De plus, cette dernière peut très difficilement investiguer et influencer les conditions de vie de ses salariés.

Ainsi selon Dumond « l'évolution de l'absentéisme peut être considéré comme le résultat [de] la transformation des conditions et des relations de travail » (2009, p.30). C'est-à-dire que, selon Dumond (2009) et son interprétation des quatre méta-analyses réalisées<sup>20</sup> sur le sujet de l'absentéisme, l'évolution de l'absentéisme dû à des responsabilités organisationnelles est le résultat de la sixième variable citée plus haut : les conditions et les relations de travail. Deux postulats s'ajoutent à cette affirmation : la stabilité des variables difficiles à contrôler et le contrôle du processus administratif de production de l'indicateur d'absentéisme, les caractéristiques de l'environnement juridique et économique ainsi que la structure démographique. Il est donc nécessaire, pour étudier l'évolution de l'absentéisme lié aux conditions et aux relations de travail, d'obtenir des données prenant en compte les mêmes motifs d'absentéisme d'une fois sur l'autre, relatives à des populations ayant la même répartition démographique, dans des organisations identiques juridiquement et économiquement.

### ***Comparaison de l'absentéisme du personnel soignant entre plusieurs pays d'Europe***

L'étude « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe » de PRESST-NEXT réalisée en 2002 auprès d'un échantillon représentatif national français de 5 376 soignants (2 674 infirmiers et infirmiers spécialisés, 648 cadres de santé, 2 043 Aide Soignantes (AS) et Agents de Service Hospitaliers (ASH)) du secteur privé et public dont 2

---

<sup>20</sup> Dans son article, Dumond a étudié les quatre méta-analyses suivantes :

HARRISON (D.-A.), MARTOCCHIO (J.-J.), "Time for absenteeism: A 20-year review of origins, offshoots and outcomes", *Journal of Management*, 1998; 24 (3): 305-351.

NICHOLSON (N.) "Absence behavior and attendance motivation: a conceptual synthesis." *Journal of Management Studies* 1977; 14: 231-252.

STEERS (R.-M.), RHODES (S.-R.) "Major influences on employee attendance: a process model. " *Journal of Applied Psychology* 1978; 63: 391-407.

STEPHEN (D.), ERWIN (P.-J.), IVERSON (R.-D.), AMBROSE (M.-L.) "The determinants of absenteeism: evidence from australian blue-collar employees." *International Journal of Human Resource Management* 1995; 6 (4): 825-849.

établissements de l'AP-HP, menée au niveau européen<sup>21</sup>, montre que 17,3% des soignants interrogés en France, 17,2% en Finlande et 16,8% en Allemagne, déclarent avoir eu des arrêts de travail pour maladie d'une durée supérieure ou égale à 15 jours au cours des douze derniers mois. Cette étude montre toutefois, que la France ne fait pas partie des pays ayant le plus de « petits arrêts » pour raison de santé. En Europe, c'est en Grande-Bretagne, Norvège, aux Pays-Bas et en Finlande que les arrêts inférieurs à 5 jours sont les plus élevés. En France, 9,8% des soignants interrogés ont déclaré avoir eu un arrêt de 1 à 3 jours et 8,2% de 5 à 14 jours. Les arrêts de plus de 5 jours concernent des problèmes de santé mentale avant de concerner des problèmes de santé physique puis des caractéristiques personnelles.

L'enquête PRESST-NEXT (Estryn-Behar, 2002, p.21) menée auprès de plusieurs pays européens dont la France traite de la santé et de la satisfaction des soignants au travail afin de mieux comprendre les nombreux départs précoces de la profession. Elle ne traite qu'indirectement du phénomène de l'absentéisme mais présente des apports importants sur le sujet. L'absentéisme y est abordé car les auteurs partent du postulat que l'insatisfaction au travail peut se traduire de deux manières : par l'absentéisme et par l'abandon du métier de soignant. Il est donc intéressant d'étudier la satisfaction des soignants au travail car il s'agit selon toute vraisemblance d'un déterminant de l'absentéisme. De plus, cette enquête a une visée comparative au niveau européen<sup>22</sup>. Elle nous permet donc d'étudier les données des autres pays d'Europe. Ce sont les données récoltées concernant la France qui vont principalement nous intéresser.

Les principaux motifs de satisfaction et d'insatisfaction sur les 10 pays étudiés qui sont ressortis de cette enquête sont :

- Le salaire par rapport aux besoins financiers
- Le soutien psychologique
- Les conditions physiques de travail
- La possibilité de donner des soins adéquats
- Les perspectives professionnelles

---

<sup>21</sup> Seuls 10 pays européens ont été étudiés : Pays-Bas, Belgique, Allemagne, Finlande, France, Grande-Bretagne, Italie, Norvège, Pologne et Slovaquie. L'échantillon français contient 5 376 soignants dont 2 674 infirmiers et infirmiers spécialisés, 648 cadres, 2 043 AS et ASH, incluant deux établissements de l'AP-HP. La proportion des catégories de personnel est relativement fidèle à la répartition nationale réelle.

<sup>22</sup> Seuls 10 pays européens ont été étudiés : Pays-Bas, Belgique, Allemagne, Finlande, France, Grande-Bretagne, Italie, Norvège, Pologne et Slovaquie

- Le temps de chevauchement pour transmission
- Utilisation des compétences

En France, la demande de soutien psychologique arrive en première position des motifs d'insatisfaction avec 66,1% des soignants interrogés qui le mentionne. 56,5% des soignants se disent insatisfaits du temps de chevauchement pour les transmissions qui est pourtant indispensable à une prise en charge globale des patients. 49,5% des soignants se déclarent insatisfaits de la qualité des soins donnés et 85,7% des infirmiers et infirmiers spécialisés craignent de faire des erreurs. Selon l'étude PRESST-NEXT, « la qualité d'une organisation dépend, pour une large part, de son infrastructure sociale [...] Pour permettre l'épanouissement des salariés, les réseaux doivent agir vers un but commun et créer des environnements d'apprentissage interactif, à travers « une communauté de pratique » à double sens : chacun apprend des autres et leur transmet ses connaissances. » (Estryn-Behar, 2002, p.10).

Parmi les motifs d'insatisfaction évoqués dans cette étude, les horaires de travail ne sont pas cités par les soignants. Pourtant, en France, 64,7% des ASH ont un horaire alternant. Cet horaire concerne également 56,5% des AS. Elles sont d'ailleurs 11,1% à alterner équipe du matin/ équipe de l'après-midi/ équipe de nuit. 59% des AS et 63,4% des ASH déclarent devoir changer d'horaire de façon impromptue. 84,1% des ASH et 83,9% des AS travaillent au moins deux week-end par mois (samedi et/ou dimanche).

Cette étude montre également que l'entraide entre collègues est importante et permet de prévenir les restrictions d'aptitudes. En effet, il y a 22% de restriction de plus quand l'entraide n'est pas bonne. De plus, les soignants ayant une forte inaptitude physique ont une santé mentale dégradée (Estryn-Behar, 2002, p.17). Les résultats de cette étude montrent qu'au niveau européen, ce sont les soignants de gériatrie et de soins à domicile qui cumulent pénibilité physique et psychologique, qui déclarent le plus d'arrêts. Pourtant en France, les soignants travaillant à domicile sont ceux qui ont des horaires plus agréables.

Selon l'enquête PRESST-NEXT, sans grande surprise, la répartition par sexe montre une faible proportion d'hommes (11,2%). Cette proportion est d'autant plus élevée que le poste est qualifié (8,2% d'hommes parmi les ASH contre 11,3% parmi les IDE) (Estryn-Behar, 2002).

L'une des causes du taux d'absentéisme élevé au sein de la profession des soignants est le sexe du personnel. En effet, un grand nombre d'absence est lié à la maternité (arrêts maladie en lien avec un état de grossesse, arrêt maternité, congé parental ou encore congés pour enfant malade). L'importance de ce facteur a déjà été soulignée plus haut (Bissoondial, 2002).

Cette enquête est confrontée à la difficulté liée aux différences de modes de calcul de l'absentéisme entre les établissements. Les examens chiffrés sont donc rendus très difficiles en raison de critères de calcul de l'absentéisme toujours différents entre les Etablissements Publics de Santé (EPS) (Estry-Behar, 2002). C'est pourquoi, afin d'étudier la corrélation entre le souhait de quitter la profession, la santé au travail et l'absentéisme, cette étude se base sur l'absentéisme déclaré par les personnes interrogées. Les éléments recueillis sur des données déclarées sont toujours à étudier avec précaution.

D'autre part, cette enquête traite de la problématique des départs prématurés de la profession de soignants et non de la problématique de l'absentéisme du personnel soignant non médical. Dans cette étude, l'absentéisme est traité comme une des conséquences découlant de l'insatisfaction au travail au même titre que les départs prématurés de la profession. Et c'est à cet axe précédemment cité que l'étude s'intéresse tout particulièrement. De plus, elle a une visée de comparaison européenne, qui n'est pas l'objet à priori de notre recherche. Par conséquent, bien que nous apportant des éléments de réflexion et de réponse enrichissante pour notre étude, elle ne suffit pas à répondre à notre problématique.

Les résultats de cette étude ont été analysés par Estry-Behar dans un ouvrage publié en 2008 dont un chapitre entier est consacré à l'analyse de l'absentéisme du personnel soignant. Selon cette auteure, il y a au moins deux approches de l'absentéisme. L'une estime qu'il existe des individus et des groupes ayant une propension à l'arrêt qu'il convient de contrôler. L'autre s'intéresse aux causes médicales des arrêts ainsi qu'à leurs facteurs de risques. Dans son analyse de l'absentéisme des soignants en France et en Europe et dans l'étude de la littérature existante, Estry-Behar (2008) identifie plusieurs causes probables de l'absentéisme propres au personnel soignant : le niveau élevé de Burn-out (Shelledy et al, 1992 ; Parket et Kulik, 1995), l'environnement de travail (Weir et al, 1997 ; Shamian et al, 2002), le stress dû au travail (Hackett et Bycio, 1996), le harcèlement moral (Kivimäki et al, 2000), les postures inadéquates/Demandes physiques au travail (Trinkoff et al., 2001 ; Estry-Behar, Kaminski et al, 1989 ; Horneij et al, 2004) et l'état de grossesse (Estry-Behar, 2008).

### *Autres travaux sur l'absentéisme du personnel soignant*

La nécessité pour le secteur de la santé de fonctionner en continu (24H/24H) peut expliquer une partie de l'absentéisme, notamment celui des infirmières. L'organisation du travail qui découle de cet impératif, entraîne une difficulté de concilier vie privée et vie professionnelle. En effet, selon certains auteurs, comme Goodman and Atkin (1984), les absences peuvent permettre à certains salariés de gérer des situations personnelles stressantes comme le manque de sommeil, des affaires personnelles ou encore des obligations familiales (Bissoondial, 2002, p. 27). Si nous prenons en compte la féminisation de la population concernée, nous pouvons aisément voir en l'absentéisme, un moyen de récupérer un certain contrôle sur le temps de vie privée afin de mieux concilier vie privée/vie professionnelle. De plus, une grande partie de l'absentéisme est dû aux absences pour congés maternité qui sont fréquentes, les absences pour enfant malade également ou encore des arrêts maladie en lien avec un état de grossesse (Bissoondial, 2002).

Dans ce même article, qui concerne le personnel soignant de Grande-Bretagne, Tadd (1994) rapporte qu'une large enquête menée par l'Université de Stanford, a trouvé que la moitié de tous les travailleurs sont soumis à des brimades de la part de leurs chefs sur leur lieu de travail. Il rappelle également que la moitié des maladies liées au stress sont associées aux brimades sur le lieu de travail. L'auteur affirme qu'un salarié constamment soumis à des vexations risque de quitter prématurément son travail, peut être plus souvent malade, et contribuera peu aux résultats ou au service. D'après une enquête de Dyer et Quine (1998) menée auprès de 1 100 salariés d'un groupement du sud-est de l'Angleterre, 44% des soignants signalent des humiliations de la part des autres membres de l'équipe de travail. Les différentes formes de brimades citées sont : constante dévalorisation des efforts réalisés, la modification de leur périmètre de responsabilité sans consultation, le changement des objectifs et de constantes tentatives de démoralisation (Bissoondial, 2002).

Cohen et Golan (2007) ont choisi d'examiner l'impact de l'absentéisme antérieur, des variables démographiques et des attitudes au travail (satisfaction au travail, perception de l'état de santé et formes d'implications au travail) sur l'absentéisme et sur l'intention de quitter son travail auprès d'un échantillon de 119 femmes salariées (dont 82% d'infirmières ou d'aides-soignantes) dans des services de long séjour en Israël. Pour cela, ils ont réalisé une



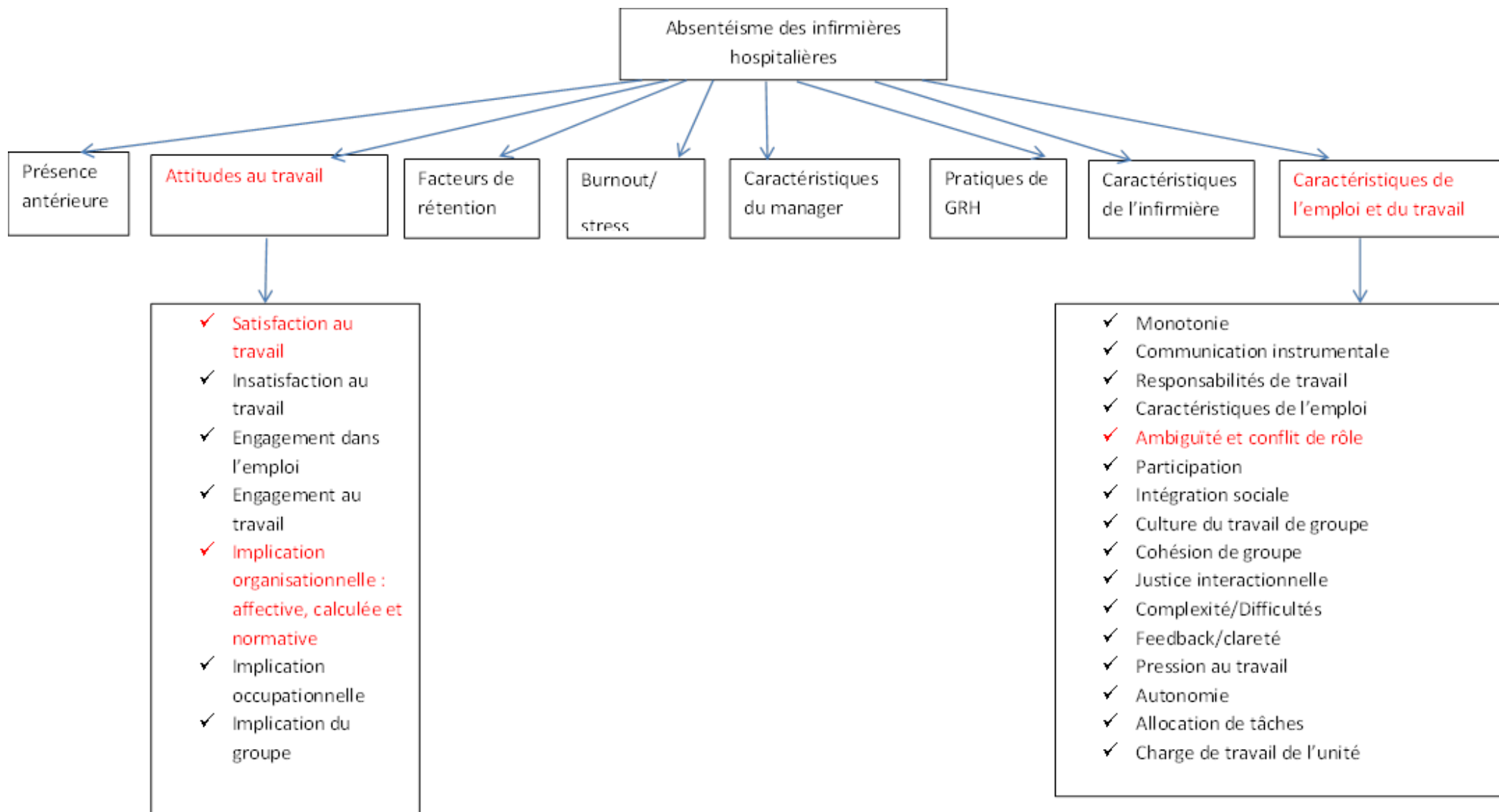
étude longitudinale à l'aide d'un questionnaire utilisant des échelles de mesure validées par la littérature. La revue de littérature de Cohen et Golan met en évidence que le fort absentéisme des femmes est dû à leurs responsabilités familiales (Rhodes et Steers, 1990). Les résultats de leur étude montrent une baisse de l'absentéisme avec la progression de l'ancienneté due à la diminution des responsabilités familiales liée à l'indépendance des enfants. Ils montrent également une augmentation de l'absentéisme avec l'augmentation de la taille de la famille. Selon les auteurs, le paradigme conceptuel dominant est de considérer l'absence comme un moyen individuel d'évitement d'une situation de travail désagréable. Leur étude montre un fort effet de l'absentéisme antérieur sur l'absentéisme futur, c'est-à-dire qu'une soignante ayant été souvent absente dans le passé sera souvent absente dans le futur. De plus, parmi les attitudes au travail, une faible satisfaction au travail est un fort prédicteur d'absentéisme.

Comme Cohen et Golan, Vandenberghe, Stordeur et D'Hoore (2009) se sont également attachés à tester l'impact de la satisfaction au travail sur l'absentéisme des infirmières. Ils ont également intégré à leur modèle de recherche, d'autres « variables identifiées dans la littérature comme étant pertinentes pour expliquer l'absentéisme au travail [...] la latitude de décision [et] l'épuisement émotionnel [...] ». (Vandenberghe et al., 2009, p.210). La latitude de décision au travail est définie comme le « sentiment de contrôle éprouvé par l'individu par rapport à son environnement de travail et à la manière d'effectuer son travail » (Vandenberghe et al., 2009, p.212). L'épuisement émotionnel est l'une des trois dimensions du syndrome de burnout avec la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement. L'originalité de leur modèle de recherche est de tester les effets directs mais également indirects de ces variables sur l'absentéisme et de mener des analyses au niveau du groupe de travail, sachant qu'ils recensent dans leur revue de littérature plusieurs travaux démontrant que l'absentéisme est fortement influencé par des normes véhiculées par l'équipe de travail ou par la présence d'une « culture d'absence ». Leur échantillon est composé de 625 personnels infirmiers dont 90% de femmes dans un hôpital universitaire en Belgique. Dans leur analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers, les auteurs concluent que la latitude de décision au travail et la satisfaction au travail sont deux variables qui agissent directement sur le taux d'absentéisme dans les unités de soins infirmiers et qu'il semble que l'épuisement émotionnel n'agisse qu'indirectement sur l'absentéisme en agissant sur la satisfaction au travail. Dans leur revue de littérature, Vandenberghe et al. citent les travaux de Hackett et Bycio (1996) qui ont démontré que chez les infirmières, l'absentéisme pouvait refléter une

stratégie d'adaptation (coping) afin de gérer les pressions dues à leur travail. Dans une recherche plus récente, Hackett et Bycio (2011) confirment leur première conclusion en mettant en évidence que les absences occasionnelles peuvent aider à maintenir un état psychologique et physique raisonnable chez les infirmières hospitalières confrontées à une fatigue physique et émotionnelle.

La rareté de méta-analyses et de revues de littérature récentes sur l'absentéisme des infirmières a incité Davey et al. (2009) à en réaliser une recensant les travaux de 1986 à 2006, l'objectif des auteurs étant d'établir la liste des déterminants de l'absentéisme des infirmières hospitalières. Leurs travaux permettent d'établir une liste de 70 facteurs potentiels de l'absentéisme. Les auteurs ont choisi de les catégoriser en 8 types de déterminants illustrer dans le Figure 7 : la présence antérieure, les attitudes au travail, la rétention, le burnout et le stress, les caractéristiques du manager, les pratiques de gestion des ressources humaines, les caractéristiques de l'infirmière et les caractéristiques du travail et de l'emploi.

Figure 7: synthèse des déterminants de l'absentéisme des infirmières identifiés par Davey et al. (2009)



Source : inspirée par les travaux de Davey et al. (2009)

Nous retrouvons parmi cette classification des déterminants propre aux infirmières hospitalières, certains éléments contenus dans la typologie de Bouville (2009) notamment la satisfaction au travail et l'implication organisationnelle, déterminants appartenant à la catégorie « attitudes au travail » chez Davey et al. (2009) et appartenant à l'approche attitudinale chez Bouville (2009) ainsi que l'ambiguïté et le conflit de rôle appartenant à la catégorie « caractéristiques de l'emploi et du travail » chez Davey et al. (2009) et faisant partie de l'approche organisationnelle selon la typologie de Bouville (2009).

Les auteurs de cette revue de littérature soulignent que la variable ayant le plus fort pouvoir explicatif de l'absentéisme des infirmières hospitalières est la présence antérieure, la présence étant définie par les auteurs comme le fait d'être présent au travail quand celle-ci est planifiée. Ils proposent donc aux recherches futures d'analyser l'absentéisme selon l'approche de la culture de l'absence de Nicholson et Johns (1985) notant que lorsque dans l'organisation les absences antérieures individuelles sont élevées et qu'il existe une faiblesse de la présence, une culture de l'absence peut se développer. Les auteurs soulignent également les zones d'ombre existantes sur l'impact des attitudes au travail sur l'absentéisme des infirmières. Ainsi ils incitent les futures recherches à étudier l'absentéisme des infirmières en se basant sur une approche théorique permettant l'étude des effets indirects de ces variables. Ce dernier apport des travaux de Davey et al. (2009) nous incitent donc à construire un modèle incluant des variables d'attitudes au travail telles que la satisfaction au travail et l'implication organisationnelle et plus particulièrement en nous penchant sur les effets indirects de ces variables sur notre objet de recherche. Les auteurs notent également que le cadre théorique dominant dans l'étude de l'absentéisme est celui de Steers et Rhodes (1978) mais que l'étude du phénomène à travers une approche organisationnelle tend à se développer. De plus, ils reprochent aux précédentes études sur le sujet de ne pas réellement s'appuyer sur un cadre théorique solide et de n'étudier l'absentéisme qu'à travers ses déterminants et ses conséquences, ce qui ne représente pas une démarche de recherche très complète. Ainsi, ils invitent les chercheurs à étudier davantage l'absentéisme des infirmières à travers un cadre théorique organisationnel qui intégrerait les effets indirects des variables d'attitudes au travail telles que la satisfaction au travail et l'implication organisationnelle. Ainsi, au regard de notre revue de littérature, nous pensons nous appuyer sur le cadre conceptuel des tensions de rôle

afin d'étudier les effets directs et indirects de la satisfaction au travail et de l'implication organisationnelle sur l'absentéisme des infirmières.

Ainsi, jusqu'ici, la littérature portant sur l'absentéisme du personnel soignant met en évidence l'existence d'un certain nombre de variables plutôt relatives aux attitudes vis-à-vis du travail. Rajbhandary et Basu (2010) se sont, eux, intéressés à une autre sorte de causes de l'absentéisme : les conditions de travail. En effet, leur étude porte sur le lien entre les conditions de travail et les absences pour maladie et blessure des infirmier(e)s. Sur la base des résultats de l'enquête nationale sur le travail et la santé des professionnels infirmiers réalisée au Canada en 2005, et qui regroupe des informations concernant près de 18 676 infirmier(e)s dont 9 704 infirmier(e)s autorisé(e)s (IA) et 7 265 infirmier(e)s auxiliaires autorisé(e)s (IAA)<sup>23</sup>, Rajbhandary et Basu (2010) démontrent que la dépression est un déterminant significatif de l'absentéisme<sup>24</sup> des IA et des IAA tandis que la charge de travail et le manque de récompense de leurs efforts sont deux déterminants significatifs de l'absentéisme des IAA mais ne sont pas significatifs pour les IA. Le revenu du ménage est un déterminant significatif de l'absentéisme des IA mais ne l'est pas pour les IAA. En effet, pour les infirmiers et infirmières autorisées, plus le revenu du ménage est bas, plus il y a d'absentéisme. Les auteurs notent également que les IAA qui travaillent par roulement de 12 heures sont plus souvent absentes que les IAA qui travaillent par roulement de 8 heures. Ainsi, selon leurs observations, il y a clairement des efforts à réaliser sur les conditions de travail qui permettraient de réduire l'absentéisme du personnel soignant.

---

<sup>23</sup> **Les infirmières et infirmiers autorisés** ont passé l'Examen d'autorisation infirmière au Canada ou l'examen professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et sont inscrits sur le registre ou le Tableau de l'organisme de réglementation provincial ou territorial de leur profession.

**Les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés** fournissent habituellement des soins sous la direction de médecins, d'infirmières ou d'infirmiers autorisés ou d'autres membres de l'équipe de santé.

<sup>24</sup> Dans l'article de Rajbhandary et Basu, l'absentéisme est défini comme le nombre de semaine de travail manqué pour raisons de santé

## 1.6 Conclusion du I.

Nous voyons donc que la littérature met en évidence un certain nombre de déterminants et de facteurs de l'absentéisme du personnel soignant, déterminants et facteurs pour certains également identifiés dans la littérature sur l'absentéisme des salariés en général. Parmi eux, nous remarquons la satisfaction au travail identifiée par plusieurs travaux (Cohen et Golan, 2007 ; Vandenberghe, Stordeur et D'Hoore, 2009 ; Davey et al., 2009) et l'implication organisationnelle. Selon Bouville (2007), trois grandes tendances d'étude de l'absentéisme se sont succédées au cours des dernières décennies. Le mode d'étude selon la satisfaction au travail dans les années 60/70, celui selon l'implication organisationnelle dans les années 80 et enfin celui à travers la justice organisationnelle depuis les années 90. Au vu des éléments de notre revue de littérature, nous remarquons que les modes d'étude de l'absentéisme du personnel soignant par la satisfaction au travail et l'implication organisationnelle restent toujours d'actualité car beaucoup de questions restent en suspens quant à ces relations. De plus, nous regrettons que les auteurs ayant étudié l'absentéisme ne précisent pas quel type d'absentéisme<sup>25</sup> en particulier ils traitent. Davey et al. (2009) invitent les scientifiques à étudier l'absentéisme des infirmières à travers un cadre théorique tenant compte de l'aspect organisationnel du phénomène et permettant l'étude des effets indirects des variables, les tensions de rôle ayant été identifiées comme ayant une influence sur l'absentéisme des infirmières. C'est pourquoi notre attention se porte tout naturellement vers le cadre conceptuel de la psychologie sociale et plus particulièrement sur celui des tensions de rôle pour la construction de notre modèle de recherche.

Nous vous proposons donc maintenant de nous pencher d'abord sur la relation de l'absentéisme et l'intention de partir du personnel soignant avec la satisfaction au travail avant de nous intéresser à celle avec l'implication organisationnelle. Enfin, nous clôturerons cette partie théorique par l'étude du cadre conceptuel que nous envisageons de mobiliser dans notre travail de recherche, celui de la psychologie sociale et plus particulièrement, celui des tensions de rôle.

---

<sup>25</sup> En effet, dans notre approche de l'absentéisme, nous retenons les 4 formes d'absentéisme de Bouville (2009) : attitudinal (fréquence élevée, durée courte), médical (fréquence faible, durée longue), ponctuel (fréquence faible, durée courte) et cumulatif (fréquence élevée, durée longue).

## **II. Quand notre question de recherche est confrontée aux travaux existants**

Bien qu'il existe un certain consensus sur ce que le terme « absentéisme » signifie, le phénomène de l'absentéisme lui-même est polysémique et donc sujet à controverse. Les raisons d'une absence sont nombreuses et variables. En effet, une absence peut avoir plusieurs sens et notamment celui du désir de « quitter son travail », du désir de « défection », de la volonté de « prise de parole » ou encore de l'expression d'une opposition (Leteurtre, 1991, p.9). Comme le souligne Johns (1997), l'absentéisme est dû à un ensemble de facteurs. Il serait illusoire de rechercher une cause unique expliquant l'intégralité du phénomène.

### **2.1 La relation entre la satisfaction au travail et l'absentéisme**

#### **2.1.1 *La satisfaction au travail : un travail de définition***

La satisfaction dans le langage courant se définit comme un « contentement, [une] joie résultant de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait » (Larousse.fr<sup>26</sup>). Dans le champ de la gestion de ressources humaines et de la psychologie sociale, la satisfaction au travail a fait l'objet de très nombreuses recherches depuis les années 80. Les travaux de Locke (1969, 1976) sur cet objet de recherche servent souvent de référence. Ainsi, jusqu'au début des années 2000, l'une des définitions les plus communément retenues pour définir la satisfaction

---

<sup>26</sup> Consulté le 22 décembre 2010

au travail est certainement celle qui la définit comme « un état émotionnel positif ou plaisant résultant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences au travail »<sup>27</sup> Locke (1976, p.1300). Cette définition présente toutefois un certain nombre de limites dont la principale vient de son caractère unique. En effet, elle ne considère la satisfaction au travail que comme un état affectif et ne tient pas compte des dimensions cognitives et conatives du concept. Pour répondre à cette limite conceptuelle, depuis une dizaine d'années, d'autres auteurs tentent de compléter la définition dominante ou d'en proposer d'autres. Ainsi, selon la même approche que celle de Locke, pour Adams et Bond (2000) la satisfaction au travail se définit comme « le degré d'affect positif envers un travail ou ses composants »<sup>28</sup> et peut se décomposer en trois catégories de théories : les théories de non-conformité reposant sur l'évaluation des besoins du salarié et de ce qu'il souhaite satisfaire grâce à son travail ; les théories de l'équité relevant des comparaisons sociales dans l'évaluation des récompenses au travail ; et les théories de la motivation des salariés.

D'autres auteurs, au contraire, soulignent les insuffisances et les paradoxes de la définition proposée par Locke. En effet, les auteurs s'intéressant à cet objet de recherche s'accordent sur le fait que la satisfaction au travail correspond à une attitude mais leur appréhension de ce concept semble différée (Mignonac, 2004). Pour la majorité des chercheurs, une attitude repose sur trois dimensions : la dimension affective, la dimension cognitive et la dimension conative. La première relève des motivations du sujet, la seconde fait référence aux mécanismes de la pensée, des croyances et des connaissances du sujet tandis que la troisième désigne le passage à l'action, le comportement du sujet. Or, force est de constater que les deux dernières dimensions de l'attitude sont absentes de la définition dominante de la satisfaction au travail.

Ainsi, selon Iglesias et al. (2010), « la satisfaction au travail peut être définie comme une évaluation de son travail ou de sa situation de travail ». S'appuyant sur les travaux de Mignonac (2004), Meyssonier & Roger (2006) identifient au moins trois approches de la satisfaction au travail : comme un « état émotionnel » qui correspond à une réponse émotionnelle positive face à une situation de travail. Cette première approche est instable puisqu'elle dépend des expériences et des attentes du salarié qui diffèrent dans le temps ; La seconde approche relève de « l'évaluation » de l'écart perçu par le salarié entre ce qu'il attendait de son emploi et de ce qu'il est réellement ; La troisième approche identifiée par les

---

<sup>27</sup> La traduction retenue est celle réalisée par Roussel (1996) dans laquelle il traduit le terme anglais *job* par *travail* car travail = emploi et tâche ou activité accomplie

<sup>28</sup> Texte original « *the degree of positive affect toward a job or its components* ». Traduction en français par l'auteur



auteurs est la « dynamique » dans laquelle « l'individu est en constante adaptation afin de maintenir le niveau de satisfaction qui lui convient » et qui « évolue en fonction des besoins et des aspirations de l'individu et de la réalité vécue dans le travail au sein de l'entreprise, et elle résulte de l'action des forces internes et externes à l'organisation » (Meyssonnier & Roger, 2006, p. 3). La satisfaction au travail est appréhendée selon la seconde approche identifiée par Meyssonnier & Roger (2006) notamment par Fisher et Locke (1992) pour qui la satisfaction au travail est conceptualisée comme une attitude générale envers l'emploi qui résulte de deux processus mettant en jeu deux types de perceptions : sur ce que devrait être l'objet et sur ce qu'il est réellement.

Igalens (1999), quant à lui, propose une définition complètement et relativement concise reprenant l'ensemble des éléments distingués par Meyssonnier & Roger (2006). Pour lui, la satisfaction au travail est « une réponse émotionnelle positive résultant de l'évaluation du travail ou des expériences de travail. La satisfaction est un concept dynamique. C'est une perception instable qui évolue en fonction des expériences mais aussi en fonction des attentes du salarié qui peuvent se modifier tout au long de sa vie. » (Igalens, 1999, p. 1246).

Il est tentant de retenir cette définition dynamique et multidimensionnelle de la satisfaction au travail dans notre travail de recherche. Cependant, même si la définition du concept a fait l'objet de nombreuses évolutions cette dernière décennie, son opérationnalisation n'a pas été mise à jour dans ce sens. Notre revue de littérature montrent que les deux instruments de mesure les plus utilisées dans les études sur la satisfaction au travail du personnel soignant sont l'Index of Work Satisfaction (IWS ; Stamps et Piedmonte, 1986) et le McCloskey Mueller Satisfaction Scale (MMSS ; Mueller & McCloskey, 1990). Une présentation plus complète des principaux instruments de mesure de la satisfaction au travail sera réalisée dans le chapitre concernant l'opérationnalisation des variables mobilisées dans notre travail de recherche. Toutefois, nous voyons que la plupart des échelles de la satisfaction au travail utilisées dans les travaux, même récents, sont des échelles construites dans les années 90 voir 70 en s'appuyant sur une définition affective de la satisfaction au travail comme celle de Locke (Hayes et al., 2010 ; Caers et al., 2008 ; Zangaro et Soeken, 2005). C'est pour cette raison que, à l'instar de Roussel (1996), nous retiendrons pour notre thèse, la définition de la satisfaction au travail de Locke (1976).

Notre travail de thèse retiendra donc la définition de la satisfaction au travail de Locke (1976) pour qui elle représente « un état un état émotionnel positif ou plaisant résultant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences au travail »<sup>29</sup> Locke (1976, p.1300).

### **2.1.2 Les facteurs de la satisfaction au travail identifiés par la littérature**

S'il existe un certain nombre de revues de littérature portant sur la satisfaction au travail chez les infirmières dans la littérature internationale, il n'en va pas de même dans la littérature française. Aussi, nous avons réalisé cette revue de la littérature de la satisfaction au travail des infirmières principalement sur la base de travaux internationaux et plus particulièrement sur la base de revues de littérature internationales.

Dans leur revue de littérature, Song et al. (1997) soulignent que les satisfactions professionnelle et organisationnelle au travail sont directement liées à l'absentéisme. Ils citent également les travaux de Blegen (1993), qui indique que la satisfaction au travail est un phénomène complexe expliqué par de multiples variables en lien avec le travail telles que l'implication, le stress, l'autonomie, la communication avec la hiérarchie, la reconnaissance, la routine et la communication avec ses pairs. Les auteurs soulignent également que pour réduire le turnover et l'absentéisme, la littérature a mis en évidence différents leviers notamment le management personnalisé, la gouvernance partagée, la responsabilisation des infirmières, le leadership situationnel et transformationnel. Dans leur étude, qui a notamment pour but d'observer l'effet d'un nouveau mode de management des infirmières sur leur absentéisme et sur leur satisfaction au travail, Song et ses collègues utilisent le Job Diagnostic Survey (JDS) développé par Hackman & Oldham (1980) afin de mesurer la satisfaction au travail. L'échantillon est composé de 143 infirmières et l'analyse est comparative entre une unité de soin avec un mode de management personnalisé des infirmières et des unités de soins intensifs avec une organisation classique. L'enquête a été conduite de 1991 à 1994 et montre que lorsque les caractéristiques de l'environnement de travail sont enrichies par la mise en

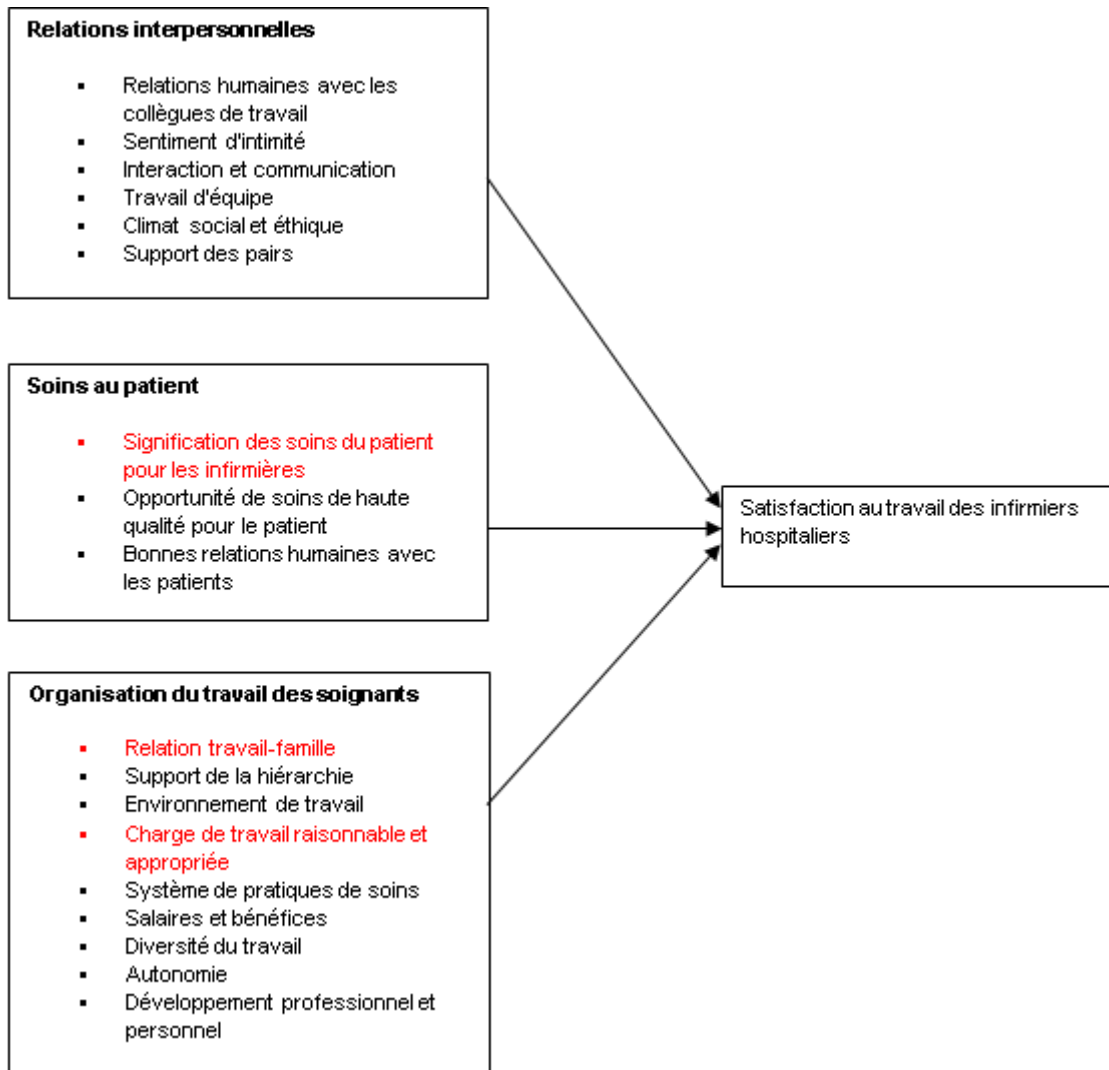
---

<sup>29</sup> La traduction retenue est celle réalisée par Roussel (1996) dans laquelle il traduit le terme anglais *job* par *travail* car travail = emploi et tâche ou activité accomplie

place d'une gouvernance partagée et par un management personnalisé, les infirmières ont une plus grande satisfaction au travail et un niveau d'absentéisme plus bas.

Utriainen & Kyngäs (2009), quant à eux, tentent de résumer au travers de la Figure 8, les principaux facteurs de la satisfaction au travail des soignants.

Figure 8 : Principaux facteurs de la satisfaction au travail des soignants



Source : inspiré de Utriainen & Kyngäs (2009)

Nous remarquons à travers la Figure 8 que certains des facteurs de la satisfaction au travail des infirmiers hospitaliers se rapportent aux tensions de rôle, concept que nous développerons au cours de la partie 2 de notre thèse. En effet, parmi les facteurs appartenant à l'organisation du travail des soignants, la relation travail-famille peut être assimilée à un conflit inter-rôle si l'on se base sur les travaux de Greenhaus et Beutell (1985) et le facteur de la charge de travail raisonnable et approprié, à une surcharge de rôle. Dans les facteurs relatifs aux soins au

patient, la signification des soins du patient pour les infirmières peut également être rapprochée, quant à elle, d'un conflit individu-rôle selon la définition de cette forme de conflit par Katz et Khan (1966). Ainsi, les travaux d'Utrainen & Kyngäs (2009), nous incite à étudier en profondeur le concept des tensions de rôle et à l'inclure dans notre modèle de recherche.

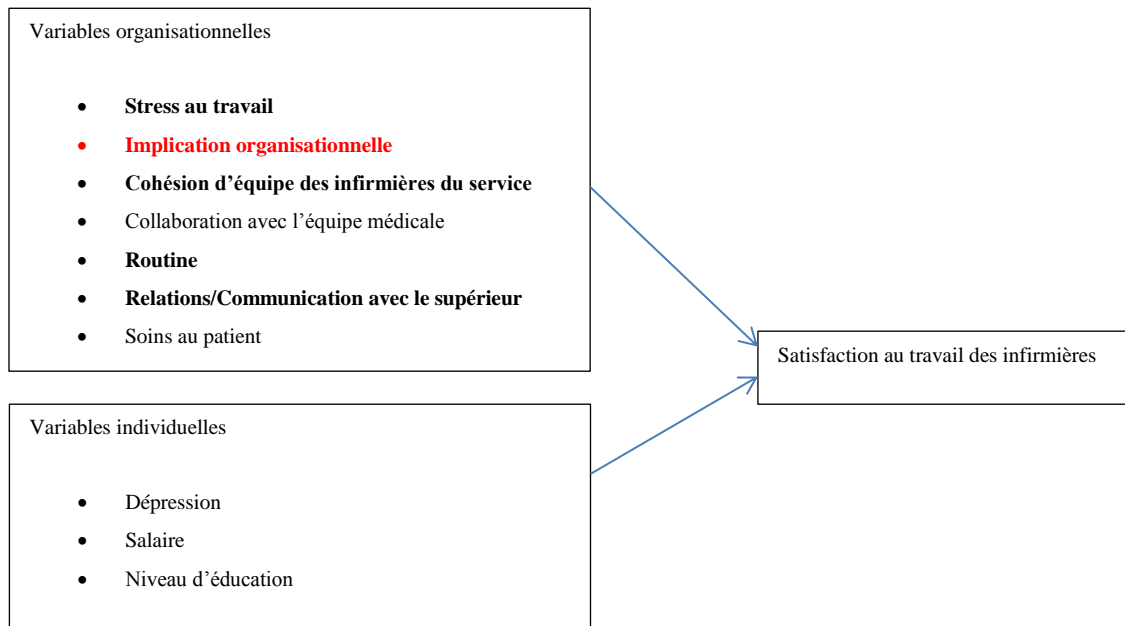
Le travail des auteurs, bien que nous apportant des éléments significatifs sur les facteurs positivement liés à la satisfaction au travail de cette population si particulière qu'est celle des soignants, n'analyse cependant que 21 articles parmi les plusieurs centaines existants dans la littérature académique internationale. De plus, les travaux répertoriés dans cette revue de littérature concernent en majorité les Etats-Unis (14 articles sur les 21 étudiés), l'Europe n'étant presque pas représentée. De plus, notre travail d'étude porte sur le lien entre satisfaction au travail et absentéisme. Aussi, notre intérêt se porte davantage sur les variables ayant un lien négatif avec la satisfaction au travail tandis que ces travaux ne portent que sur les variables ayant un lien positif avec la satisfaction au travail.

Notre revue de littérature de la satisfaction au travail s'attache principalement à analyser 11 articles, revues de littérature et méta-analyses jugés comme centraux<sup>30</sup>. D'une manière synthétique, cette analyse nous permet d'élaborer la Figure 9 qui récapitule les variables explicatives ayant un lien significatif avec la satisfaction au travail des infirmières ci-dessous.

**Figure 9 Synthèse des variables explicatives de la satisfaction au travail des infirmières de notre revue de littérature**

---

<sup>30</sup> Les travaux majeurs et récents traitant de la satisfaction au travail du personnel soignant sont ceux d'Adams & Bond (2000), Lu, While & Barriball (2005), Faragher, Cass & Cooper (2005), Coomber & Barriball (2007), Zangaro & Soecken (2007), Caers, Du Bois, Jegers, & al. (2008), Utrainen & Kyngäs (2009) Hayes, Bonner & Pryor (2010). Deux méta-analyses incontournables viennent s'ajouter à cette liste, celle de Blegen (1993) et celle d'Irvine & Evans (1995).



Dans la Figure 9, nous avons identifié en caractères gras les variables ayant un coefficient de corrélation avec la satisfaction au travail supérieur à  $r=.50$ <sup>31</sup>. Les travaux de recherche analysés dans notre étude mettent en évidence que les variables ayant l'impact le plus significatif sur la satisfaction au travail des infirmières sont davantage les variables liées au contenu et à l'environnement du travail telles que le leadership ou le stress au travail et sont moins des variables individuelles ou démographiques telles que l'âge ou l'ancienneté. Il convient donc de se pencher sur les variables organisationnelles plutôt que sur les variables individuelles dans notre étude de l'influence et de la place de la satisfaction au travail vis-à-vis de l'absentéisme des infirmières.

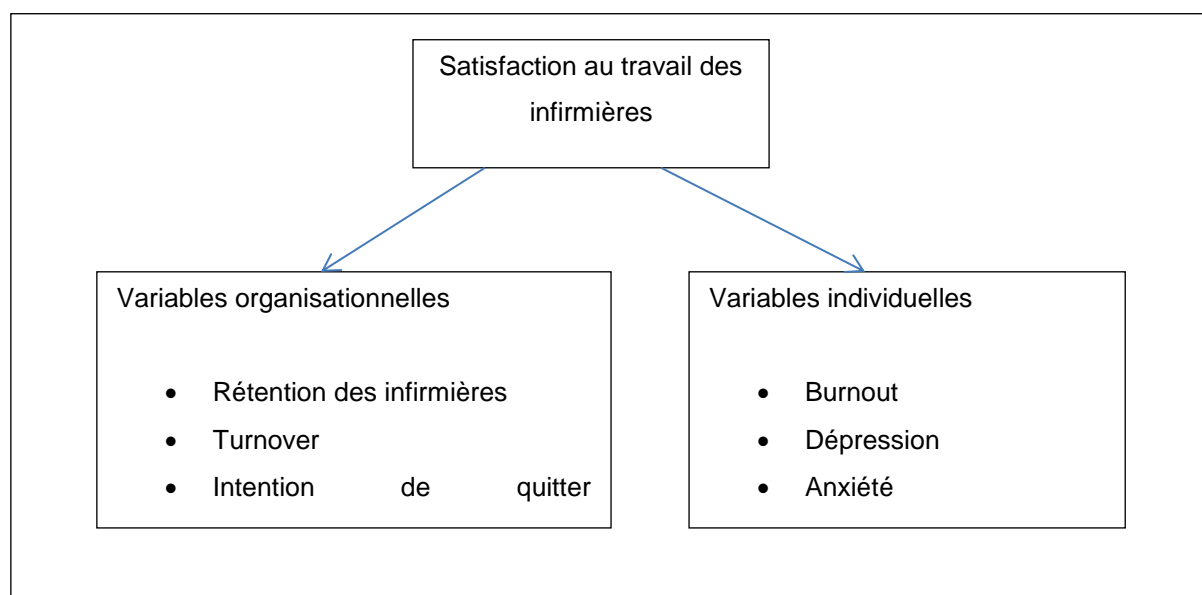
### **2.1.3 L'absentéisme expliqué par la satisfaction au travail**

L'étude de la littérature existante permet également d'identifier les variables expliquées par la satisfaction au travail des infirmières. Une fois encore, nous ne retenons que les variables ayant les liens les plus significatifs avec le concept que nous étudions. Ainsi, les précédents

<sup>31</sup> Ce coefficient est en valeur absolue et est apparu dans l'un ou l'autre des travaux étudiés ici.

travaux ont mis en évidence que la satisfaction au travail des infirmières permet d'expliquer la rétention des infirmières (Hayes, Bonner & Pryor, 2010 ; Caers, Du Bois, Jegers, & al., 2008, Zangaro & Soeken, 2007), le turnover ( $r = -.12$ , Irvine & Evans, 1995 ; Zangaro & Soeken, 2007 ; Coomber & Barriball, 2007 ; Lu, While & Barriball, 2005 ; Blegen, 1993), l'intention de quitter l'organisation ( $r = -.54$ , Irvine & Evans, 1995 ; Coomber & Barriball, 2007 ; Lu, While & Barriball, 2005), l'absentéisme (Lu, While & Barriball, 2005), le burnout ( $rc = 0.478$ , Faragher, Cass & Cooper, 2005 ; Lu, While & Barriball, 2005), l'estime de soi ( $rc = 0.429$ , Faragher, Cass & Cooper, 2005), la dépression ( $rc = 0.428$ , Faragher, Cass & Cooper, 2005) et l'anxiété ( $rc = 0.420$ , Faragher, Cass & Cooper, 2005). De manière plus générale, la bonne santé est une des variables expliquées de la satisfaction au travail ( $rc = .370$ , Faragher, Cass & Cooper, 2005).

Figure 10 : Récapitulatif des principales variables expliquées par la satisfaction au travail chez les infirmières



Ces résultats restent cependant à étudier avec précaution. En effet, Lu et al. (2005) soulignent que l'impact de la satisfaction au travail sur l'absentéisme de la population soignante demeure équivoque malgré les nombreuses recherches réalisées sur ce sujet, avec certains auteurs comme Siu (2002) trouvant que la satisfaction au travail<sup>32</sup> est une des variables explicatives significatives de l'absentéisme de la population soignante dans leur études sur les infirmières

<sup>32</sup> A la variable de satisfaction au travail s'ajoutent l'engagement, la détresse psychologique ou encore l'organisation et le type professionnel

de Hong Kong, tandis que d'autres tels que Clarke (1975) et Matrunola (1996) ne trouvent pas de relation entre la satisfaction au travail et l'absentéisme. En effet, dans leur étude, le premier (Clarke, 1975) trouve que les salariés les plus satisfaits de leur travail sont également ceux qui ont le plus faible taux de présence, tandis que le second (Matrunola, 1996) conclue que l'absentéisme ne peut pas être un indicateur pertinent de la satisfaction au travail. Ce dernier souligne d'ailleurs l'intérêt de continuer d'étudier la satisfaction au travail des infirmières par le fait que, bien qu'il existe beaucoup de recherches sur le sujet, la responsabilité de l'environnement de travail et d'autres variables n'a pas encore été démontré de façon adéquate et ce notamment, en raison de problèmes de méthodologie dans les précédents travaux.

Gauci Borda & Norman (1997), quant à eux, trouvent une relation négative entre la satisfaction au travail et la fréquence des arrêts de travail d'une journée et les absences de courte durée (3 jours ou moins) ( $r_s = -0.14$ ,  $p < 0,05$ , respectivement). Cependant, en résumé de leur revue de littérature, Lu et al. (2005) indiquent que la majorité des recherches conduites dans différents pays indiquent que la satisfaction au travail est une variable explicative significative dans l'absentéisme des soignants. Nous pouvons toutefois nous interroger sur la forme d'absentéisme dont parlent ici les auteurs, réflexion que nous ferons tout au long de notre thèse. En effet, comme expliqué précédemment, il convient de distinguer les différentes formes d'absentéisme selon la classification qu'en fait Bouville (2009) : attitudinal (fréquence élevée, durée courte), médical (fréquence faible, durée longue), ponctuel (fréquence faible, durée courte) et cumulatif (fréquence élevée, durée longue). En raison notamment de la dimension désorganisant et symptomatique d'un problème organisationnel de l'absentéisme attitudinal, c'est à cette forme d'absentéisme que nous choisissons de nous intéresser dans notre thèse.

Ainsi, nous voyons que la relation entre la satisfaction au travail et l'absentéisme mérite d'être étudié de manière plus approfondie et c'est pour cela que nous souhaitons l'intégrer à notre modèle de recherche.

Notre revue de littérature sur l'absentéisme met en évidence un lien entre l'implication organisationnelle et l'absentéisme, ce qui nous amène maintenant à nous pencher sur le

concept d'implication organisationnelle et sur le lien qu'il entretient avec l'absentéisme des infirmières et la satisfaction au travail.

## **2.2. La relation entre l'absentéisme et l'implication organisationnelle**

### **2.2.1 Présentation du concept**

L'implication est un concept multidimensionnel développé par Morrow (1993) qui propose quatre catégories d'implication:

- **L'engagement au travail** (ou l'implication dans le poste) qui correspond au degré d'identification d'une personne à son travail (Kanungo, 1982)
- **L'implication dans la carrière** qui se définit comme l'importance du travail et de la carrière dans la vie de l'individu (Greenhaus, 1971)
- **L'éthique du travail** qui correspond au degré avec lequel l'individu valorise le travail comme une fin en soi (Neveu, 2006)
- **L'implication organisationnelle** qui correspond à l'attachement de la personne à son organisation

Les travaux portant sur l'implication organisationnelle ne concernent pas toujours la population qui nous intéresse c'est-à-dire celle des soignants non médicaux. Or, nous nous interrogeons sur la pertinence de l'utilisation d'un tel concept sur cette population et plus particulièrement sur les professions d'infirmières. En effet, il semble que les infirmières se réfèrent davantage au service auquel elles appartiennent (« leur » service) plutôt qu'au centre hospitalier dont elles dépendent. Ainsi, nous posons-nous la question de savoir si le concept d'implication organisationnelle peut s'appliquer à un niveau plus bas que celui de l'organisation à savoir au niveau du service. Le concept d'implication organisationnelle appliqué à un autre niveau que celui de l'organisation ne sera-t-il pas corrompu ? Une seconde catégorie d'implication sur laquelle il nous serait intéressant de nous pencher est celle de



l'implication dans la profession qui a fait l'objet de travaux réguliers concernant le personnel soignant.

L'implication organisationnelle, aussi appelée engagement organisationnel par certains chercheurs (Iglesias, Renaud, & Tschan, 2010), est étudiée depuis plusieurs décennies d'abord comme un concept unidimensionnel. Selon Rojot et al. (2009), deux approches de l'implication organisationnelle ont marqué la conception unidimensionnelle de ce concept :

- ✓ **L'approche attitudinale** qui le définissait comme « la force relative de l'identification d'un individu à une organisation et de son implication au sein de cette organisation » (Mowday et al., 1979, p.226)
- ✓ **L'approche comportementale** pour qui il est une « tendance à poursuivre un cours d'action cohérent » (Becker, 1960, p.33)

Puis vers la fin des années 80, l'implication organisationnelle commence à être définie comme un concept multidimensionnel, avec l'émergence de plusieurs approches. Rojot et al. (2009) recensent dans le chapitre 7 de leur ouvrage certaines des définitions du concept d'implication organisationnelle de l'époque. Parmi elles, O'Reilly et Chatman (1986, p.492) le définissent comme « *l'attachement psychologique d'un individu à une organisation* » tandis que Meyer et Allen (1991, p.67) le voient comme un « *état psychologique caractérisant la relation d'un employé avec son organisation et ayant des implications sur la décision de rester ou non membre de l'organisation* ». Toutefois, cette dernière définition, comme d'autres datant de la même période, souffre du fait qu'elle inclut dans la description du concept ses antécédents et ses conséquences. Ainsi, la définition que retiennent les auteurs est également la plus succincte, il s'agit du « *lien perçu entre un employé et son organisation* » (O'Reilly et Chatman, 1986, p. 492 ; Mathieu et Zajac, 1990, p.171). Les auteurs choisissent de présenter trois modèles de l'implication organisationnelle :

- ✓ Le modèle d'O'Reilly et Chatman (1986) qui distingue trois bases d'engagement : **l'identification**, processus par lequel un individu intègre certains attributs, mobiles ou caractéristiques de l'organisation ; **l'internalisation**, congruence des valeurs de l'individu avec celles de l'organisation et **l'acquiescement** qui survient lorsqu'un individu adopte certains comportements et attitudes afin d'obtenir un bénéfice

particulier. Selon les auteurs, ce modèle a reçu une certaine validation empirique mais jugent ses bases parfois floues et peu fiables.

- ✓ Le modèle de Mayer et Schoorman (1992, 1998) qui distinguent deux dimensions de l'implication organisationnelle : **l'engagement de continuité** se référant au désir de demeurer au sein de l'organisation et l'engagement basé sur les valeurs qui se comprend comme la volonté de déployer des efforts au service de l'organisation. Les auteurs notent que ce modèle se base sur la distinction motivationnelle proposée par March et Simon (1958) entre la décision de participer et la décision de performer.
- ✓ Le modèle d'Allen et Meyer (1990) ; Meyer et Allen (1991, 1997) selon lequel l'implication organisationnelle est composée de trois dimensions :
  - **Affective** qui se définit comme « un attachement émotionnel à l'organisation caractérisée par l'acceptation des valeurs organisationnelles et une volonté de rester avec l'organisation » (Mowday, Steers & Porter, 1982). Cette dimension est composée de trois composantes :
    - l'acceptation des buts et des valeurs de l'organisation
    - la volonté de développer des efforts importants pour l'entreprise
    - un fort désir de rester membre de l'organisation
  - **Calculée** qui correspond à un choix raisonné qui conduit l'individu à choisir de rester avec l'organisation en fonction des bénéfices que ça lui procure (salaire, statut..) et ce que ça lui coûte d'y rester (sacrifice de temps...). Cette dimension est issue des recherches de Becker (1960) sur la théorie des avantages comparatifs<sup>33</sup> (« side bets ») et des recherches de March et Simon (1958) sur la théorie des échanges sociaux.
  - **Normative** qui est la « perception d'une obligation de soutenir l'organisation et ses activités » (Wiener, 1982). Charles-Pauvers et Commeiras (2002), associent la composante normative de l'implication organisationnelle à la composante affective car selon eux, l'implication organisationnelle normative correspond à une identification grâce à un processus de contrôle normatif des actions de la personne. Ainsi, d'après les auteurs, la différence entre la composante affective et celle normative est que la seconde devient un devoir moral de l'individu envers l'organisation. L'individu n'est ici, pas passif vis-à-

---

<sup>33</sup> L'implication selon la théorie des avantages comparatifs correspond à un instrument permettant à l'individu d'effectuer un arbitrage entre les avantages qu'il retire de l'organisation et les sacrifices qu'il consent pour y rester. Ainsi, l'individu évalue les contributions reçues de la part de l'organisation afin d'ajuster son apport (Postmes et al, 2001, cité par Georgescu, 2010)

vis des valeurs de l'entreprise mais au contraire adopte un comportement actif de protection de l'organisation.

Rojot et al. (2009) soulignent que ce dernier modèle est le plus utilisé aujourd'hui et a été abondamment validé empiriquement, aussi, c'est sur ce modèle de l'implication organisationnelle que nous nous appuyerons dans notre travail de recherche.

L'implication étudiée de façon tridimensionnelle a fait l'objet de recherches sur différents domaines comme l'implication dans la profession (Snape et Redman, 2003 ; Irving et al., 1997 ; Meyer et al., 1993), l'implication dans les groupes de travail (Becker et Kernan, 2003) ainsi que dans les changements organisationnels (Herscovitch et Meyer, 2002).

### **2.2.2 Les variables liées à l'implication organisationnelle dans la littérature**

La littérature a mis en évidence un certain nombre d'**antécédents** de l'implication organisationnelle que Vandenberghe, Landry & Panaccio (2009b) ont tenté de recenser de façon exhaustive grâce à l'étude de deux méta-analyses (Mathieu et Zajac, 1990 ; Meyer et al., 2002) : les **variables sociodémographiques** telles que l'âge<sup>34</sup>, l'ancienneté organisationnelle et l'ancienneté dans le poste ; les **différences individuelles** telles que la compétence perçue, le niveau de spécialisation et l'éthique protestante (Mathieu et Zajac, 1990)<sup>35</sup> et le lieu de contrôle<sup>36</sup>, le sentiment d'auto-efficacité, la transférabilité perçue des habiletés (Meyer et al., 2002) ou encore les traits de personnalité et l'estime de soi ; **la culture et les valeurs** telles que le pays dans lequel ont été recueillies les données<sup>37</sup>, les valeurs transmises par socialisation culturelle et les valeurs individuelles; les **caractéristiques du poste** telles que le niveau de défi, la variété des tâches et le degré d'autonomie, l'ambiguïté de rôle ; les **variables organisationnelles** telles que le soutien organisationnel perçu, les

---

<sup>34</sup> Les salariés les plus âgés sont généralement plus impliqués que les salariés plus jeunes, ce qui est le cas avec l'implication organisationnelle affective, calculée et normative. La relation va dans le même sens avec l'ancienneté organisationnelle et, de façon plus faible, avec l'ancienneté dans le poste.

<sup>35</sup> L'implication organisationnelle est corrélée positivement avec ces trois différences individuelles (compétence perçue : .63 ; niveau de spécialisation : .14 ; éthique protestante : .29)

<sup>36</sup> Les auteurs définissent le lieu de contrôle comme le degré auquel un individu estime maîtriser ses actions et leurs conséquences

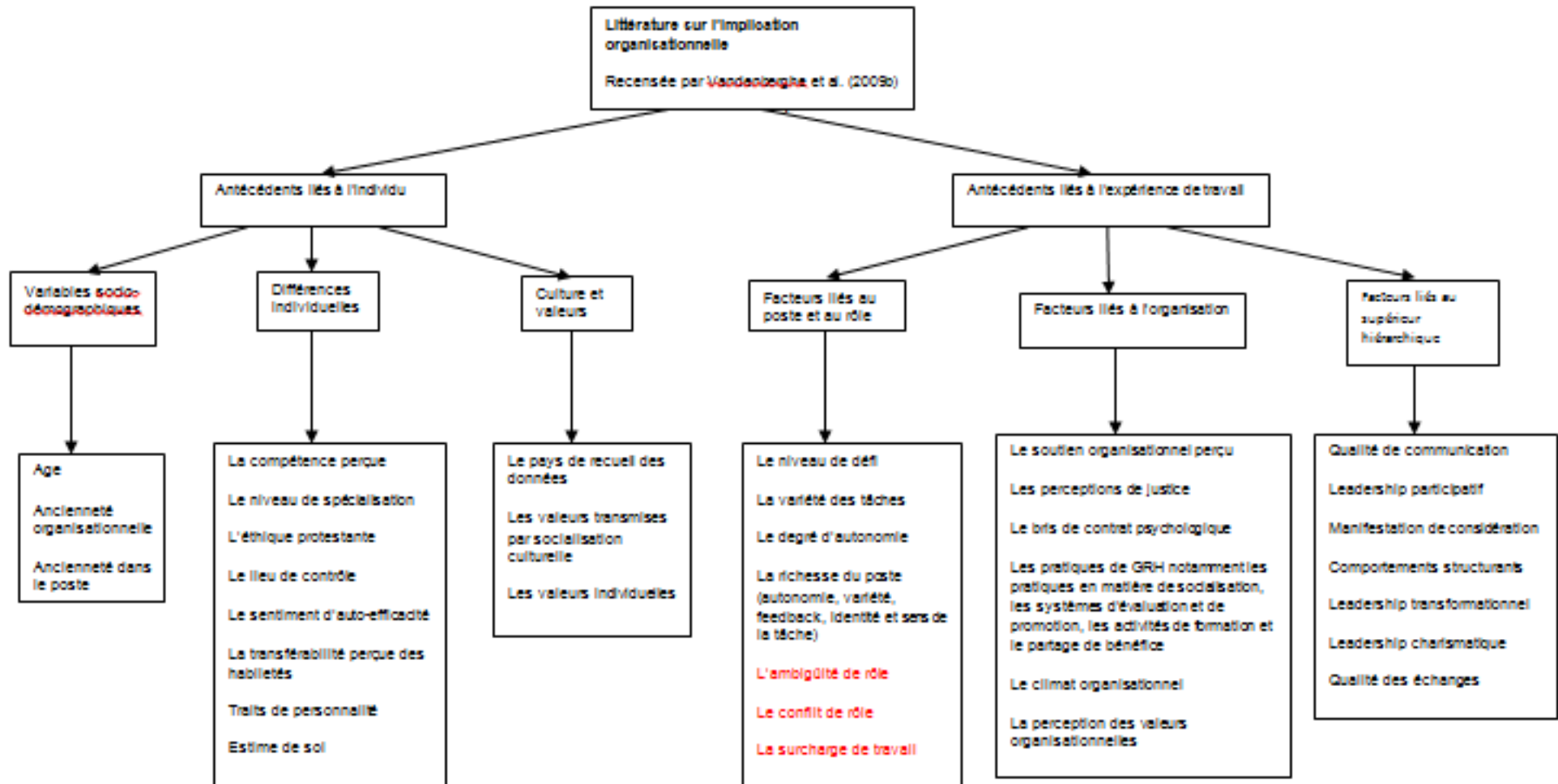
<sup>37</sup> Il convient toutefois d'être prudent avec cette antécédent qui est sans doute plus dû à des problèmes de traduction qu'à une véritable culture de l'engagement comme le soulignent les auteurs de l'ouvrage

perceptions de justice, le bris de contrat psychologique<sup>38</sup>, certaines pratiques de gestion des ressources humaines (GRH), le climat organisationnel et la perception des valeurs de l'organisation. Vandenberghe et al. (2009b) notent que « *c'est à l'échelle de l'organisation que se situent les facteurs ayant le plus de poids sur l'engagement organisationnel* » (p.287). **Les variables liées au supérieur hiérarchique** telles que la qualité de communication avec le supérieur (.45), le leadership participatif (.39), la manifestation de considération (.34) et les comportements structurants du supérieur hiérarchique (Mathieu et Zajac, 1990), le leadership transformationnel (Meyer et al., 2002), le leadership charismatique.

---

<sup>38</sup> Zhao, Wayne, Glibkowski et Bravo (2007) définit le bris de contrat psychologique comme correspondant au fait qu'un employé perçoive que l'organisation a omis de tenir ses promesses ou de s'acquitter de ses obligations envers lui (Vandenberghe et al., 2009)

Figure 11 : Synthèse des antécédents de l'implication organisationnelle



Source : inspiré de (Vandenberghe, Landry, & Panaccio, 2009)

Dans leur méta-analyse, Meyer et al. (2002) signalent des corrélations négatives entre l'ambiguïté de rôle et l'implication affective (-.39) et l'implication normative (-.21) tandis que la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'implication calculée se révèle positive (.10). Pour Allen et Meyer (1990), les trois dimensions de l'implication organisationnelle peuvent coexister à des degrés divers chez un même individu mais les différentes études recensées ci-dessus montrent également qu'une même variable peut avoir des effets contraires sur ces trois dimensions. En effet, la transférabilité perçue des habiletés a une relation positive avec l'implication affective (.17) et l'implication normative (.13) mais a une relation négative avec l'implication calculée (-.31). Une des interprétations proposées (Rojot et al., 2009) est que lorsqu'un salarié perçoit ses compétences comme peu transférables, il n'aura pas le sentiment d'avoir beaucoup d'opportunités à l'extérieur de son organisation et sera conscient et reconnaissant envers son organisation des efforts consentis pour développer ses compétences. Nous trouvons également des effets contraires sur l'implication affective (-.39), l'implication normative (-.21) et sur l'implication calculée (.10) de l'ambiguïté de rôle Meyer et al. (2002). Il sera donc important dans le cadre de notre travail de recherche de mesurer séparément l'impact des variables étudiées sur les différentes dimensions de l'implication organisationnelle ainsi que l'impact des différentes dimensions sur la variable dépendante de notre étude.

Comme le soulignent Meyssonier & Roger (2006), de nombreuses recherches empiriques se sont intéressées au lien entre satisfaction au travail et implication organisationnelle, comme l'illustrent les méta-analyses qui se penchent sur ces travaux (Mathieu et Zajac, 1990 ; Tett & Meyer, 1993 ; Meyer et al., 2002). Parmi ces méta-analyses, celle de Tett & Meyer (1993) proposent trois modèles expliquant le lien entre ces deux variables :

- ✓ Le modèle de médiation « *satisfaction vers implication* » selon lequel la relation entre la satisfaction au travail et les comportements de retrait tel que l'absentéisme serait médiatisé par l'implication.
- ✓ Le modèle de médiation « *implication vers satisfaction* » selon lequel l'implication n'aurait qu'un impact indirect sur les comportements de retrait,
- ✓ Le modèle « *des effets indépendants de la satisfaction et de l'implication* » selon lequel chacune des deux variables a un effet isolé sur les comportements de retrait.

Tett & Meyer (1993) se rangent à ce dernier modèle en précisant toutefois que la satisfaction au travail prédit plus fortement les intentions de comportements que l'implication. Notre revue de littérature nous amène toutefois à prendre position sur l'un des deux modèles de médiation de la relation entre la satisfaction et l'implication. En effet, les travaux que nous avons étudiés établissent clairement un lien entre les deux variables. Aussi, il nous est difficile d'imaginer qu'elles aient des effets indépendants sur le comportement de retrait que représente l'absentéisme. Nos deux premières hypothèses nous font opter pour le second modèle, c'est-à-dire que nous envisageons une relation indirecte entre l'implication organisationnelle et l'absentéisme attitudinal médiatisé par la satisfaction au travail.

Après avoir défini ce qu'est l'absentéisme et l'intention de partir, mis en lumière l'ampleur de ces phénomènes chez la population soignante, nous avons souligné les relations existantes entre l'absentéisme, l'intention de partir, la satisfaction au travail et l'implication organisationnelle. Nous allons maintenant analyser ces comportements à travers le cadre conceptuel des tensions de rôle.

# **Chapitre 2 - Lecture de l'absentéisme et de l'intention de partir des infirmières à travers le cadre conceptuel des tensions de rôle**

Dans le chapitre précédent, nous avons pu observer que l'influence de la dimension affective de l'implication organisationnelle et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme et l'intention de partir des infirmières était désormais clairement établie dans la littérature. A l'issue du premier chapitre de notre travail de thèse, nous avons également vu qu'un cadre théorique général faisait défaut à notre modèle de recherche, inspiré du modèle alternatif d'intention de comportement proposé par Neveu (1996). La phase qualitative de notre thèse et la lecture attentive de la littérature font apparaître la présence latente d'un cadre conceptuel : la théorie des rôles. En effet, les entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de la santé ont mis en évidence l'importance des interactions dans les relations entre le personnel soignant et leur entourage professionnel et personnel. Rocheblave-Spenlé (1969) définit le concept de rôle, pas uniquement en termes d'activités ou de comportements mais comme un ensemble interactionnel se définissant par rapport à l'ensemble des acteurs qui entourent l'individu dans sa vie professionnelle. Notre phase exploratoire laisse supposer l'existence de tensions de rôle particulièrement chez les infirmières s'agissant de leurs relations avec les médecins, les patients et de l'image qu'elles se font de leur métier. La théorie des rôles et en particulier les tensions de rôle, semble donc être le cadre théorique nécessaire à la finalisation de notre modèle de recherche.

C'est pourquoi, nous allons, dans un premier temps, présenter les conceptualisations de la notion de rôle, les différentes dimensions des tensions de rôle et leurs définitions (1) avant de



tenter de faire le point sur leurs conséquences (2) afin d'élaborer nos hypothèses de recherche (3).

# **I. Les frontières du concept de tensions de rôle**

Avant de nous pencher sur les recherches relatives aux tensions de rôle chez les infirmières, nous allons d'abord présenter le cadre conceptuel des tensions de rôle, ses différentes dimensions et les évolutions qu'il a connu à travers la littérature. Nous ferons ensuite un état des conséquences connues des tensions de rôle grâce à l'étude des principales méta-analyses existantes sur les tensions de rôle : celle de Fisher et Gitelson (1983), de Jackson et Schuler (1985), Van Sell, Brief et Schuler (1981) et celle de Örtqvist et Wincent (2006).

## **1.1 Le rôle : un concept aux définitions multiples**

Le concept des tensions de rôle est apparu avec le développement de la notion de rôle et a fait l'objet d'une foisonnante littérature. La définition du concept de rôle ne fait pas l'objet d'un consensus mais fait l'objet de définitions différentes selon le champ qui le définit. Il existe au moins deux approches sur le concept de rôle (Perrot, 2001) :

- **L'approche fonctionnaliste** qui définit les rôles comme « *un ensemble de comportements attendus* » (Biddle, 1979) avec deux notions clés, le comportement de l'individu, d'une part et les attentes qui pèsent sur l'individu et sur son comportement, d'autre part. La principale critique adressée à cette approche vient du fait que les individus y sont considérés comme prisonniers de leurs rôles et des rôles qui leur sont prescrits. Ils sont appréhendés comme n'ayant aucune marge de manœuvre et comme étant des « *idiots culturels* ».

- **L'approche interactionniste** dans laquelle il existe un processus de construction sociale des rôles (Berger & Luckmann, 1966), la réalité étant socialement construite (Bateson, 1977). Le rôle y est défini comme un « *jaillissement continu d'actions spontanées* » (Moreno, 1970). Cette approche met en avant l'importance des mécanismes régulateurs dans l'intégration des comportements des acteurs dans des structures collectives.

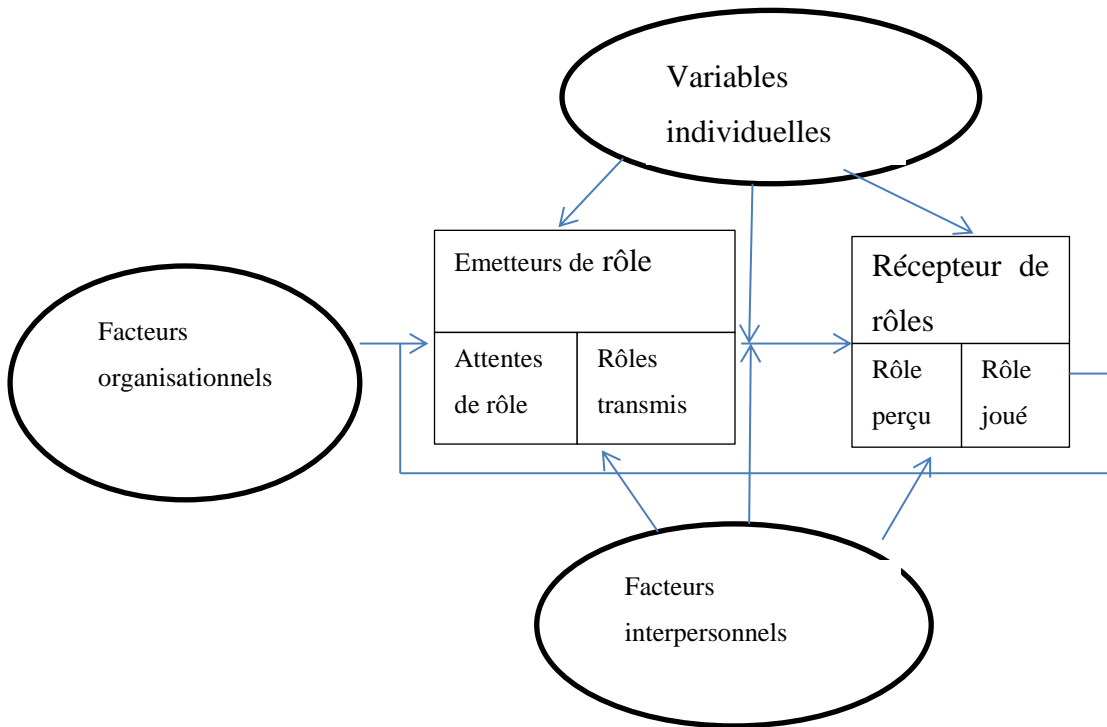
Les différentes approches comportent toutefois des points communs en particulier l'importance de l'organisation dans le concept de rôle. En effet, le rôle peut également se définir comme « un assemblage d'activités accomplies en vue de répondre à un objectif ; il est multiple, plus ou moins complexe des activités élémentaires de l'organisation » (Bienayme, 1971). Ainsi, a émergé dans les années 60, notamment avec les travaux de Katz et Kahn (1966), le concept de rôles organisationnels.

## 1.2 Les rôles organisationnels

Les travaux de Katz et Kahn (1966) s'inscrivent dans une perspective fonctionnaliste tout en soulignant l'importance de l'ensemble interactionnel. Pour Kahn et al. (1964), l'organisation est un système de rôle dans lequel, on ne peut étudier isolément les positions des individus dans une organisation, chacune d'entre elles étant inter-reliées comme dans un filet de pêche où l'on ne peut pas agir sur un nœud du filet sans modifier les autres nœuds... Le rôle y est vu comme un ensemble d'activités ou de comportements attendus et l'organisation comme un système social dans lequel s'organisent les différents rôles. Dans cette perspective, apparaît la notion d'ensemble de rôle qui correspond à l'ensemble des personnes en relation avec l'individu. L'ensemble de rôle correspond à autant d'émetteurs de rôles. Cette notion prend place dans le modèle de transmission de rôle de Katz et Khan (1966) qui a beaucoup apporté au concept de conflit de rôle. Il est également à l'origine des définitions actuelles de conflits de rôles (Perrot, 2001). Les conflits de rôles correspondent à l'une des différentes dimensions composant le concept plus large des tensions de rôle. Ce dernier est généralement composé du conflit de rôle et de l'ambiguïté de rôle (Commeiras et al., 2012). Une troisième dimension, celle de la surcharge de rôle, relative à l'excès de charge de travail, ne fait pas l'objet du même consensus. L'analyse de cette notion et la justification de notre choix se fera au

paragraphe 1.4 de cette section de notre thèse. Le modèle de transmission de rôle proposé par illustré par la Figure 12.

Figure 12 : Modèle de transmission de rôle proposé par Katz et Kahn (1966)



Source : Katz et Kahn (1966, p.187)

Le modèle de transmission de rôle permet l'analyse du processus touchant la personne exerçant un rôle, cette dernière qualifiée de « personne focale ». Selon Katz et Khan (1966), l'élaboration des rôles se fait par un processus itératif au cours duquel s'ajuste les relations entre les acteurs. Le modèle de transmission de rôle aborde quatre dimensions entrant en jeu dans le conflit de rôle :

- Les attentes de rôle correspondent aux attentes de l'ensemble de rôle vis-à-vis de la personne focale. Il s'agit des attentes de l'ensemble des personnes en relation avec la personne focale vis-à-vis de cette dernière. Dans le cas de l'infirmière, il peut s'agir des attentes émanant des patients et de leur famille, du cadre de santé, des collègues de travail mais également des médecins. L'une des spécificités des infirmières vis-à-vis des attentes de rôle provient de la multiplicité des émetteurs de rôle ce qui semble exposer particulièrement cette population aux conflits de rôle. En effet, la personne

focale susceptible d'être le plus exposée aux conflits de rôle est celle située « aux frontières organisationnelles ou encore à l'interface entre plusieurs sous-systèmes organisationnels » (Perrot, 2001, p. 81). Crozier et Friedberg (1977, p.86) définissent le concept de « marginal-sécant » qui est « partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'interprète et d'intermédiaire entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires ».

- Les rôles transmis se font par le biais d'émetteurs de rôle. Ces derniers communiquent des attentes de rôle à la personne focale et la guident dans l'exercice de ses rôles afin que ses comportements soient en conformité avec les attentes de rôle.
- Le rôle perçu est la compréhension, par la personne focale, des messages reçus en termes d'attentes de rôle et de rôle transmis.
- Le rôle joué correspond au rôle observable d'un individu en situation de travail.

Le modèle de transmission de rôle permet d'analyser les relations entre les différents concepts évoqués ci-dessus selon un « épisode » ou une « séquence » de rôle. Les relations entre ces quatre dimensions sont susceptibles d'interférer dans la transmission de rôle et de créer des conflits de rôle. Nous allons donc maintenant aborder la conceptualisation et la définition des conflits de rôle.

### **1.3 Les conflits de rôles**

Les tensions de rôle sont composées de plusieurs dimensions dont celle de conflits de rôles. La définition la plus couramment retenue pour appréhender les conflits de rôles est celle donnée par Khan et al., (1964). Il s'agit de « *l'apparition simultanée de deux ou plusieurs demandes incompatibles, telles que l'adaptation à l'une rend plus difficile l'adaptation aux autres* ». Cette définition est complétée par certains auteurs. Ainsi, King et al. (1990) choisissent de définir les conflits de rôles comme « *l'occurrence simultanée de deux ou plusieurs séries de pressions* » tandis que Perrot (2001, p.87) propose de les définir comme « *une incompatibilité entre, d'une part, les attentes d'un individu et, d'autre part, les activités ou les comportements qu'il exerce au sein de son ensemble interactionnel* ». A l'instar de

nombreux chercheurs, nous adoptons la définition de Kahn et al (1964) pour définir les conflits de rôles.

Katz et Khan (1966) distinguent **quatre formes de conflit de rôle possibles**:

- **Le conflit « intra-émetteurs »** : il apparaît lorsqu'une même personne transmet des attentes contradictoires au sujet
- **Le conflit « inter-émetteurs »** : il correspond au fait que deux personnes différentes transmettent des attentes contradictoires au sujet
- **Le conflit « individu-rôle »** : il survient lorsque l'exercice d'un rôle est contraire aux attentes du sujet ou le sujet doit jouer deux rôles incompatibles entre eux
- **La « surcharge de rôle »** : qui se manifeste quand « les attentes des émetteurs sont trop nombreuses et excèdent le temps et les ressources disponibles de la personne focale » (Khan et al., 1964).

Toutefois, bien que la surcharge de rôle ait été, dans un premier temps, définie comme une forme de conflit de rôle (Miles et Perreault, 1976), il paraît préférable de l'appréhender comme une forme à part entière de tension de rôle (Commeiras, Loubès & Fournier, 2009). En effet, les travaux de Schaubroeck et al. (1989) mettent en évidence qu'il s'agit d'une construit distinct des différentes formes de conflit de rôle comme l'illustrent les effets directs de cette variable sur les tensions de rôle. Nous aborderons donc plus en détail cette forme particulière de tension de rôle dans un paragraphe suivant de cette section.

En tenant compte de cette limite, King et al. (1990) reprennent en partie les quatre formes de conflits de rôles de Katz et Khan (1966) mais les élargissent aux systèmes en introduisant la notion de sous-systèmes dans la description des différentes formes de conflits de rôle. De plus, la forme dénommée « individu-rôle » chez Katz et Khan est scindée en deux formes : le conflit inter-rôle et le conflit de rôle personnel. Ainsi, les auteurs définissent :

- **Le conflit intra-émetteur** comme correspondant à l'existence d'attentes incompatibles ou ordres inadéquates issus d'une même personne appartenant à un système

- **Le conflit de rôle inter-émetteur** comme la réception de deux demandes incompatibles ou ordres inadéquates émanant de deux ou plusieurs personnes appartenant à un sous-système identique
- **Le conflit inter-rôles** est associé à l'existence d'attentes incompatibles ou ordres inadéquates issues de personnes appartenant à deux ou plusieurs sous systèmes différents
- **Le conflit de rôle personnel** existe lorsque les attentes d'un ou plusieurs membres d'un système ou d'un sous-système sont contraires ou incompatibles avec les attentes de la personne focale sur son rôle

Ce sont ces dernières définitions des dimensions de conflits de rôles que nous retiendrons dans notre travail de thèse.

## 1.4 La surcharge de rôle

Comme évoqué précédemment, il convient d'appréhender la surcharge de rôle, en anglais *role overload*, comme une dimension des tensions de rôle et non comme une facette du conflit de rôle comme le préconisent Schaubroeck et al. (1989) et Commeiras et al. (2009). Il s'agit donc d'une dimension des tensions de rôle à part entière. Qu'elle soit étudiée comme une dimension des conflits de rôle ou qu'elle soit considérée comme un type de tension de rôle à part entière, la définition de Katz Khan et al (1964) reste la définition généralement retenue. Ainsi, la surcharge de rôle apparaît lorsque « *les attentes des émetteurs sont trop nombreuses et excèdent le temps et les ressources disponibles de la personne à qui s'adresse ces demandes* ». C'est cette définition de la surcharge de rôle que nous retiendrons dans notre travail de recherche.

## 1.5 L'ambiguïté de rôle

Les chercheurs se penchant sur les tensions de rôle en distinguent une troisième forme appelée l'**ambiguïté de rôle**, aussi connue sous le nom de la clarté de rôle. Cette forme de tensions de rôle est relative au « *degré d'information manquante pour occuper une position dans l'organisation* » (Kahn et al, 1964) et se définit comme étant un déficit d'informations et

un manque de clarté concernant les attentes et les responsabilités associés à la mission confiée (incompréhension dans la définition de poste, les moyens autorisés, buts ou conséquences). Perrot (2001) ajoute que la disponibilité de l'information est dépendante du contexte organisationnel ainsi que de sa capacité à la diffuser. A cela s'ajoute les stratégies individuelles d'acquisition de cette information. L'auteur précise la définition de l'ambiguïté de rôle de Kahn et al., (1964) et propose d'appréhender l'ambiguïté de rôle comme « une incertitude de l'individu, relative aux activités et aux comportements attendus par son ensemble interactionnel » (p.88). C'est cette définition plus complète de l'ambiguïté de rôle que nous retiendrons pour notre travail de recherche.

L'ambiguïté de rôle se définit comme « *une incertitude de l'individu, relative aux activités et aux comportements attendus par son ensemble interactionnel* » (Perrot, 2001, p.88)

Pour Schuler (1977), l'ambiguïté de rôle s'oppose à la clarté de rôle. Dans sa lignée, Ruillier (2008) précise que l'ambiguïté de rôle peut venir **d'un manque de clarté vis-à-vis de plusieurs éléments**, en particulier vis-à-vis des objectifs à atteindre, des processus et méthodes de travail, des responsabilités ou encore des priorités. Kahn et al. (1964) proposent de distinguer deux catégories d'ambiguïté de rôle : l'ambiguïté liée au rôle lui-même qui concerne alors le contenu du travail, les objectifs et les moyens relatifs à un poste ; et l'ambiguïté relative à la dimension socio-émotionnelle relative aux conséquences des actions de l'individu sur lui-même, sur les autres et sur l'organisation. Loubès (1997) reprend cette catégorisation et distingue trois formes d'ambiguïté liée au rôle lui-même : l'ambiguïté relative au contenu du travail (quelles sont les missions et les responsabilités de l'individu dans le poste ?), l'ambiguïté liée à la façon de mener à bien sa tâche et ses responsabilités (comment l'individu doit-il procéder pour accomplir efficacement ses tâches et répondre de façon adéquate à ses responsabilités ?) et l'ambiguïté liée aux attentes des émetteurs (quelles sont les attentes des émetteurs et comment perçoivent-ils le rôle attendu ?).

Dans notre travail de recherche nous aborderons l'ambiguïté liée au rôle lui-même et en particulier celle relative aux tâches et aux responsabilités.

## 1.6 Les conséquences des tensions de rôle

Dans ce paragraphe, nous avons choisi de synthétiser les conséquences de deux formes de tensions de rôle, l'ambiguïté de rôle et les conflits de rôle, dans les Tableaux 2, 3 et 4.

**Tableau 2: Conséquences de l'ambiguïté de rôle mises en évidence dans la revue de littérature de notre travail de recherche**

Coefficients de corrélation des conséquences de l'ambiguïté de rôle											
Méta-analyses	Conséquences	Dépersonnalisation	Epuisement émotionnel	Satisfaction au travail	Implication organisationnelle	Engagement dans le travail	Accomplissement Personnel	Intention de partir	Tension/anxiété	Absence	Performance
Van Sell et al. (1981)				NC				NC		NC	NC
				-.25** (satisfaction globale) -.12** (satisfaction vis-à-vis de la paie) -.22 (vis-à-vis des collègues de travail) -.37** (vis-à-vis de la hiérarchie) -.24 (vis-à-vis de la promotion) -.35** (vis-à-vis du travail)							
Fisher et Gitelson (1983)					-.34	-.26		.32**	.19**		entre -.10 et -.24**
Jackson et Schuler (1985)				-.30** (satisfaction globale) -.36** (vis-à-vis de la hiérarchie) -.33** (vis-à-vis du travail) -.25** (vis-à-vis des collègues) -.17** (vis-à-vis de la paie) -.25** (vis-à-vis de l'avancement)	-.27**	-.28**		.18**	.30**	.09**	entre -.08 et -.24**
Örtqvist et Wincent (2006)		.22**	.27**	-.39**	-.48**		-.17**	.36**	.35		-.18**
Case grisée : variable non examinée											
*p<0,05 ; **p<0,01											



**Tableau 3 : Conséquences des conflits de rôle mises en évidence par notre revue de littérature**

Coefficients de corrélation des conséquences des conflits de rôle										
Conséquences	Dépersonnalisation	Epuisement émotionnel	Satisfaction au travail	Implication organisationnelle	Engagement dans le travail	Accomplissement Personnel	Intention de partir	Tension/anxiété	Absence	Performance
Méta-analyses										
Van Sell et al. (1981)			NC				NC		NC	
Fisher et Gitelson (1983)			- .35** (satisfaction globale) - .20 (satisfaction vis-à-vis de la paie) - .31 (vis-à-vis des collègues de travail) - .37 (vis-à-vis de la hiérarchie) - .26** (vis-à-vis de la promotion) - .31** (vis-à-vis du travail)	-.25	-.15		.29	.28**		entre -.09* et -.12**
Jackson et Schuler (1985)			- .31** (satisfaction globale) - .36** (vis-à-vis de la hiérarchie) - .30** (vis-à-vis du travail) - .28** (vis-à-vis des collègues) - .20** (vis-à-vis de la paie) - .23** (vis-à-vis de l'avancement)	-.24**	-.16**		.21**	.28**	-.01	entre -.07 et .01
Örtqvist et Wincent (2006)	Non significatif	.12**	-.40**	-.36**		Non significatif	.37**	.43		-.08**
Case grisée : variable non examinée										
*p<0,05 ; **p<0,01										

## **II. Conclusion du chapitre 2**

Les recherches sur les tensions de rôle distinguent donc comme nous venons de le voir, deux voire trois formes de tensions de rôle. A l'instar de Schaubroeck et al. (1989) et Commeiras et al. (2009), notre travail de recherche retiendra trois formes distinctes de tensions de rôle : le conflit de rôle, l'ambiguïté de rôle et la surcharge de rôle.

La méta-analyse de Örtqvist et Wincent (2006) met en évidence la nécessité d'appréhender les trois formes de tensions de rôle simultanément afin d'analyser les éventuels effets différenciés sur les conséquences déjà mises en évidence par la littérature. Jusqu'à présent les travaux portant sur les tensions de rôle se contentent d'analyser séparément les effets de l'une ou l'autre des formes de tensions de rôle sans chercher à les mesurer ensemble. L'un des objectifs de notre thèse sera donc d'analyser les effets simultanés des trois formes de tension de rôle sur le personnel infirmier.

Les deux chapitres précédents présentant notre revue de littérature, nous permettent d'analyser les différents comportements de la population soignante à travers le cadre conceptuel des tensions de rôle. Afin de nous aider dans la construction de nos modèles de recherche, nous allons, dans le chapitre suivant, procéder à une étude exploratoire auprès du personnel soignant.

# **PARTIE 2 : METHODOLOGIE ET RESULTATS**

# Chapitre 3 - L'étude qualitative

## I. L'intérêt d'une démarche qualitative

### 1.1 Le recours aux méthodes mixtes (Mix-methods)

Les méthodes mixtes, *mix-methods* en anglais, consiste à avoir recours, dans un travail de recherche, à une démarche qualitative associée à une démarche quantitative. Apparues dès les années 50 (Creswell et al., 2006), les méthodes mixtes deviennent progressivement le troisième mouvement méthodologique.

Le recours aux méthodes mixtes, dans notre cas, s'explique par notre question de recherche et la nécessité d'appréhender les spécificités de la population des soignants en France avant de collecter des données quantitatives. En nous appuyant sur la classification des principaux modèles de méthodes mixtes de Creswell (2003), celui qui semble le plus correspondre à notre démarche est certainement le modèle du *design exploratoire* dans lequel les méthodes qualitatives sont mobilisées afin de découvrir des thèmes relatifs à une question de recherche puis à utiliser ses thèmes pour administrer un questionnaire qui sera traité quantitativement.

En effet, la démarche qualitative est un préalable intéressant à toute démarche quantitative grâce à au moins trois atouts (Gavard-Perret et al., 2008) :

- Les données qualitatives sont plus riches et plus complexes que les données quantitatives

- L'analyse qualitative a pour objectif la compréhension en profondeur d'un phénomène afin de prendre en compte les interactions multiples et leur articulation dans un contexte.
- La technique qualitative est un « *exercice intellectuel permettant de faire émerger du sens* » (Paillé et Mucchielli, 2003)

Dans la réalisation de la série d'entretiens, il est conseillé de faire appel à une dynamique itérative en « *altern[ant] les séances de collecte et les séances d'analyse des données de manière à orienter les séjours sur le terrain en fonction de l'analyse en émergence et, en retour, de procéder à l'analyse progressivement, en prise continue avec le terrain* » (Paillé et Mucchielli, 2003). Cependant, pour des raisons de faisabilité, nous n'avons pas pu procéder de cette façon et avons réalisé l'analyse des entretiens à l'issue de la phase de collecte des données.

Selon Gavard-Perret et al. (2008), l'analyse qualitative se structure autour de trois grandes étapes :

- La condensation des données par la réduction et le codage des données
- La présentation des données
- L'élaboration et la vérification des conclusions

De notre côté, la démarche qualitative étant exclusivement exploratoire et ayant pour objectif de nous aider dans la construction des modèles de recherche qui seront testés par la suite à l'aide d'une étude quantitative, notre analyse qualitative comportera uniquement les étapes 1 et 2 de condensation et de codage des données ainsi que celle de présentation des données. Cette phase d'étude qualitative se clôturera par l'élaboration d'hypothèses et de modèles de recherche sur les déterminants de l'absentéisme et de l'intention de partir des infirmières.

Gavard-Perret et al. (2008) soulignent également qu'il existe au moins deux façons d'analyser les résultats d'une démarche qualitative :

- L'analyse manuelle
- L'analyse automatisée des données
- L'analyse manuelle permet de ne pas marginaliser certains phénomènes. C'est pourquoi, afin de respecter l'objectif exploratoire de cette première étude, nous avons décidé d'opter pour une analyse manuelle des résultats.

## **1.2 Les guides d'entretien**

A partir de la revue de littérature, deux grilles d'entretien ont été élaborées afin de nous adapter aux différentes fonctions des personnes interrogées. Ainsi, nous avons adopté une première grille pour les aides-soignantes (AS) et infirmières diplômées d'état (IDE) et une seconde pour les cadres et cadres supérieurs de santé. Ces grilles ont été construites à partir des principaux concepts identifiés par la revue de littérature qui sont pressentis pour le modèle de recherche que nous testerons dans ce travail de thèse. Les entretiens que nous avons conduits étant semi-directifs, l'ensemble des questions composant les grilles d'entretien n'ont pas été systématiquement posées mais pouvaient servir de relances ou d'approfondissements quand le besoin s'en faisait sentir.

Tableau 4 : Le guide d'entretien à destination des agents de l'étude exploratoire

**Question de départ : Expliquez-moi les contraintes auxquelles vous êtes confronté(e) dans votre métier ?**

***Thème 1. Les tensions de rôle***

**1. Conflit de rôle**

**a. Conflit de rôle personnel/surcharge de rôle : Avez-vous l'impression d'avoir suffisamment de temps et de moyen pour accomplir vos missions ?**

**b. Conflit individu-rôle : Sentez-vous parfois un conflit entre votre fonction de soignant et les tâches administratives à accomplir?**

**c. Conflit inter-émetteurs et intra-émetteurs : Avez-vous le sentiment de recevoir des consignes contradictoires ?**

**d. Conflit travail-famille : Vos horaires de travail sont-ils en conflit avec votre vie de famille ?**

**2. Ambiguïté de rôle : Connaissez-vous avec précision l'étendue de votre périmètre de responsabilité (ce que vous avez le droit de faire, ce que vous n'avez pas le droit de faire)**

***Thème 2. L'implication organisationnelle***

**1. Implication affective : Vous considérez-vous comme un « membre de la famille » de ce service ?**

**2. Implication calculée : Avez-vous l'impression qu'il y a des opportunités d'emploi en dehors de ce service ?**

**3. Implication normative : Avez-vous le sentiment que le service a besoin de vous ? Que votre absence lui serait préjudiciable ?**

***Thème 3. La satisfaction au travail***

**1. Est-ce que votre travail correspond à vos attentes ? à l'idée que vous vous en faisiez quand vous avez décidé d'exercer ce métier ?**

***Thème 4. L'absentéisme***

**1. Quel impact les absences de vos collègues ont-elles sur votre emploi du temps/planning ?**

**a. Sur votre charge de travail ?**

**b. Sur votre motivation ?**

***Thème 5. Données personnelles***

**1. Date de naissance/âge**

**2. Sexe**

**3. Nombre d'enfants/âges**

**4. Statut marital**

**5. Fonction**

**6. Service/Centre Hospitalier /Pôle**

**7. Ancienneté (dans le poste, dans l'hôpital, dans le métier)**

**8. Temps de travail**

**9. Nombre de jours d'arrêts de travail (motif) au cours des 12 derniers mois**

**10. Nombre d'arrêts de travail**



Question de départ : Qu'évoque pour vous le sujet de l'absentéisme dans votre service ?

### ***Thème 1. L'absentéisme***

1. Est-ce que les absences dans le service sont fréquentes ?
  - a. Y a-t-il souvent des personnes absentes (fréquence, durée) ?
  - b. Ces absences sont-elles désorganisantes pour le service?
2. Comment interprétez-vous ces absences ?
3. Quels outils de suivi utilisez-vous ?
4. Quels moyens de prévention ont été mis en place ?
5. Quel impact les absences des agents ont-elles sur l'emploi du temps/planning de leurs collègues?
  - a. Sur leur charge de travail ?
  - b. Sur leur motivation ?
6. Comment gérez-vous les absences de vos agents ?
7. Taux d'absentéisme du service (sur les 12 derniers mois ?) ? Structure du taux d'absentéisme.

### ***Thème 2. Les tensions de rôle***

1. Conflit de rôle
  - a. Conflit de rôle personnel/surcharge de rôle : Avez-vous l'impression que les agents ont suffisamment de temps et de moyen pour accomplir leurs missions ?
  - b. Conflit individu-rôle : Sentez-vous parfois un conflit entre leur fonction de soignant et les tâches administratives à accomplir?
  - c. Conflit inter-émetteurs et intra-émetteurs : Avez-vous le sentiment qu'ils reçoivent des consignes contradictoires ?
  - d. Conflit travail-famille : leurs horaires de travail sont-ils en conflit avec leur vie de famille ?
2. Ambiguïté de rôle : Existe-t-il des fiches de poste ? Des définitions de fonction ?

### ***Thème 3. La satisfaction au travail***

**1. Pensez-vous que leur travail correspond à leurs attentes ?**

***Thème 4. Organisation du service***

**1. Effectif (nombre de personne + temps de travail) et composition du service (nb d'AS, d'IDE et d'ASH)**

**2. Organisation du travail (horaire de travail, temps de roulement...)**

**3. Votre fonction**

**4. Centre Hospitalier/Pôle**

Les entretiens ont ensuite été en partie retranscrits (seuls les entretiens des IDE ont été intégralement retranscrits puisque notre recherche porte sur cette population particulière, les entretiens des autres acteurs ont fait l'objet d'une analyse directe depuis la bande sonore) et une analyse de contenu a été réalisée selon les thématiques suivantes : les tensions de rôle, la satisfaction au travail, l'implication organisationnelle, l'absentéisme et l'intention de départ.

## **II. La constitution de l'échantillon**

Lors de notre étude exploratoire, nous avons pris soin d'obtenir des entretiens avec des personnes issues de spécialités, fonctions et unités différentes afin d'élargir le champ de compréhension du phénomène.

Nous avons donc conduit 22 entretiens semi-directifs entre Janvier et Mars 2011. Les entretiens ont été réalisés auprès de professionnels travaillant auprès de trois établissements de santé :

- ✓ Un établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR) pédiatrique au sein d'un établissement privé à but non lucratif (PSPH). Ce choix a été réalisé car, comme évoqué au chapitre 1, certaines études montrent que les établissements de SSR ont un taux d'absentéisme plus élevé que les autres spécialités hospitalières (ARHRA, 2007).
- ✓ Un pôle Digestif-diabète-urologie-néphrologie-endocrinologie d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).
- ✓ Un pôle Urgence-réanimation d'un centre hospitalier (CH).

Notre choix concernant les deux derniers terrains de recherche s'est porté sur deux pôles de spécialités différentes au sein d'établissements publics de santé (EPS) car les tendances observées ces dernières années montrent une augmentation des absences pour raison de santé dans la fonction publique hospitalière (SOFCAH, 2011).

L'échantillon de notre étude exploratoire est composé de 5 aides-soignantes (AS) (2 appartenant au SSR, 1 au CHU et 2 au CH), 9 infirmières ou infirmiers (IDE) (4 du SSR, 3 appartenant au CHU et 2 au CH), 6 cadres de santé (2 du SSR, 2 du CHU et 2 du CH) et 2

cadres supérieurs de santé (1 au CHU et 1 au CH, absence de cadre supérieur de santé au SSR).

**Tableau 6 : Composition de l'échantillon de l'étude exploratoire**

Identifiant	Fonction	Sexe	Ancienneté dans le service	Type d'établissement	Service
AS A	Aide-Soignante	Femme	3 ans	SSR- Etablissement privé à but non lucratif	Service d'Accueil Spécialisé
AS B	Aide-Soignante	Femme	9 ans	SSR- Etablissement privé à but non lucratif	Service d'Accueil Spécialisé
AS C	Aide-Soignante	Femme	2 ans	CH - Etablissement public	Service urgence digestive
AS D	Aide-Soignante	Femme	13 ans	CH - Etablissement public	Service réanimation
AS E	Aide-Soignante	Femme	8 ans	CH - Etablissement public	Service Urgence
Cadre de santé A	Cadre de santé	Femme	*	SSR - Etablissement privé à but non lucratif	Petit établissement non découpé en services
Cadre de santé B	Cadre de santé-kinésithérapeute	Homme	*	SSR- Etablissement privé à but non lucratif	Petit établissement non découpé en services
Cadre de santé C	Cadre de santé	Homme	*	CHU - Etablissement public	Unité Hémodialyse/Transplantation

Cadre de santé D	Cadre de santé	Homme	*	CHU Etablissement public	-	Service Néphrologie
Cadre de santé E	Cadre de santé	Femme	*	CH Etablissement public	-	Service réanimation
Cadre de santé F	Cadre de santé	Femme	*	CH Etablissement public	-	Service Urgence
Cadre sup A	Cadre supérieur de santé	Femme	*	CH Etablissement public	-	Pôle Urgence Réanimation
Cadre sup B	Cadre supérieur de santé	Femme	*	CHU Etablissement public	-	Pôle Urologie, Néphrologie, Digestif, Gastro
IDE A	Infirmière	Femme	21 ans	CHU Etablissement public	-	Unité Hémodialyse
IDE B	Infirmière	Homme	21 ans	CHU Etablissement public	-	Unité Hémodialyse
IDE C	Infirmière	Femme	20 ans	CHU Etablissement public	-	Service Hémodialyse
IDE D	Infirmière	Femme	6 mois	SSR Etablissement privé à but non lucratif	-	Infirmierie
IDE E	Infirmière	Femme	7 mois	SSR Etablissement privé à but non lucratif	-	Infirmierie
IDE F	Infirmière	Femme	5 ans 1/2	SSR- Etablissement privé à but non lucratif	-	Infirmierie

IDE G	Infirmière	Femme	1 an	SSR Etablissement privé à but non lucratif	-	Infirmierie
IDE H	Infirmière	Femme	4 ans 1/2	CH Etablissement public	-	Service réanimation
IDE I	Infirmière	Homme	3 ans 1/2	CH Etablissement public	-	Service des urgences

L'ancienneté n'a pas été renseignée pour les cadres puisqu'ils ne sont pas l'objet de cette recherche.

### **III. La réalisation des entretiens**

Le choix de la réalisation d'une série d'entretiens individuels semi-directifs pour la collecte de données primaires offre un accès à l'information privilégié en permettant à la personne interrogée de répondre librement sur des questionnements précis, sous le contrôle du chercheur (Wacheux, 1996). Dans le cadre de la phase exploratoire de notre travail de recherche, cette technique nous a semblé préférable à celle de l'entretien directif ou non directif. De plus, l'entretien individuel est une méthode plus adaptée que la réunion de groupe lorsque le chercheur s'intéresse à la manière dont l'individu perçoit son environnement, à ses croyances et à ses intentions. En effet, l'entretien individuel permet de « mettre en évidence les motivations conscientes ou inconscientes du sujet » (Jolibert & Jourdan, 2006, p. 2) tandis que les réunions de groupe conviennent mieux à l'étude des interactions entre les répondants. De plus, le fait que notre recherche porte sur l'absentéisme, qui est un sujet « sensible » dans le monde professionnel actuel, confirme l'intérêt du choix de la réalisation d'entretiens individuels pour notre étude exploratoire.

Chaque entretien a été réalisé dans le service dans lequel travaillait la personne interrogée. Pour les cadres et cadres supérieurs de santé, ils se sont déroulés dans leur bureau, pour les IDE et les AS, le plus souvent, ils ont été réalisés dans la salle de pause du service ou dans le

bureau soit du cadre de santé (en l'absence de ce dernier) soit dans celui de l'infirmière référente.

La prise de rendez-vous s'est faite par le biais des cadres ou des cadres supérieurs de santé du réseau de l'IFROSS ou par le Directeur de Soins Infirmiers (DSI). Les cadres et cadres supérieurs nous ont ensuite orientés vers d'autres cadres de santé de même que le DSI. Ces derniers ont organisé des rendez-vous avec des infirmières et des aides-soignantes durant leur temps de travail afin que nous puissions les interviewer. Cette méthodologie quant à la prise de rendez-vous peut avoir introduit un biais lié au fait que nous avons été présentés par le supérieur hiérarchique des personnes interrogées. Ces dernières peuvent donc s'être autocensurées pour ne pas déplaire à leur hiérarchie et ce, malgré notre engagement à conserver leur anonymat et à ne pas transmettre les informations recueillies à leur hiérarchie.

Les entretiens se sont tenus dans la région Rhône-Alpes à Grenoble (38), Miribel (01) et Valence (26). Leur durée est comprise entre 26'08 pour l'entretien le plus court à 1'21 pour l'entretien le plus long. Il a été précisé en début de chaque entretien qu'il serait enregistré et que les données collectées resteraient anonymes.

## **IV. Méthode d'analyse des données : analyse thématique de contenu (ATC)**

Pour l'analyse de nos entretiens, nous avons opté pour l'analyse thématique de contenu (ATC) notamment parce que cette méthode n'oblige pas le chercheur à traiter de manière systématique la totalité des données du corpus contrairement à l'analyse de contenu. Toutefois, cette méthode, guère différente de l'analyse de contenu, ne permet pas d'utiliser un même extrait pour plusieurs ventilations. En effet, dans une analyse thématique, le chercheur ne procède qu'à un seul découpage et à une ventilation (Gavard-Perret, Gotteland, Haon, & Jolibert, 2008). Les auteurs notent que l'objectif d'une analyse thématique est de trouver, par une approche horizontale, les thèmes récurrents des différents entretiens du corpus. L'approche horizontale « *consiste à repérer les récurrences et régularités d'un document à*

*l'autre à l'intérieur du corpus total* » (Gavard-Perret, Gotteland, Haon, & Jolibert, 2008, p. 262). De plus, l'ATC est « *bien adaptée aux problématiques qui s'inscrivent dans un cadre conceptuel solidement étayé* » (Jolibert & Jourdan, 2006), ce qui nous semble être le cas concernant notre travail de recherche. Pour cela, le chercheur doit déconstruire les discours individuels afin d'en extraire les parties communes. Afin d'analyser le corpus d'entretiens obtenus, le chercheur peut établir soit un codage émergent (également appelé codage ouvert) c'est-à-dire ne reposant pas sur des catégories préexistantes soit un codage *a priori* à partir de thèmes prédéterminés. Nous avons opté pour une codification prédéterminée en nous basant sur les éléments donnés par la littérature existante ainsi que sur notre grille d'entretien.

## **V. Résultats de l'étude exploratoire**

### **5.1 Les tensions de rôle chez les infirmières**

La littérature sur les infirmières laisse entrevoir qu'il s'agit d'une population fortement soumise aux tensions de rôle pour plusieurs raisons. D'abord parce qu'il s'agit d'une population composée par une grande majorité de femmes qui, souvent, ont des enfants, qu'elles élèvent parfois seules. Les horaires atypiques de la profession, le travail de nuit et de week-end viennent compliquer l'équilibre vie-privée/vie professionnelle des infirmières. Ensuite, les infirmières sont tiraillées entre trois missions composant leur fonction : la mission relationnelle, la mission administrative et la mission technique. Il nous semblait donc important de prendre en compte ces spécificités dans notre étude du processus menant à l'absentéisme et à l'intention de partir des infirmières.

#### **5.1.1 La surcharge de rôle**

Comme évoqué dans le premier chapitre, la surcharge de rôle est, ici, appréhendée comme une dimension des tensions de rôle et se distingue des conflits et de l'ambiguïté de rôle. La



surcharge de rôle des infirmières a été notamment étudiée dans les travaux de Baret & Robelet (2010) qui mettent en évidence le tiraillement des infirmières autour des trois dimensions composant leur mission : La dimension relationnelle (écoute, information et réconfort), la dimension technique (actes de soin) et la dimension administrative (saisie de données, recueil de documents). La multitude de ces trois dimensions entraîne une surcharge de rôle lorsque l'une ou l'autre d'entre elles prive l'infirmière de la réalisation des deux autres.

Les infirmières interrogées ont évoqué des situations de surcharge de rôle le long de leur parcours professionnel. La notion de surcharge de rôle n'est pas uniquement le fait d'une excessive charge quantitative de travail mais peut également être le fruit d'une surcharge qualitative de travail, ou d'un surcroît d'effort mental. En effet, la surcharge de rôle survient lorsque « les attentes des émetteurs sont trop nombreuses et excèdent le temps et les ressources disponibles de la personne à qui s'adresse ces demandes » (Kahn & al., 1964). La notion de ressources s'entend ici au sens large, c'est-à-dire qu'il peut s'agir de ressources matérielles mais également humaines ou encore mentales.

*« Y a eu une période en réanimation où, ils rappelaient les gens qui y avaient bossé parce qu'il manquait 10 ...10 infirmières...Donc tous ceux qui avaient bossé en réa de l'hôpital [...] ils nous rappelaient pour savoir si on voulait pas aller faire des vacances en plus de notre boulot ici, être payé en heures sup parce qu'il manquait du monde en réa [...] je dit "ben pourquoi ils s'en vont?" "ben la charge de travail est telle, les gens, ils sont formés à « l'arrache » comme on dit, mais bon c'est un stress, c'est pas possible quoi » (IDE A – Hémodialyse)*

*« C'qui est pesant c'est de tout faire vite vite vite, de partir en ayant pas fait ou de faire des heures, des heures et des heures. » (IDE B – Hémodialyse)*

*« Je tournais dans tout l'hôpital [...] c'était vraiment très difficile. On se retrouvait des fois tout seul, j'me retrouvais des fois toute seule un dimanche après-midi avec 30 patients. Donc avec plein de perfusions à poser, une patiente qui était en train de mourir, un autre qui allait pas bien » (IDE H – Réanimation)*

Ces situations de surcharge de rôle les a conduit, pour la plupart d'entre elles, à mettre en place des stratégies leur permettant aujourd'hui d'échapper à cette problématique. C'est pourquoi, la majorité des infirmières interrogées ne semblent pas être soumises à une réelle surcharge de rôle dans leur poste actuel.

La surcharge de rôle est le plus souvent associée au manque de moyens humains. Elle l'est aussi par rapport au manque de moyens techniques. Cependant, l'inadaptation des moyens matériels vis-à-vis des missions confiées aux infirmières existent. Dans l'étude exploratoire, ce constat se retrouve particulièrement dans le centre hospitalier.

*« On a d'un côté une grosse difficulté en terme de patients qui restent très longtemps parce que ça manque, derrière de structure de rééducation [...] ça c'est difficile car nous, on n'est pas du tout dans la rééducation, donc on manque de kiné. Nous on n'a pas du tout de démarche de soins rééducatives donc c'est très difficile. Puis on n'a pas du tout les locaux adaptés [...] » (IDE H – Réanimation)*

*« Au niveau des locaux, il y a beaucoup de choses à refaire. [...]Après il y a des priorités. Ils ont informatisé tout l'hôpital, ça leur a coûté des millions et des millions [...]C'est bête à dire mais on a des nouveaux appareils tactiles etc. pour faire nos soins qui font télé, télévision, radio, Internet, des trucs qui valent 10000/15000€ et puis à côté de ça on n'a pas un oreiller par chambre quoi. [...] Et ça fait des années que ça dure. Ça fait des années qu'on dit qu'on aimerait bien avoir quelques potences en plus pour que les gens puissent se balader avec, quelques oreillers. C'est le reflet vraiment ...Moi c'est ce qui me choque le plus en fait. C'est pas des choses importantes mais c'est des choses qui exaspèrent à la longue. » (IDE I – Urgence)*

On retrouve aussi cette problématique dans d'autres établissements mais de façon moins flagrante.

*« Effectivement, on a des consignes. C'est balancé comme ça. Sauf qu'on n'a pas les moyens techniques, humains, pour les faire. Et qu'à un moment donné on s retrouve à vouloir faire évoluer les choses parce que ça évolue pas, parce qu'on n'a pas c'qui faut pour.» (IDE D – SSR pédiatrique)*

La surcharge de rôle, et en particulier la charge excessive de travail, est très souvent associée au départ effectif du service.

« *Quand t'arrives jeune diplômé en [réanimation], c'est une charge de travail, un stress moral qui est tel que je comprends que les gens, au bout d'un an, ils aillent faire autre chose.* » (IDE A – CH Grenoble)

« *Moi à mon niveau, [rester dans ce service], c'était pas possible* » (IDE H – Réanimation)

« *Il y a un turnover de plus en plus important. C'est impressionnant, le nombre de personnes qui partent. [...]il y a des gens qui arrivent à être dégoutés, qui sont là depuis 3/4 ans, qui arrivent à être dégoutés du service.* » (IDE I – Urgence)

« *Moi ça vraiment c'était ... Quand on a quelqu'un qui sonne, qui dit j'ai très mal, et qu'à côté, on a quelqu'un d'autre qui nous appelle. [...]Moi plusieurs fois, j'ai failli partir. Vraiment. J'me sentais débordée d'émotion, débordée de pas pouvoir être là pour les gens. C'est sûr que les perfusions, à 21h, elles allaient être toutes posées. La technique, elle allait être faite. J'aurais bien mis les croix dans les cases [...] Mais moi, au niveau de ma conscience professionnelle, j'étais pas du tout épanouie. [...] Dans tous les cas, si j'étais restée là-haut, il aurait fallu que je trouve un service où j'ai pas ce genre de difficulté, quoi. Parce que moi à mon niveau, c'était pas possible [...] vraiment, c'est un sentiment, on se sent seule au monde, on se sent dépassée par tout, du coup, on se sent coupable, on se sent incapable, on se sent...» (IDE H – Réanimation)*

Ce dernier verbatim illustre le fait que, dans notre étude, il arrive que la surcharge de rôle et le conflit de rôle personnel tendent parfois à se confondre. D'après King et al. (1990), le conflit de rôle personnel se retrouve lorsque « les attentes d'un ou plusieurs membres d'un système ou d'un sous-système sont contraires ou incompatibles avec les attentes de la personne focale sur son rôle ». La surcharge de rôle évoquée par les IDE interrogées se traduit par un manque de moyens techniques ou humains vis-à-vis des missions qui leur sont confiées dans leur rôle d'infirmière. Néanmoins, dans nos entretiens, lors de l'évocation de l'existence d'une surcharge de rôle, les IDE semblent répondre correctement aux exigences de leur poste d'un point de vue institutionnel. Ainsi, il semble que ce soit les représentations que les infirmières se font de leur métier, avec l'envie de maintenir un temps relationnel avec le patient, qui renforcent la surcharge de rôle, compte tenu des tâches supplémentaires imposées par les institutions et l'établissement. Ainsi, lorsque l'IDE est soumise à ce qu'elle considère comme une surcharge de rôle, il semble que ce soit davantage un conflit de rôle personnel

puisque l'exercice du rôle d'infirmière tel que demandé par l'institution semble être parfois contraire à leurs propres attentes.

*« Oui c'est sûr, c'est une évidence. Je pense que, tout le problème est de faire rentrer tout ce qu'on veut faire dans la journée.*

*Après, on a certainement aussi une exigence beaucoup plus importante que laver nos mamans ou nos grands-mères quoi. » (IDE C – Hémodialyse)*

*« Les douches, c'est très violent pour les enfants brûlés.[...]. Donc les premiers pansements on essaye de faire au mieux pour que ce cap de la douche arrive à passer, des fois, il passe pas du tout, ça arrive avec certains enfants. Mais moi je voudrais faire des pansements comme les premiers pansements, qui durent autant de temps, qu'on prenne le temps de jouer avec les enfants, avant de se lancer dans le soin, de prendre en compte leur peur.[...] On aurait plus de temps, ça se trouve ça se passerait nettement mieux au niveau des soins. » (IDE G – SSR pédiatrique)*

En effet, il semble que les attentes des IDE interrogées vis-à-vis de leur rôle d'infirmière soit différent du rôle défini par l'institution. L'une des IDE résume bien les exigences que chaque professionnel de santé semble avoir vis-à-vis de sa mission de soin.

*« On est dans la recherche du soin, du bien-être du malade » (IDE I – Urgence)*

Cette observation issue de notre étude exploratoire, nous amène à identifier l'existence d'un conflit de rôle personnel chez les IDE interrogées.

### **5.1.2 Le conflit de rôle personnel**

Comme observé précédemment, il semble que les IDE interrogées soit davantage sujettes au conflit de rôle personnel qu'à la surcharge de rôle. En effet, l'analyse des entretiens met en lumière que parmi les neuf IDE interrogées, quatre semblent soumises à une surcharge de rôle, dont l'une seulement à très fort niveau. Tandis que six IDE se disent confrontées, dans leur mission actuelle, à un conflit de rôle personnel, dont deux à un niveau très fort.

« [L'administratif entraîne] du travail différent [...] du temps qu'on peut plus passer au patient [silence]. En transplantation, on fait le tour [...] on est dos au patient, on est sur le clavier avec un logiciel qui est complètement aberrant [...] et si on fait pas l'effort, c'qui devrait pas être un effort, de voir le patient, on peut très bien passée 8h en faisant tout son travail sans le voir. Si c'est ça être infirmier, moi j'y retourne pas. » (IDE B – Hémodialyse)

« Moi je voyais beaucoup plus de soins, beaucoup plus de présence autour du patient. Finalement, je me suis rendue compte qu'il y avait beaucoup de paperasse, un côté administratif qui est quand même bien...bien important et qui...voilà, quand on a fait ce travail pour être auprès des patients, c'est mon cas [...] Là vraiment c'est être éloignée du patient et d'être tant que ça dans les papiers qui me, qui a été ma surprise la plus importante » (IDE E – SSR pédiatrique)

« Sur une plaie qui a évolué, qui est, soit devenue plus jolie, soit plus vilaine, en fait, et ben on est limité, [...], on applique le protocole médical. Si on s'aperçoit de certaines choses, de nous-même, normalement, on n'a pas à changer le protocole et on applique le protocole tant que le médecin n'a pas visé. [...] On commence à bien connaître notre job aussi. On se dit ben là voilà, je ferais plutôt comme ça. [...] Sauf que tant qu'on n'a pas vu le médecin et que lui n'a pas validé, et ben, on peut...on peut rien faire. Sauf que des fois, c'est ennuyeux, parce que quand on a un pansement un jour sur deux, ça veut dire que le pansement sera revu que dans deux jours. » (IDE D – SSR pédiatrique)

Ce dernier verbatim illustre la proximité entre ce que l'infirmière perçoit comme une surcharge de rôle (l'infirmière doit soigner au mieux son patient mais elle n'a pas forcément de médecin disponible pour changer de protocole rapidement en cas de besoin. Les ressources disponibles, la disponibilité des médecins, ne sont pas suffisantes au regard de ce que les émetteurs, c'est-à-dire l'établissement, les patients, attendent d'elle) et le conflit de rôle personnel (l'infirmière attend de son rôle qu'il lui permette d'adapter immédiatement les protocoles de soin à l'évolution de l'état du patient tandis que l'institution attend d'elle qu'elle respecte les procédures de validation par le médecin, même si cela doit retarder le changement de protocole de soin d'un jour ou deux. Le patient, qui attend d'être soigné au mieux, n'a pas forcément conscience de ces contretemps).

Le plus souvent, la surcharge de rôle semble venir du fait que l'infirmière souhaite passer du temps auprès du patient mais que les autres missions qu'elle a à accomplir ne lui permettent pas de dégager suffisamment de temps pour cela. Néanmoins, concernant les tâches administratives, toutes les IDE ne tiennent pas le même discours et plusieurs d'entre elles reconnaissent ces tâches comme faisant partie intégrante de leur métier de soignante.

Le fait d'avoir des missions de natures différentes ainsi que la multitude d'émetteurs (notamment les patients, les familles des patients, le cadre de santé, les médecins) favorisent l'émergence de conflit inter-émetteurs. L'étude exploratoire nous a permis de l'observer.

### **5.1.3 Les conflits inter et intra-émetteurs**

Le conflit inter-émetteur selon King et al. (1990) correspond à « la réception de deux demandes incompatibles ou ordres inadéquates émanant de deux ou plusieurs personnes appartenant à un sous-système identique ». L'analyse de nos entretiens montre l'existence, dans notre échantillon, de ce type de conflit de rôle provoqué par plusieurs types d'émetteurs. En premier lieu, les médecins semblent être la principale source de conflit-inter-émetteurs. En effet, nombreuses sont les infirmières interrogées déclarant recevoir des consignes contradictoires de la part des différents médecins du service. Toutefois, la plupart du temps, ce type de conflit de rôle se gère relativement facilement par le biais du médecin référent et par la rédaction des ordonnances.

*« Surtout quand deux médecins nous parlent du même patient et qu'ils sont pas forcément en accord et qu'y en a un qui nous dit blanc, l'autre qui nous dit noir et que...et ben à force on sait plus ce qu'on doit faire. Donc là, les 3/4 du temps, on se rallie au médecin référent de l'enfant [...] et puis y a des fois, qu'est-ce qu'on fait quoi? » (IDE F – SSR pédiatrique)*

*« Les médecins peuvent avoir des façons de faire différentes, ça c'est indéniable, ça c'est sûr [...] Les médecins entre eux, ne travaillent pas de la même façon, oui, ça c'est sûr. Donc on s'adapte à chacun.[...] on fait ce qui est écrit.» (IDE C – Hémodialyse)*

*« Parfois y a des changements de consignes [...] ça peut arriver qu'on ait des...des incohérences entre les ...entre les prescriptions de plusieurs médecins par exemple, ça ça peut arriver. [...] ça pose problème mais bon, nous on doit suivre la prescription qui est en vigueur [...] de toute façon on peut pas passer par-dessus donc voilà » (IDE E – SSR pédiatrique)*

« Notamment sur les prescriptions. Nous des fois, on leur dit, mais non, ça, ça va pas. Donc on reprend avec eux mais...Oui elles sont contradictoires. Puis en plus, on a les consignes d'un médecin, ensuite on a les consignes d'un autre...de la pédiatre entre-temps on a les consignes des kinés...Donc ben, après faut faire ...nous on dit stop...on nous a dit ça, ça, ça, qu'est-ce qu'on fait? [...] Nous faut qu'on agisse derrière donc si on a 3 consignes différentes on va pas arriver à tout empaqueter pour faire quelque chose de bien [...] Faut toujours se renseigner...c'est notre quotidien, faut toujours se renseigner, poser des questions...c'est tous les jours. » (IDE G – SSR pédiatrique)

Si la principale source de conflit inter-émetteur vient des médecins, les demandes des patients et de leur famille peuvent également être en contradiction avec les demandes du médecin.

« Tout ce que nous demande les parents c'est [...] de toute façon pas de notre ressort à nous, on peut en parler au médecin et après, le médecin gère lui-même. [...] On est souvent confronté entre le parent et le médecin, à faire un peu le tampon, que ce soit nous ou les aides-soignantes » (IDE F – SSR pédiatrique)

Il n'est pas rare que les patients ou leur famille aient une demande, par exemple celle de suivre tel protocole de soin, et que le médecin en ait une autre. Dans de tels cas, l'infirmière peut se retrouver face à un conflit inter-émetteur avec la demande du patient incompatible avec celle émanant du médecin.

Par contre, les demandes émanant de l'administration des établissements ne semblent pas tant être à l'origine de conflits inter-émetteurs qu'à celle d'une surcharge de rôle.

« Je sais que les patients, parfois, le disent...disent...Ils le disent eux-mêmes que ils... voilà, qu'on 'est pas forcément, qu'on est...qu'on passe rapidement ou que, « tiens...elle m'avait dit qu'elle ferait ça, mais elle a pas pu. Ben, oui, ben en fait, elle a pas eu le temps...ben voilà [...] c'est frustrant » (IDE E – SSR pédiatrique)

« L'administration, elle voudrait qu'on ait 10 postes de dialyse alors que là déjà à 8, des fois on s'en sort pas. Mais bon c'est vrai qu'il faut se laver 50 fois les mains par jours, [...] pour faire un travail correct avec des conditions d'hygiène correctes et une surveillance adaptée au patient [...] pour qu'on soit en sécurité si tu veux... pour les patients et puis pour nous, bon ben voilà, y a un minimum à respecter et... l'administration y a des fois où je crois qu'ils

*comprennent pas tout à fait ça. C'est vrai que ben, ils sont au rendement... j'en sais rien... c'est pas au rendement mais heu... j'pense qu'ils ont des objectifs ... mais bon voilà, y a un patient et y a du personnel derrière » (IDE A - Hémodialyse)*

L'infirmière reçoit des demandes de soins dans le respect des normes de sécurité et d'hygiène de la part des autorités sanitaires tandis qu'elle reçoit également des demandes d'un plus grand rendement de la part de l'administration de l'hôpital. De même, elle reçoit des demandes d'accompagnement de la part des patients et de leur famille tandis que l'administration leur demande des actes techniques et administratifs. Ces demandes ne sont pas incompatibles entre elles en terme de contenu mais en terme de temps quand la réalisation de l'une ne laisse pas le temps d'en réaliser une autre, créant une situation de surcharge de rôle chez l'infirmière, qui ne peut pas répondre à l'ensemble des demandes puisqu'elle ne dispose que d'un temps limité pour cela.

Nous pourrions penser que, ce que les IDE appellent « l'administration », puisse être à l'origine des conflits intra-émetteurs puisqu'elle-même prône la satisfaction des patients tout en demandant aux infirmières davantage de « rentabilité » de leur temps de travail. Rappelons que King et al. (1990) définissent le conflit intra-émetteur comme l'existence d'attentes incompatibles ou ordres inadéquates issus d'une même personne appartenant à un système. Cependant, il n'ait fait mention, à aucun moment de notre étude exploratoire, de cette problématique vis-à-vis de demandes incompatibles entre elles émanant de l'administration de l'établissement ni d'aucun autres émetteurs d'ailleurs. Ainsi, nous n'avons relevé, à aucun moment de notre étude exploratoire, de conflits intra-émetteurs flagrants à l'exception d'une infirmière qui soulignait l'incompatibilité de deux objectifs : celui de soigner sans douleur le patient et celui de ne pas rendre le patient dépendant de médicaments antidouleurs.

*« On a comme objectif que le patient ne souffre pas [...]Parfois on se sent vraiment dans l'incompatibilité, je dirais, parce que on veut le mieux pour ce patient mais du coup on lui apporte [des produits] contre la douleur mais on sent qu'un patient commence à développer une dépendance [...]et voilà, on se trouve en train de ...de donner à un patient quelque chose contre la douleur mais qu'on sait qui [va] peut-être, à long terme, développer une dépendance. [...] ça c'est des objectifs qui sont incompatibles. C'est à dire que voilà, on doit*



*aider le patient pour le mieux et il arrive ici pour des soins et [...] finalement par notre biais [...] on a l'impression qu'il va repartir avec une dépendance. » (IDE E – SSR pédiatrique)*

Ce verbatim décrit autant un conflit intra-émetteur (il faut soigner le patient sans douleur tout en évitant de le rendre dépendant à des médicaments) qu'un conflit de rôle personnel («*on veut le mieux pour ce patient* » et finalement «*il va repartir avec une dépendance* »). Ici, l'IDE interrogée attend de son rôle d'infirmière que le patient aille mieux mais son rôle consiste aussi à le soigner sans douleur quitte à le rendre dépendant par la suite. Il s'agit également d'un conflit inter-émetteur puisque la «*mesure de la douleur* » fait partie des indicateurs de qualité obligatoire à respecter par les établissements de santé<sup>39</sup>. Ainsi, l'institution transmet aux soignants des consignes de gestion de la douleur du patient par la délivrance notamment de médicaments susceptibles de rendre le patient dépendant tandis que ce dernier, lui, s'il souhaite bien être soigné en minimisant la douleur, ne souhaite pas voir une dépendance aux médicaments se développer.

A l'exception de ce verbatim, les IDE interrogées ne semblent pas être soumises au conflit de rôle intra-émetteur. De même, à aucun moment, il n'est dit que le cadre de santé, c'est-à-dire le supérieur direct des infirmières, soit à l'origine de conflit inter ou intra-émetteurs.

#### **5.1.4 L'ambiguïté de rôle**

Dans notre étude exploratoire, nous avons souligné que les conflits de rôle inter-émetteurs étaient, la plus grande partie du temps, dus aux médecins. Ces conflits inter-émetteurs et la surcharge de rôle liée au manque de disponibilité des médecins pourraient être également à l'origine d'une ambiguïté de rôle chez les infirmières interrogées. Il y a ambiguïté de rôle lorsqu'existe un «*déficit d'informations et un manque de clarté concernant les attentes et les responsabilités associés à la mission confiée (incompréhension dans la définition de poste, les moyens autorisés, buts ou conséquences)* ». Kahn et al. (1964) ont mis en lumière l'existence de plusieurs dimensions à l'ambiguïté de rôle : l'ambiguïté de rôle liée à la tâche, qui se définit comme une insuffisance d'informations concernant la définition du poste, les buts et moyens utilisés pour les atteindre, et l'ambiguïté de rôle liée à la dimension socio-

---

<sup>39</sup> Les établissements de santé ont l'obligation de remplir deux grandes familles d'indicateurs de qualité permettant le suivi en termes de qualité et de sécurité des soins. La première famille d'indicateurs, à laquelle appartient la mesure de la douleur pour les établissements MCO, SSR et HAD, sont généralisés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et sont appelés «*QUALHAS* ». La seconde famille répertorie des indicateurs relatifs aux maladies nosocomiales (source : <http://www.sante.gouv.fr>, lu le 16 novembre 2012)

émotionnelle relative aux conséquences des actions de la personne focale sur ses buts personnels et sur son bien être (Kahn et al. 1964).

Dans le cas de notre étude exploratoire, nous n'avons relevé ni de réelle ambiguïté de rôle liée à la tâche ni de manque de clarté de rôle d'un point de vue socio-émotionnel. Le principal objectif des IDE est que le patient aille mieux. Comme nous l'avons vu, les médecins leur donnent parfois des consignes contradictoires et leur manque de disponibilité ne leur permet pas toujours de donner aux infirmières les consignes leur permettant d'adapter rapidement les protocoles de soin à l'évolution de l'état de santé du patient. Alors, dans un souci d'efficacité, les infirmières pourraient être poussées à dépasser les limites de leurs responsabilités ou à ressentir une profonde incompréhension sur les buts et conséquences de la mission de soin qui leur a été confiée. Cette situation pourrait être à l'origine d'une ambiguïté sur les moyens à utiliser pour que l'état du patient s'améliore. Cependant, il n'en est rien dans notre étude. A une exception près, l'ensemble des IDE affirme que les responsabilités associées à la mission de soin qui leur est confiée sont clairement établies et respectées par tous, et ce malgré l'existence de surcharge de rôle et de conflit inter-émetteurs de la part des médecins.

*« Y en aurait plus s'ils étaient moins présents. On n'a pas trop ce genre de difficulté dans le service parce que nos prescriptions, elles sont marquées. S'ils ont oublié de marquer quelque chose, on va leur dire, ils sont là pour le marquer alors que dans les [autres] services, parfois on est confronté à des appels téléphoniques "ben, j'ai pas marqué mais fais ça" [...] nous on l'a pas ça. Parce que le médecin il est là. Donc en terme de responsabilité, on sait que ...puis ils ont un œil sur tout ce qu'on fait » (IDE H – Réanimation)*

*« De ce côté-là, je pense qu'on a pas trop à se plaindre. Parce que...parce que les gens qui nous entourent savent très bien que y a des limites à nos...à nos actes en fait. » (IDE I – Urgence)*

*« On a été bien endoctriné, nous dans notre école d'infirmière...voilà on est des infirmières, on n'est pas des petits médecins. » (IDE D – SSR pédiatrique)*

Là où l'ambiguïté de rôle est le plus souvent dénoncée, c'est au niveau des tâches relevant des secrétaires qui sont réalisées par les IDE. En effet, dans notre échantillon, la plupart des IDE interrogées se sont plaintes de devoir effectuer des tâches ne relevant pas de leur fonction mais plutôt de la fonction des secrétaires.

### **5.1.5 Le conflit inter-rôle**

Le conflit inter-rôle est associé à l'existence d'attentes incompatibles ou d'ordres inadéquates issues de personnes appartenant à deux ou plusieurs sous systèmes différents d'après King et al. (1990). Certains auteurs définissent le conflit vie privée-vie professionnelle comme une forme de conflit inter-rôle dans lequel les pressions de rôle venant du travail et les pressions émanant de la famille sont dans une certaine mesure mutuellement incompatibles (Greenhaus et Beutell, 1985). Sans grande surprise, c'est principalement cette forme de conflit inter-rôle qui se retrouve dans nos entretiens. Tout comme ce fut le cas concernant la surcharge de rôle, si la plupart des IDE interrogées ont connu, à un moment ou à un autre, un conflit travail/famille du à une incompatibilité entre leur vie de famille et leur vie professionnelle, souvent due aux horaires atypiques de la profession et du travail des week-ends, la plupart ont ensuite fait le choix de changer de service pour travailler dans un service de jour afin d'éviter le travail de nuit et ainsi de trouver un meilleur équilibre vie privée/vie professionnelle. C'est le cas des IDE interrogées dans le service Hémodialyse, qui correspond à un service de jour fermé le dimanche.

*« J'avais déjà postulé la fois d'avant, j'ai repostulé parce que ... pour voir grandir ma fille dans des conditions normales...normales, c'est-à-dire en étant un peu à la maison, des horaires où elle est, elle quoi. Pouvoir m'en occuper. » (IDE B – Hémodialyse)*

*« Mais c'est vrai que le côté secteur plateau technique c'est bien parce que on travaille que 6 jours sur 7, on est fermé tous les dimanches sauf l'infirmière qui est d'astreinte mais bon ça revient pas souvent non plus [...] je trouve que c'est un bon compromis, quand même. Bon pour moi, qui ait une vie de famille comme la majorité, c'est un bon compromis, le soir, on finit pas trop tard, [...] ça permet de concilier une vie sociale et une vie familiale [...] Je ne voulais plus travailler en réanimation, parce que 3 week-ends par mois, ça me faisait trop » (IDE A – Hémodialyse)*

Greenhaus et Beutell (1985) distinguent trois formes de conflit travail-famille (CT-F):

- ✓ Le time-based conflict ou conflit basé sur le temps consacré à des activités issues d'un rôle en particulier. Le CT-F apparaît alors quand le temps alloué à l'un des rôles rend difficile la possibilité de s'investir dans un autre rôle.
- ✓ Le strain-based conflict ou conflit basé sur la tension générée par l'accomplissement d'un rôle qui nuit à la performance de la personne focale dans un autre rôle.
- ✓ Le behavior-based conflict ou conflit basé sur les comportements spécifiques à un rôle qui peuvent être incompatibles avec les comportements attendus par un autre rôle.
- ✓

Etonnamment, notre étude n'a pas révélé de façon importante un « time-based conflict » chez les IDE interrogées. En effet, comme évoqué, lorsque les horaires décalés et le travail de nuit les dérangent trop dans leur vie familiale et privée, les IDE font le choix de travailler dans un service moins contraignant en termes d'horaires. Les horaires décalés de leur profession sont même vécus comme un point plutôt positif par beaucoup d'entre elles.

*« Les gens pensent pas qu'on travaille les week-ends [...] le peu de gens que je connais qui étaient seuls avec des enfants, sont partis faire des horaires de journée, parce que c'était ingérable » (IDE H – Réanimation)*

*« Le point positif c'est que on est un petit peu en décalage par rapport au reste de la population je dirais. Donc du coup, on a quand même du temps de libre, quand les enfants sont à l'école... du fait des horaires décalés. Les rendez-vous chez le médecin, les courses... tout ça, ça peut se faire facilement, parce que on a des horaires décalés. » (IDE C – Hémodialyse)*

La forme de conflit travail-famille la plus répandue dans notre étude, semble bien être le strain-based conflict puisque la pression, particulièrement morale, exercée par le métier d'infirmière, nuit bien souvent à l'exercice de leur rôle d'épouse et de mère. Cela se traduit par une humeur parfois morose au retour d'une journée de travail particulièrement éprouvante d'un point de vue émotionnel. Parmi les neuf IDE interrogées, quatre d'entre elles soulignent la difficulté à laisser les problèmes liés à leur métier sur leur lieu de travail et déclarent « ramener » parfois leur travail avec elle « à la maison », soit de façon relativement modérée, soit de façon plus forte comme c'est le cas chez l'infirmière travaillant en réanimation.

« *Quand on se rend compte qu'à la maison ça va moins bien, alors en fait c'est parce qu'on a vécu des choses qui étaient vraiment pas facile...et là c'est l'inconscient qui travaille, c'est pas conscient tout ça* » (IDE H – Réanimation)

« *Mais on pourrait facilement ouais...des moments se laisser submerger. Par ce qu'on voit. On est des fois un peu...un peu...un peu en colère c'est ça. Ça passe. [...] c'est vrai que y a des moment où on peut être plus touché, plus touché dans notre rôle de maman, on peut être touché dans notre rôle de femme aussi, 'fin...[...] non, non, y a des moments, je rentre chez moi, je serais d'humeur, je serai d'humeur maussade à m'dire « zut, heu, voilà, on pourrait faire ça en plus. » [...] Et je pense que c'est important pour notre métier de rester humain. Parce que si on veut à tout prix tout réfréner et ben du coup, on n'est plus soignant. Parce que si on s'écoute plus comment est-ce qu'on peut écouter les autres ?* » (IDE D – SSR pédiatrique)

« *Moi je dors, je pense à mon travail quand je m'endors. Et mon médecin m'avait dit, normalement, une fois le travail quitté, en fermant la porte de la voiture, il faudrait, hop, que comme si on fermait la porte au travail. Faudrait, hop, être du côté de...de la vie à la maison. Ben non, c'est pas si simple...C'est impossible je dirais même. Moi, ça m'est impossible.* » (IDE E – SSR pédiatrique)

### **5.1.6 Les conséquences des tensions de rôle chez les infirmières**

Notre étude a révélé l'existence de deux dimensions de tensions de rôle chez les infirmières interrogées : la surcharge de rôle et le conflit de rôle. Parmi les formes de conflits de rôle présentes dans notre échantillon, nous avons repéré le conflit de rôle personnel et le conflit inter-rôle, et plus particulièrement le strain-based conflict du conflit travail famille. Le conflit inter-émetteurs, notamment le conflit de rôle provoqué par des consignes contradictoires émanant des médecins, est présent mais ne semble pas entraîner de conséquences importantes sur les attitudes des infirmières. La forme intra-émetteur du conflit de rôle ainsi que l'ambiguïté de rôle sont absentes ou relativement modestes au sein de l'échantillon interrogé. Les dimensions surcharge de rôle et conflit de rôle chez les infirmières interrogées semblent

provoquer des comportements de retrait et en particulier un départ effectif du service dans lequel l'infirmière est soumise à celles-ci. Ainsi, le time-based conflict trouve une issue lorsque l'infirmière change ses horaires parce que ça devient « *ingérable* » comme le dit l'IDE H (Réanimation). Il en va de même avec le strain-based conflict ou le conflit de rôle personnel. L'issue suite à un conflit de rôle personnel semble parfois être plus radicale et peut passer par un abandon du métier d'infirmière.

*« Parce que je pense que vraiment... c'est un métier où [...] faut s'écouter, faut s'écouter, faut surtout se rendre compte [...], se dire voilà, je suis plus, je suis plus bien là où je suis, en tout cas, je suis plus bien traitante...faut que j'arrête quoi. Faut que je change, [...] je pense qu'il faut avoir le courage de se dire bon, ben voilà, on arrête quoi. [...] On change de métier. »*  
(IDE D – SSR pédiatrique)

Mais le plus souvent, l'issue du conflit de rôle personnel passe par un changement de service. Lorsque cette forme de conflit de rôle est trop importante et ne peut plus être supportée par l'infirmière, elle semble opter plutôt pour un retrait définitif du service, c'est-à-dire par une mutation dans un autre service ou par un départ de l'établissement quand c'est possible, plutôt que pour un retrait ponctuel comme de l'absentéisme.

*« C'est justement pour ça que j'ai choisi cet endroit. Y a des endroits où y a une contrainte qui m'embête le plus, c'est quand on fait notre métier, on fait des soins et...en soit, quand y a pas vraiment de résultats. Que le patient, en fait, ne va pas vers le mieux. [...] Moi je sais que j'aime bien rentrée chez moi en me disant qu'après avoir fait mon travail, j'ai pu aider le patient à aller vers le mieux. »* (IDE E – SSR pédiatrique)

Notre étude exploratoire montre donc que la surcharge de rôle, le conflit de rôle personnel et le strain-based conflict semblent être liés à la satisfaction au travail et à l'implication organisationnelle. La surcharge de rôle et le conflit de rôle personnel semblent nuire à la satisfaction générale au travail et à la satisfaction intrinsèque au travail. Cette dernière renvoie au travail lui-même et correspond à la satisfaction liée au contenu du travail comme la richesse des tâches ou l'autonomie, tandis que la satisfaction extrinsèque renvoie à ce que l'on peut obtenir par le travail et est relative aux autres éléments du travail, notamment les

relations avec les collègues de travail, la rémunération ou encore la reconnaissance sociale (Roussel, 2005).

*« Ça prend du temps sur le contact avec le patient. [...] c'est du temps qui mange le temps passé avec le patient [...] En dehors du soin technique [...] a n'a pas le temps de discuter avec le patient [...] ça fait partie, effectivement, du métier, c'est indispensable mais c'est vrai que c'est du temps qu'on peut pas passer avec le patient. »* (IDE E – SSR pédiatrique)

*« Et si j'ai fait infirmier, c'est pas pour écrire. Non, quand je me suis lancé là-dedans, c'était justement... ni pour faire de l'informatique [silence] Maintenant sur heu... sur 7h30 de présence efficace, je vois les collègues c'est 1h/1h30 de clavier et 1h de stylo. Donc le tiers du temps à faire du travail heu...qui est du travail mais qui à mon sens n'est pas du travail infirmier. »* (IDE B – Hémodialyse)

Ainsi, la plupart des infirmières interrogées, lorsqu'elles évoquent la surcharge de rôle et le conflit de rôle personnel, déplorent le manque de relationnel avec le patient dans le contenu de leur travail. Il semble donc que ces deux formes de tensions de rôle impactent la satisfaction globale au travail et la satisfaction intrinsèque des infirmières interrogées. En effet, il semble que lorsque les attentes des infirmières vis-à-vis de leur métier ne sont pas les mêmes que celles de l'institution et lorsque les attentes de l'institution sont trop nombreuses par rapport au temps et aux ressources disponibles, les infirmières interrogées sont moins satisfaites du contenu de leur travail.

Lorsqu'elles évoquent le fait que la pression générée par l'accomplissement de leur rôle d'infirmière nuit à leur « performance » en tant que mère ou en tant qu'épouse, les infirmières interrogées font généralement référence à leur implication vis-à-vis des patients ou de leur métier d'infirmière. Le concept d'implication regroupe plusieurs formes distinctes les unes des autres. L'implication organisationnelle, correspondant au « lien perçu entre un employé et son organisation » (O'Reilly et Chatman, 1986, p. 492 ; Mathieu et Zajac, 1990, p.171) est un concept distinct de celui d'engagement au travail (ou l'implication dans le poste – job involvement en anglais) qui correspond au degré d'identification d'une personne à son travail (Kanungo, 1982). Il diffère également de celui d'implication dans la carrière ou d'engagement dans la profession (occupational commitment en anglais) qui se définit comme l'importance du travail et de la carrière dans la vie de l'individu (Greenhaus, 1971). Enfin, il ne doit pas

non plus être confondu avec l'éthique du travail qui correspond « à la mesure dans laquelle un individu valorise le travail comme une fin en soi ou encore le degré auquel une personne croit dans l'importance du travail lui-même. » (Neveu, 2006, p. 631). L'implication organisationnelle comporte trois dimensions : affective, calculée et normative. Notre étude révèle plutôt un engagement au travail des infirmières ainsi qu'une implication organisationnelle affective.

*« Mais par contre...effectivement, vu comme, en plus, je ramène mes pensées, pour ce centre, à la maison, que ce soit dans la voiture, pour la maison ou la nuit dans mon lit...oui... en un sens, oui, je pense que oui, actuellement, ça fait partie de ma vie, ça fait partie de moi. Parce que j'y pense même quand je ne suis pas au travail. Et parce que ça me plaît aussi. [...] C'est peut-être aussi pour ça que j'en ramène tant que ça dans la voiture quand je suis sur le retour parce que je m'implique moi-même, je me sens impliquée mais parce que moi-même je m'implique. C'est quelque chose de personnel je pense [...] ça me plaît donc voilà, c'est pour ça aussi que j'me sens [...] ça fait partie de moi » (IDE E – SSR pédiatrique)*

Deux des items de mesure de l'implication organisationnelle affective de l'échelle d'Allen & Meyer (1996) traduit par Belghiti-Mahut et Briole (2004) sont « Je ressens les problèmes de [cet établissement] comme les miens » et « [cet établissement] a une grande signification pour moi ». Nous retrouvons bien là ces deux idées dans les propos des infirmières interrogées et sujettes au strain-based conflict.

Comme évoqué dans notre première partie de thèse, il est aujourd'hui de plus en plus répandu d'étudier le conflit travail-famille en étudiant les interactions de la vie professionnelle vers la vie personnelle mais également celles de la vie personnelle vers la vie professionnelle. Le verbatim suivant nous conforte sur la nécessité d'étudier les relations travail-famille dans les deux sens.

*« Il arrive aussi qu'à la maison, ben voilà, avec les enfants ça se passe pas forcément bien ou quand dans ma vie perso, 'fin qu'y a des trucs et que j'arrive au boulot et que je sois pas forcément toute la tête à ça mais du coup c'est qui fait aussi ben voilà on reste humain.»*  
(IDE D – SSR pédiatrique)



Néanmoins, même si nous avons noté une présence plus importante du strain-based conflict que du time-based conflict comme forme de conflit travail/famille, nous notons qu'il est fait globalement peu référence à ce type de conflit de rôle dans notre étude exploratoire. En effet, il semble que les infirmières interrogées fassent bien la part des choses et arrivent à ne pas se laisser envahir par leur travail alors même que la littérature accorde de plus en plus de place aujourd'hui à cette forme de conflit.

*« Ma vie privée n'empiètent pas sur mon travail. J'ai des problèmes, je les laisse au placard le matin et je les reprends le soir quand je repars. Les enfants [les patients], ils y sont pour rien dans nos problèmes. Je pars du principe que si on arrive en faisant la tête le matin, c'est pas évident pour les enfants [les patients] qui eux, ne sont pas forcément ravis d'être là non plus. »* (IDE G – SSR pédiatrique)

Afin de mieux comprendre ce phénomène, nous chercherons donc à savoir plus précisément ce qu'il en est à travers les résultats de notre étude quantitative.

En résumé, notre étude révèle que les dimensions surcharge de rôle et conflit de rôle personnel des tensions de rôle semblent avoir un impact sur la satisfaction intrinsèque et sur la satisfaction globale au travail tandis que la forme strain-based conflict du conflit travail/famille paraît liée d'une manière ou d'une autre à l'implication organisationnelle affective. L'ensemble de ces dimensions des tensions de rôle semblent prendre part au processus de retrait des infirmières, en particulier le fait de quitter l'établissement ou le service (l'absentéisme ne semblant pas être la solution privilégiée des IDE).

## **5.2 La satisfaction au travail**

La satisfaction au travail se définit comme « un état émotionnel positif, ou plaisant, résultant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences au travail »<sup>40</sup> Locke (1976, p.1300). La satisfaction au travail peut être étudiée de façon globale, ou il est possible de dissocier la satisfaction intrinsèque de la satisfaction extrinsèque. Comme évoqué précédemment, la satisfaction intrinsèque fait référence à l'ensemble des éléments liés au

---

<sup>40</sup> La traduction retenue est celle réalisée par Roussel (1996) dans laquelle il traduit le terme anglais *job* par *travail* car travail = emploi et tâche ou activité accomplie

contenu du travail tandis que la satisfaction extrinsèque concerne le reste (de la qualité des relations professionnelles à la rémunération).

### **5.2.1 La satisfaction intrinsèque au travail**

L'étude exploratoire a révélé que la surcharge de rôle et le conflit de rôle personnel semblaient avoir une influence sur la satisfaction globale au travail et sur la satisfaction intrinsèque. Nous avons pu relever dans les propos de certaines infirmières interrogées, qu'elles déplorent un travail moins intéressant que ce qu'elles souhaitent (faible satisfaction intrinsèque) lorsque leurs attentes vis-à-vis de leur rôle d'infirmière (comme être dans le relationnel avec le patient) sont contraires ou incompatibles avec les attentes de l'institution (qui privilégie souvent les dimensions technique et administrative).

*« Moi j'aime bien...être proche des personnes, être dans le soin, dans l'écoute, tout ça, tout ce qui est au niveau social. Je trouve qu'il y a des lieux où le métier d'infirmière n'est pas du tout ce qu'il représente pour moi. [L'administratif] on se rend compte que c'est indispensable [...] pour la continuité du soin [...] Parfois on se dit quand même que certaines choses pourraient être faites par d'autres personnes. Ça relève presque du secrétariat. [...] Parfois ce métier pour moi, voilà, limite on est assise derrière un bureau, 'fin voilà, c'était, pour moi c'est pas du tout ça [...] Je dirais pas que c'est une incompatibilité en fait [l'administratif et le soin], c'est juste que c'est pas comme ça que je me le représentais. »*

(IDE E – SSR pédiatrique)

La satisfaction au travail peut être appréhendée selon trois approches (Meyssonnier & Roger, 2006). Elle peut être vue comme un « état émotionnel » qui peut se définir comme une réponse émotionnelle positive face à une expérience de travail. Elle peut être le fruit d'une «évaluation» dans laquelle l'individu appréhende l'écart perçu entre ce qu'il attendait de son emploi et de ce qu'il est réellement. Ou encore, la satisfaction au travail peut être une «dynamique» dans laquelle « l'individu est en constante adaptation afin de maintenir le niveau de satisfaction qui lui convient » et qui « évolue en fonction des besoins et des aspirations de l'individu et de la réalité vécue dans le travail au sein de l'entreprise, et elle résulte de l'action des forces internes et externes à l'organisation » (17 p. 3). Notre travail de

thèse retenant la seconde approche de la satisfaction, cette dernière illustrée par les propos de l'IDE E « *c'est pas comme ça que je me le représentais* » et le propos « *Parfois on se dit quand même que certaines choses pourraient être faites par d'autres personnes* ».

Notre étude révèle également qu'un fort niveau de satisfaction intrinsèque semble pousser les infirmières à rester dans un service et semble compenser un faible niveau de satisfaction extrinsèque. Il est fait référence dans le verbatim qui suit du déménagement de l'établissement, dégradant pour la plupart des « anciennes » infirmières, c'est-à-dire celles travaillant sur le site d'origine, leur niveau de satisfaction extrinsèque par une augmentation des temps de trajet pour se rendre au travail provoquant une augmentation de leurs frais professionnels et une dégradation de l'équilibre vie privée/vie professionnelle.

*« Le travail qui est fait ici me plait énormément. Voilà, c'est une des raisons pour lesquelles, j'ai suivi. »*

(IDE F – SSR pédiatrique)

*« Alors je dirais que je suis passée par pleins de phases. La réa-néonate, c'est vraiment quelque chose que j'avais envie de faire et, ça n'a pas du tout répondu à mes attentes. [...] Le job que je fais aujourd'hui, ça correspond vraiment à l'idée que je me faisais du métier d'infirmière. Après je pense qu'effectivement au niveau salaire, c'est tout à fait l'idée qu'on s'en faisait aussi. On fait pas infirmière pour l'argent [rires] Voilà mais mais...aujourd'hui je pense qu'aujourd'hui, [...] je suis contente, 'fin même plus que ça, je suis heureuse de le faire ce métier là et je regrette pas du tout le choix que j'ai fait. [...] Donc pour l'instant je me sens bien ici parce que ça correspond à tout ce que j'attends de mon métier quoi. Vraiment quoi. Je trouve qu'on a du relationnel on a du technique, les soins, c'est super diversifié, voilà on peut faire du technique et du relationnel et ça je pense que c'est [l'apogée] et on connaît les patients par leur prénom, c'est pas des numéros, c'est humain! Voilà. [...] C'est vraiment un panel hyper-riche et tout avec ce côté...humain quoi. Et je me sentirai plus d'aller dans un service...de retourner en réa néonate même s'il y avait un relationnel avec les parents, avec l'enfants...[...] Ouais, je pense qu'au niveau relationnel et professionnel donc voilà, les deux sont bien complémentaires. En tout cas, moi je...j'ai trouvé mon équilibre comme ça pas depuis longtemps mais je suis...ravie. »* (IDE D – SSR pédiatrique)

*« Après ben, je pense que j'ai pas fait le tour de la question non plus. Donc, concrètement, tant que j'ai quelque chose à apprendre, je continuerais à apprendre. » (IDE F – SSR pédiatrique)*

Dans ce dernier verbatim, l'IDE exprime le fait que tant que son niveau de satisfaction intrinsèque au travail sera élevé (satisfaction vis-à-vis de l'évolution de carrière, vis-à-vis de la richesse du métier...), elle restera dans l'établissement.

Ces dernières observations relatives à la potentielle compensation de la satisfaction intrinsèque sur la satisfaction extrinsèque rejoignent la théorie bi factorielle de Herzberg (1967) qui souligne l'existence de facteurs de motivation, que l'on peut ici rapprocher de la satisfaction intrinsèque, et de facteurs d'hygiène induits par l'environnement, que l'on peut assimiler à la satisfaction extrinsèque. Herzberg met en évidence que pour qu'il y ait satisfaction au travail, la présence de facteurs de motivation est indispensable tandis que l'amélioration des facteurs d'hygiène n'augmente pas la satisfaction sur le long terme. Il souligne toutefois l'importance des facteurs d'hygiène, sources d'insatisfaction au travail et donc important à prendre en considération. Nous allons donc voir quelle est la position des IDE interrogées vis-à-vis de ces derniers.

### **5.2.2 La satisfaction extrinsèque**

Notre étude révèle qu'un fort niveau de satisfaction intrinsèque semble pouvoir compenser un faible niveau de satisfaction extrinsèque. La satisfaction vis-à-vis des conditions de travail est l'une des facettes de la satisfaction extrinsèque et le niveau de satisfaction vis-à-vis de cette composante du travail dépend en très grande partie du service dans lequel travaille l'IDE. Les services nécessitant une prise en charge très technique du patient (réanimation, hémodialyse) semblent offrir de meilleures conditions de travail notamment grâce à une bonne dotation en personnel.

*« L'avantage qu'on a, en réanimation, c'est qu'on est régi par un texte de loi en terme d'effectif. Moi j'ai déjà travaillé dans des services et je sais que c'est la grosse différence qu'on a ici. C'est-à-dire que quand on tourne en sous-effectif, ce qui nous arrive, on est quand même, ce qu'on appelle, en mesure dégradée c'est-à-dire que c'est bien affiché, clairement dit.*

*C'est pas que ça nous arrive pas mais c'est quand même bien étiqueté [...] c'est valorisant. C'est un service qui fait peur a beaucoup de soignant mais on a quand même cette qualité dans notre travail qui est quand même important. » (IDE H – Réanimation)*

*« Travailler dans des équipes aussi, assez nombreuses, qui permettait de faire un travail...heu... un bon travail de qualité. Et donc c'était agréable de partir en... après la journée en ayant fait un bon travail, pas en ayant bâclé parce qu'on était pas assez nombreux ou... ça ça a toujours été un point important de...de je dirais de non contrainte et de pouvoir partir en étant content de c'qu'on a fait... à la fin de la journée avec "la satisfaction du devoir accompli", de savoir que c'qu'on avait fait, on l'avait bien fait et qu'on a eu les moyens de le faire » (IDE B – Hémodialyse)*

*« On a des grosses montée d'adrénaline parce que quand on reçoit un gros patient ben oui c'est vrai. Mais on a un médecin qui est pas loin, on est une grosse équipe, donc y a toujours du monde, donc les plus grosses urgences, elles sont vraiment difficiles à gérer dans les services où on est toute seule quoi. [...] Du fait de notre effectif, on travaille en équipe, donc on fait beaucoup de binôme, on est rarement tout seul auprès du patient donc ça c'est quand même plutôt appréciable » (IDE H – Réanimation)*

D'autres services, comme celui des urgences dans notre étude, ne semblent pas offrir de conditions de travail aussi optimales. L'insatisfaction vis-à-vis de cette composante semble résulter d'une surcharge de rôle, l'IDE devant faire face à une multitude d'attentes émises par divers émetteurs (l'institution, le patient, sa famille) dans un temps et avec des ressources limitées.

*« On peut même pas tous les surveiller, les gens. Au niveau humain, vraiment, on n'est dépassé. Et le problème c'est que c'est la santé des gens, quoi. Il faut à la fois, qu'on se trompe pas. » (IDE I – Urgence)*

Cela semble s'accompagner d'un conflit de rôle personnel avec les attentes de l'IDE orientées vers le confort du patient. Celles-ci sont incompatibles avec celles de l'institution qui sont de soigner le plus de patients possible avec un budget réduit ne permettant pas la dotation suffisante en oreillers par exemple. Cependant, il nous faut nuancer ces deux dernières

observations puisqu'elles n'ont concernées qu'un seul service parmi l'ensemble des services composant notre étude exploratoire.

Tandis que beaucoup d'études sur les infirmières révèlent les difficultés face aux horaires atypiques auxquels elles doivent faire face, le niveau de satisfaction au travail des IDE interrogées vis-à-vis de leurs horaires de travail, et notamment vis-à-vis du travail « en 12h », semble relativement élevé.

*« On a 4 jours où on est dans le même rythme que tout le monde. Donc c'est vrai qu'on a plus de facilité pour sortir pour voir du monde. Pour moi, c'était moins évident en 8h. [...] Franchement en 12h, je trouve que ça aide bien à rester dans la réalité du temps. Niveau organisation et vie sociale, je trouve plus simple. » (IDE F – SSR pédiatrique)*

*« Si on a décidé de faire ce métier, on savait très bien que le week-end, fallait venir travailler, donc, je pars du principe que vu qu'on le savait [...] Pour moi c'est pas une contrainte en soi, de venir travailler le week-end. Ça ne me dérange pas [...] Je ne me sens pas exclu, je fais ma vie même si je travaille le week-end. [...] » (IDE G – SSR pédiatrique)*

Comme nous pouvions le supposer la satisfaction vis-à-vis du salaire est pratiquement inexistante. Cependant, cette faiblesse ne semble pas avoir de conséquences au niveau de l'absentéisme et de l'intention de partir des infirmières interrogées.

*« On pourrait dire encore le salaire, mais bon moi ça va, il me convient. Je sais que j'ai fait ses études, je savais quel allait être le salaire, que ça allait être de travailler de...de...avec des horaires qui ne sont pas...qui correspondent pas à des horaires de...de jour » (IDE E – SSR pédiatrique)*

Dans la satisfaction extrinsèque, nous retrouvons également les relations avec les patients et leur famille. Lorsque les IDE parlent des patients et surtout de leur famille, il leur arrive de faire référence à la notion d'appropriation (appropriation des patients par elles, appropriation des lieux par les familles des patients). Nous notons l'importance de cette notion d'appropriation dans la satisfaction extrinsèque.

« Y a des fois ça se passe bien, y a des fois, ça se passe moins bien notamment [...] avec les petits lors des pansements surtout chez les enfants brûlés. Oû, ben, les parents veulent être là, c'est normal c'est leur enfant. Sauf que, quand le parent est là, le pansement se passe plus mal, [...] c'est plus difficile pour nous de faire le pansement quand le parent était là que quand le parent n'y était pas. Parce que, on va dire, quand le parent est là, l'enfant s'approprie son parent et le parent se l'approprie. Sauf qu'à un moment, pour le soin, on est obligé de s'approprier l'enfant [...] Si le parent est là, on va pas pouvoir jouer avec l'enfant, l'occuper à autre chose ou on va pas pouvoir rentrer en relation avec lui de cette façon-là. Et ce qui fait que...le soin sera plus difficile et finalement sera plus difficile pour lui, pour le parent, pour nous parce que...nous aussi y a des fois, on sort des pansements, on est vidé quoi. Parce que...parce que ça nous mobilise...beaucoup quoi.» (IDE D – SSR pédiatrique)

« Y a une limite aussi à pas franchir. Après les gens, faut pas qu'ils s'approprient les lieux. Parce que quand on rentre vraiment dans leur intimité, eux aussi ils rentrent aussi dans la nôtre professionnellement. Et on a des gens après à qui on a laissé trop la place, qui se sont mis à faire les soins à notre place, qui savait mieux que nous faire les soins.» (IDE H – Réanimation)

Enfin, les différents propos sur la satisfaction vis-à-vis des relations avec les collègues de travail permettent de mettre en lumière la cible sur laquelle se porte l'implication. En effet, à la fin des années 80 et au début des années 90, certains chercheurs ont commencé à mettre en évidence une conceptualisation multi-cibles et multi-formes de l'implication (Reichers, 1985 ; Becker, 1992). L'implication peut-être multi-cibles dans la mesure où elle peut se situer au niveau de l'organisation, de la haute direction, du supérieur hiérarchique direct ou encore du groupe de travail et elle peut-être multi-formes car elle peut se manifester par de l'identification (processus par lequel un individu intègre certains attributs, mobiles ou caractéristiques de l'organisation) , de l'internalisation (congruence des valeurs de l'individu avec celles de l'organisation) ou de la conformité (adoption par l'individu de comportements et attitudes afin d'obtenir un bénéfice particulier). L'étude exploratoire révèle que, chez les infirmières interrogées, le niveau de satisfaction vis-à-vis des relations avec les collègues de travail est élevé et qu'il s'accompagne d'une implication affective ciblée sur le supérieur hiérarchique direct et sur le groupe de travail plutôt que sur l'organisation. Ici aussi, nous notons qu'un faible niveau de satisfaction extrinsèque comme celui vis-à-vis des conditions

de travail (le fait d'être éloigné de son lieu de domicile par exemple) semble être contrecarré par un haut niveau de satisfaction vis-à-vis des relations avec les collègues de travail ou avec la hiérarchie directe.

*« Moi c'est ce que j'aime ici, voilà c'est qu'il y a une super cohésion d'équipe. Vraiment au niveau de l'équipe infirmière, y a vraiment une super cohésion avec chacune. »* (IDE D – SSR pédiatrique)

*« Depuis 10 ans, je fais 50 km par jour pour voir les copains, bosser ici, donc j'y tiens quand même, je dirais même 100 [km] [...] c'est vrai que si vraiment ça me pesait je serais allé voir ailleurs depuis longtemps »* (IDE B – Hémodialyse)

Les propos précédents mettent en évidence le lien entre satisfaction vis à vis des collègues et intention de quitter le service : plus le niveau de satisfaction est élevé et plus l'intention de quitter la structure diminue.

### **5.2.3 Les conséquences de la satisfaction au travail**

Dans notre étude exploratoire, la surcharge de rôle et le conflit de rôle personnel semblent agir sur la satisfaction extrinsèque au travail tandis qu'un fort niveau de satisfaction intrinsèque semble compenser un faible niveau de satisfaction extrinsèque. Le faible niveau général de satisfaction vis-à-vis du salaire ne semble pas impacter la satisfaction globale au travail. Enfin, certaines composantes de la satisfaction extrinsèque comme les relations avec les collègues de travail ou avec le supérieur hiérarchique direct sont associées à l'implication des infirmières et illustrent les cibles particulières de cette implication.

En résumé, la surcharge de rôle et le conflit de rôle personnel semblent agir sur la satisfaction extrinsèque et la satisfaction extrinsèque semble être liée d'une façon ou d'une autre à l'implication organisationnelle affective. Nous allons donc maintenant étudier de plus près la place de l'implication dans cette étude.



## **5.3 L'implication organisationnelle chez le personnel infirmier**

La première partie de notre thèse permet de voir que les travaux antérieurs sur l'implication organisationnelle montrent qu'elle est identifiée comme faisant partie des variables explicatives de la satisfaction au travail des infirmières (Blegen, 1999 ; Lu et al., 2005). Elle est également connue pour avoir comme principale conséquence l'intention de partir (Mathieu et Zajac, 1990 ; Tett & Meyer, 1993 ; Meyer et al., 2002) mais également l'absentéisme volontaire (Meyer et al., 2002). Le verbatim suivant illustre ces résultats.

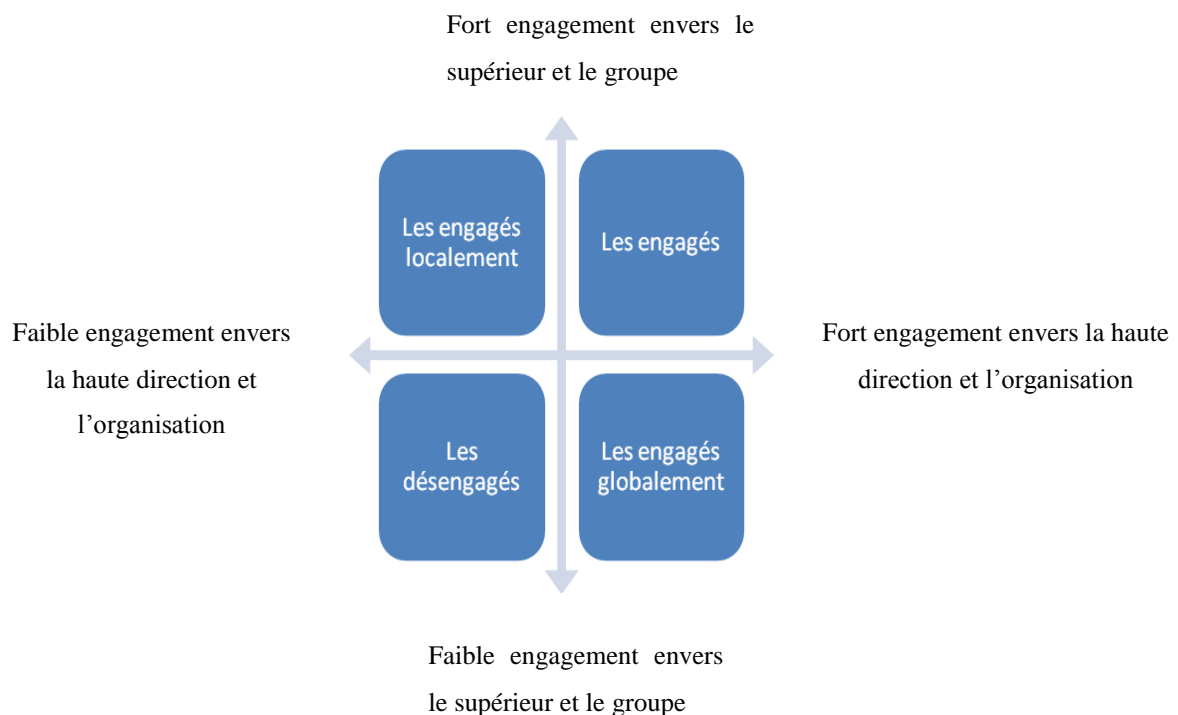
« *Je suis bien ici, donc forcément, je cherche pas ailleurs.* » (IDE F – SSR pédiatrique)

Nous allons donc maintenant nous attacher à identifier, dans notre étude exploratoire, les éléments susceptibles de nous éclairer sur les formes et les cibles d'implication organisationnelle existant dans notre population.

### **5.3.1 Les cibles de l'implication**

L'implication peut donc avoir plusieurs cibles. Becker et Billings (1993) identifient quatre profils d'engagement que nous illustrons dans la Figure 13.

**Figure 13. Les profils d'engagement identifiés par Becker & Billings (1993)**



Source : Becker & Billings (1993)

Notre étude révèle que les cibles privilégiées d'implication des infirmières sont le groupe de travail et le supérieur. Ces cibles d'engagement, et particulièrement l'engagement envers le groupe de travail, concernent surtout la dimension affective de l'implication qui correspond à un attachement émotionnel au groupe de travail et au supérieur hiérarchique.

« *J'm'y sens bien dans le service. [...] Je pense que c'est une équipe qui est assez soudée, qui est assez solidaire avec un cadre qui est très sympa.* » (IDE A – Hémodialyse)

« *Donc je suis plus impliquée dans mon unité, effectivement et je me sens plus rattachée à mon unité que ce que je suis de l'hôpital [...] quoi. Mais parce que là c'est pareil, c'est parce que j'ai affaire aussi à ma hiérarchie...Enfin c'est pas pour eux que je le fait, mais y a un contact, y a un rapport, y a un échange, c'est plus... ça me parle...alors que l'hôpital le directeur, je sais même pas qui il est.*» (IDE C – Hémodialyse)

« *On a un statut bien particulier [vacataire] ouais mais en même temps, on se fait pas trop de souci ici parce que les choses sont claires, la cadre elle pose les choses, c'est comme ça. C'est vraiment une relation de confiance.*» (IDE D – SSR pédiatrique)

*"L'hôpital c'est vrai que c'est complètement abstrait pour moi...Je dirais, je travaille pas à l'hôpital, je travaille en dialyse. Je me sens pas hospitalier [...] je travaille du mieux que je peux, je m'investis à fond mais je me sens pas reconnu par la structure quoi, voilà. » (IDE B – Hémodialyse)*

*« D'un côté, on est obligé d'appartenir au service, parce que de toute façon, c'est un lieu de travail, c'est un lieu où on passe la majeure partie de notre temps, en fait. Et si on se serre pas les coudes entre nous, c'est impossible de travailler dans un service comme ça. [...] Forcément, ça crée des liens, ça arrive qu'on se fasse des soirées entre nous [...] ça fait partie de la vie du service en fait. [...] ça arrive souvent qu'on s'envoie des textos, qu'on s'appelle [...] C'est ce qui nous fait tenir aussi, c'est cet esprit d'équipe. [...] Au final, ben on est des pions. Enfin après, faut voir les choses en face. L'hôpital il est là pour faire du chiffre, pour tourner, nous on est là pour travailler. » (IDE I – Urgence)*

Les propos tenus par les infirmières interrogées laissent penser que l'implication affective, et particulièrement l'engagement envers le groupe de travail, a une influence sur l'intention de rester dans le service.

*« Et si on se serre pas les coudes entre nous, c'est impossible de travailler dans un service comme ça. [...] » (IDE I – Urgence)*

*« Pour l'instant voilà, je sais que j'ai envie de rester ici, j'ai pas l'impression d'avoir fait mon temps, que ça me plaît encore beaucoup [...] Pour l'instant je ne suis pas encore à chercher autour de moi [...] » (IDE E – SSR pédiatrique)*

Très peu d'infirmières ont évoqué leur engagement dans la profession (occupational commitment en anglais) au sens de Greenhaus (1971) qui se définit comme l'importance du travail et de la carrière dans la vie de l'individu. Notre guide d'entretien ne prévoyait pas d'aborder en particulier cette problématique, notre modèle de recherche visant à s'interroger sur l'influence de l'implication organisationnelle vis-à-vis de l'absentéisme et de l'intention de partir des infirmières.

### **5.3.2 Les dimensions de l'implication organisationnelle**

Dans le modèle de l'implication organisationnelle d'Allen et Meyer (1990), qui est celui retenue dans ce travail de thèse, nous avons vu que l'implication organisationnelle était composée de trois dimensions :

- ✓ Affective qui se définit comme « un attachement émotionnel à l'organisation caractérisée par l'acceptation des valeurs organisationnelles et une volonté de rester avec l'organisation » (Mowday, Steers & Porter, 1982)
- ✓ Calculée qui correspond à un choix raisonné qui conduit l'individu à choisir de rester avec l'organisation en fonction des bénéfices que ça lui procure (salaire, statut..) et ce que ça lui coûte d'y rester (sacrifice de temps...).
- ✓ Normative qui est la « perception d'une obligation de soutenir l'organisation et ses activités » (Wiener, 1982).

Nous avons vu que, si la dimension affective est la plus présente, elle est ciblée davantage sur le groupe de travail et sur le supérieur que sur l'organisation.

Dans l'étude, la dimension calculée de l'implication semble présente davantage chez les infirmières ayant le plus d'ancienneté dans le service (de 10 à 20 ans d'ancienneté) tandis qu'elle est faible ou nulle chez les moins anciennes.

*« D'un autre côté, la reconversion est difficile, aussi. Donc, faut pas se précipiter. On n'est quand même pas dans une conjoncture où on peut repartir, rebondir, sur un travail plus...enfin avec des horaires plus conventionnels. » (IDE C - Hémodialyse – 20 ans d'ancienneté dans le service)*

*« Je suis aussi allé voir dans un centre de psychiatrie qui est juste à côté de chez moi [...] pour voir si je pouvais faire autre chose. Mais ça me convenait pas, je suis pas resté. Mais je regarde autour. C'est vrai que je regarde un peu autour quand même. Si y a une opportunité qui s'ouvre, qui m'évite de faire 50 km par jour. » (IDE B – Hémodialyse – 21 ans d'ancienneté dans le service)*

*« On a la chance dans ce métier de pouvoir travailler partout. [...] C'est vraiment rare que les gens restent 10 ans dans le même service aujourd'hui. » (IDE I – Urgence – 3 ans*

d'ancienneté dans le service)

*« Je sais que ce métier aussi il a quand même...c'est un des métiers qui a le plus de débouchés et que je sais très bien que si je veux changer j'aurais vraiment aucun mal à changer. Peut-être que j'aurais du mal à trouver un endroit qui me plairait autant que celui-là mais si du jour au lendemain, il me faut un travail pour gagner ma vie, je sais que j'ai qu'à appeler une agence intérim et que j'aurais tout de suite du travail. » (IDE E – SSR pédiatrique – 7 mois d'ancienneté dans le service)*

Enfin, il semble que la dimension normative de l'implication organisationnelle soit présente de façon relativement limitée chez les infirmières interrogées. Lorsque nous la rencontrons dans les propos des infirmières, c'est surtout vis-à-vis du fait de disposer d'un emploi que les infirmières se sentent redevables auprès de l'établissement.

*« Je ne renie rien, ça me fait vivre et voilà. Mais, ça s'arrête là quoi. Je vais travailler, je fais mon travail consciencieusement, mais voilà, quoi, c'est tout. » (IDE C – Hémodialyse)*

*« Pour moi, personne n'est indispensable [...] Notamment [l'établissement m'a] donné accès à une formation qui, normalement, en contrat, je devais pas y avoir droit, ils me l'ont autorisé quand même. Et puis, ils m'ont donné un emploi donc je trouve ça déjà pas mal, parce que c'est pas...c'est pas donné à tout le monde donc voilà...c'est les deux...surtout l'emploi. [...] (IDE G – SSR)*

*« Je suis redevable à tous mes stages tout comme à ici où j'ai travaillé parce que j'ai appris encore de nouvelles choses, j'ai été face à de nouvelles situations. Moi je suis redevable à ici parce que c'est un lieu où je voulais travailler et où du coup j'ai travaillé et je suis quand même contente de ce que je fais ici. [...] Puis sinon pour tout c'que j'apprends tous les jours ici [...] Moi je suis redevable pour ça, de toute façon je sais que j'apprends ici. Voilà, et ça me fait gagner mes sous aussi. » (IDE E – SSR pédiatrique)*

*« C'est déjà bien qu'on ait du travail. » (IDE I – Urgence)*

### **5.3.3 La relation entre la satisfaction au travail et l'implication organisationnelle**

Nous avons vu dans le précédent paragraphe de ce travail de thèse que la satisfaction extrinsèque semble être associée d'une manière non définie à l'implication organisationnelle affective. La revue de littérature, présentée en première partie de ce travail de thèse, montre que les principaux travaux réalisés sur l'implication organisationnelle permettent d'identifier des liens avec la satisfaction au travail. Comme évoqué par Meyssonier et Roger (2006), la méta-analyse de Tett & Meyer (1993) permet d'envisager trois scénarios possibles entre les variables implication et satisfaction :

- ✓ Le modèle de médiation « satisfaction vers implication » (satisfaction-to-commitment mediation model) selon lequel la relation entre la satisfaction au travail et les comportements de retrait tel que l'absentéisme seraient médiatisés par l'implication.
- ✓ Le modèle de médiation « implication vers satisfaction » (commitment-to-satisfaction mediation model) selon lequel l'implication n'aurait qu'un impact indirect sur les comportements de retrait.
- ✓ Le modèle « des effets indépendants de la satisfaction et de l'implication » selon lequel chacune des deux variables à un effet isolé sur les comportements de retrait.

Notre revue de littérature nous amène plutôt à adopter le modèle commitment-to-satisfaction mediation model qui renvoie à l'idée que l'implication envers une organisation génère une attitude positive au travail. L'individu fortement impliqué dans son organisation serait donc d'autant plus satisfait au travail, et aurait donc moins tendance à être absent ou avoir l'intention de partir.

Ainsi, les conclusions de notre étude exploratoire montrent un lien non définie entre la satisfaction extrinsèque et l'implication organisationnelle. De plus, les observations de notre revue de littérature montrent que la satisfaction au travail semble jouer un rôle médiateur dans la relation entre l'implication organisationnelle et l'absentéisme. Notre modèle de recherche s'attachera donc à tester le rôle médiateur de la satisfaction extrinsèque dans la relation

négative entre l'implication organisationnelle affective et l'absentéisme et l'intention de partir.

### **5.3.4 Les conséquences de l'implication organisationnelle**

Dans certaines échelles de mesure de l'implication organisationnelle, la dimension affective est notamment mesurée par un item sur le fait de finir sa carrière dans l'établissement. Or, force est de constater que les IDE nouvellement embauchées, bien qu'affectivement attachées à leur établissement, n'envisagent pas pour autant d'y rester jusqu'à la fin de leur carrière.

*« J'ai pas du tout, pas du tout envie de passer ma vie à travailler ici, j'ai quand même envie de voir plusieurs choses, parce que c'est justement l'intérêt de faire ce métier aussi c'est que c'est vraiment très polyvalent. Mais que pour l'instant voilà, je sais que j'ai envie de rester ici, j'ai pas l'impression d'avoir fait mon temps, que ça me plaît encore beaucoup et que j'ai envie encore de découvrir plein de choses ici »* (IDE E – 24 ans – 7 mois d'ancienneté dans l'établissement)

La littérature sur l'implication organisationnelle montre une relation négative entre ce concept, particulièrement entre sa dimension affective, et l'intention de quitter l'organisation. L'analyse des entretiens de notre étude exploratoire ne permet pas d'être aussi clair sur cette relation. En effet, nous observons que, bien qu'affectivement impliquées dans leur organisation, les infirmières interrogées parlent tout de même de partir à plus ou moins long terme. Ainsi, cette observation de notre étude exploratoire n'est pas tout à fait conforme aux résultats mis en évidence dans la littérature sur l'implication organisationnelle. De même, elle nous interroge sur la pertinence de l'item « Je serais très heureux de finir ma carrière dans cette organisation » de l'échelle d'Allen et Meyer (1996) pour mesurer l'implication organisationnelle affective. Bien que l'intention de rester dans l'établissement semble être imbriquée dans l'implication organisationnelle affective, le fait d'être impliquée affectivement ne semble pas suffire à rester toute une carrière dans une organisation.

Nous avons également observé une plus forte implication organisationnelle calculée chez les infirmières ayant le plus d'ancienneté dans le service. Nous pouvons supposer que, s'il y a une plus forte implication calculée chez les moins anciens, cela pourrait venir du fait que les IDE nouvellement embauchées, qui sont également souvent celles nouvellement diplômées, ont conscience de la pénurie de main d'œuvre concernant leur profession. Elles ne ressentiraient donc pour la plupart pas d'implication organisationnelle calculée très forte compte tenu du grand nombre d'opportunités d'emploi du marché du travail. Les anciennes IDE sont « installées », ont une vie déjà bien réglée qui serait plus perturbée que celle des nouvelles embauchées si elles quittaient leur employeur actuel. Cette observation est appuyée par les travaux de Mzabi (2011) qui montrent que l'âge accroît le sentiment du coût d'un départ ce qui pourrait expliquer pourquoi, il semble que les infirmières ayant le plus d'ancienneté et qui sont aussi, généralement, les plus âgées aient une plus forte implication calculée.

De plus, la faiblesse de la dimension calculée de l'implication organisationnelle semble surtout être présente chez les IDE occupant des statuts précaires comme des postes de vacataires. En effet, nos entretiens ont révélé que les IDE en CDI ou fonctionnaires interrogées ressentaient globalement plus d'implication calculée que les IDE ayant un autre statut (CDD, vacataire). Nous notons donc que le statut de l'IDE semble avoir une influence sur la dimension calculée de l'implication organisationnelle.

Si la littérature met en évidence sans ambiguïté, une relation négative entre l'implication organisationnelle, l'absentéisme et l'intention de partir, notre étude exploratoire ne permet pas d'être aussi affirmatif.

Ces observations nous amènent donc à ajouter l'ancienneté dans le service et dans la profession ainsi que le statut comme variables de contrôle dans notre modèle de recherche.

De plus, ce dernier s'attachera à tester si la satisfaction au travail médiate la relation entre l'implication organisationnelle et l'absentéisme des infirmières.

## **5.4 L'absentéisme et l'intention de partir**



### **5.4.1 L'absentéisme**

L'absentéisme reste un sujet délicat à aborder. C'est pourquoi, à l'instar des données personnelles, nous avons traité cette thématique à la toute fin de l'entretien. A plusieurs reprises, les IDE interrogées ont fait référence à leur supérieur hiérarchique direct en évoquant la prévention de l'absentéisme. Dans leurs propos, elles lient la satisfaction qu'elles ont vis-à-vis de leur planning, particulièrement dans la prise en compte de leurs souhaits et de leurs contraintes, avec le faible taux d'absentéisme.

*« C'est donnant donnant. [...] La cadre, globalement, elle nous fait confiance. [...] La cadre, elle laisse faire....les arrangements on se les fait entre nous. »* (IDE D – SSR pédiatrique)

*« C'est pas compliqué, il y a pas beaucoup d'absences parce que...parce que les jours de congés qui sont demandés sont acceptés. "C'est donnant donnant", quand le chef, il a un pépin de planning parce que y a quelqu'un qui s'arrête, bon, ben dans les 2 heures qui suivent son planning il est fait quoi. Parce que tout le monde y a mis..y a mis du sien et tout le monde a remplacé »* (IDE C – Hémodialyse)

L'expression « c'est donnant-donnant » revient à plusieurs reprises dans le discours des IDE, quel que soit le type d'établissement dans lequel elles travaillent. La relation semble se vérifier également dans l'autre sens, c'est-à-dire que si une forte satisfaction extrinsèque semble limiter l'absentéisme, une faible satisfaction extrinsèque semble la faire augmenter.

*« Les filles, elles arrêtent parce qu'elles en peuvent plus quoi. Parce que ben... c'est leur façon aussi d'avoir des jours de repos parce que sinon, elles en ont plus. »* (IDE C – Hémodialyse)

*« Il y a eu les vacances d'été, qui posent problème dans tous les services, parce qu'on arrive rarement à avoir 3 semaines et que c'est difficile à accepter et derrière, on a eu beaucoup beaucoup d'arrêts quoi [...] des arrêts qu'on avait pas connu jusqu'à présent. »* (IDE H – Réanimation)

Il semble donc exister une relation négative entre des éléments de la satisfaction extrinsèque (qualité des relations professionnelles, entente avec le supérieur hiérarchique, satisfaction vis-à-vis du planning de travail) et l'absentéisme comme le souligne notre revue de littérature mais concernant la satisfaction globale au travail (Lu et al., 2005).

« [Si] les gens [étaient] contents d'aller travailler, il se mettraient jamais en arrêts maladie ou ils partiraient pas du service. » (IDE I – Urgences)

Notre modèle de recherche s'attachera donc à tester la relation négative entre la satisfaction extrinsèque, la satisfaction intrinsèque et la satisfaction globale au travail avec l'absentéisme.

A l'exception de ce lien entre satisfaction et absentéisme évoqué spontanément par les IDE interrogées, nous ne notons pas de relations explicitement abordées entre d'autres variables et l'absentéisme. Cette absence illustre la complexité de ce concept et son caractère multifactoriel. En effet, nous avons vu, dans notre première partie, que les modèles de recherche construits uniquement autour de la satisfaction au travail ne permettaient pas d'expliquer entièrement l'absentéisme. Il nous faut donc nous appuyer sur la littérature pour construire un modèle de recherche expliquant l'absentéisme des infirmières par d'autres variables que la seule satisfaction au travail.

Le dernier verbatim cité évoque les départs du service. Ce type de comportement de retrait ne faisait pas partie des concepts abordés dans les grilles d'entretien. Or, chacune des IDE interrogées a évoqué spontanément le thème du départ du service, de l'établissement ou même de la profession. Il nous a donc semblé nécessaire de l'inclure à notre modèle de recherche.

#### **5.4.2 L'intention de partir**

D'après la littérature, une faible satisfaction au travail et une faible implication organisationnelle provoquent une intention de départ élevée (Giraud, 2012). A plusieurs reprises lors de nos entretiens, les personnes interrogées ont évoqué leur avenir dans le

service, l'établissement ou encore la profession. C'est souvent lors de l'évocation de l'implication organisationnelle calculée que le sujet de l'intention de départ a été abordé.

*« Je partirai mais quand tout sera jalonné, qu'il y aura un financement, que tout se fera dans de bonnes conditions » (IDE C – Hémo-dialyse)*

Nous avons vu que la dimension calculée de l'implication organisationnelle pouvait ne pas entretenir les mêmes relations que les deux autres dimensions (affective et normative) avec des variables telles que l'ambiguïté de rôle ou la transférabilité des compétences (Rojot et al., 2009 ; Meyer et al., 2002). En est-il de même avec l'intention de partir ? Les résultats de notre étude exploratoire ne permettent pas de le dire.

C'est pourquoi, notre modèle de recherche s'attachera à tester la relation positive entre la dimension calculée de l'implication organisationnelle et l'intention de partir et la relation négative entre les dimensions affective et normative et cette dernière.

## **5.5 Ce qu'en pensent les cadres et les autres soignants**

Afin d'avoir une vision la plus complète possible de l'absentéisme et de l'intention de partir des infirmières, nous avons également interviewé des aides-soignants, des cadres et des cadres supérieurs de santé travaillant avec les infirmières interrogées. Les entretiens n'ont pas porté sur les infirmières interrogées mais sur la problématique de l'absentéisme chez les infirmières en général pour les entretiens cadre et sur la problématique des contraintes du métier de soignant pour les entretiens avec les aides-soignants.

### **5.5.1 Le point de vue des cadres et cadres supérieurs de santé**

Nous notons une différence entre le discours des infirmières et celui de leurs cadres sur le thème de l'absentéisme. Tandis que dans le premier cas, lorsque nous abordions le sujet en entretien, il nous semblait presque que la problématique sur laquelle portait notre sujet de

thèse, l'absentéisme des infirmières, n'existait pas, le discours des cadres ainsi que les chiffres des différentes études sur le sujet<sup>41</sup> mettent en évidence l'existence d'une réelle problématique de l'absentéisme chez les infirmières. Cette observation illustre bien le fait que le thème de l'absentéisme demeure tabou.

Sur l'ensemble des cadres interrogés, ceux du pôle Urgence/Réanimation du Centre Hospitalier de notre échantillon (soit 1 cadre supérieur et 2 cadres de santé), ont révélé un problème d'absentéisme dans leur pôle d'activité. Un cadre de santé et un cadre supérieur de santé du Centre Hospitalier Universitaire évoquent également l'absentéisme comme étant une problématique à laquelle ils sont confrontés au quotidien. Il semble que seul l'établissement de Soins de Suite et Réadaptation soit épargné par la problématique de l'absentéisme.

*« Le sujet de l'absentéisme, c'est un quotidien difficile sur lequel on s'interroge beaucoup »*  
(Cadre supérieur B – Pôle Urologie, Néphrologie, Digestif, Gastro-entérologie)

*« Mon ressenti à moi, c'est qu'il y a beaucoup plus d'absentéisme qu'avant. »* (Cadre de santé F – Urgences)

*« C'est un des gros soucis quand on est cadre de santé »* (Cadre de santé E – réanimation)

Chaque cadre de santé a sa propre interprétation de l'absentéisme. Tandis que pour les uns, il s'agit d'une façon de fuir son travail, pour d'autres il s'agit d'une problématique générationnelle.

*« Il y a des personnes, on sait qu'elles s'absentent très facilement [...] c'est une manière de fuir, je suppose »* (Cadre de santé F – Urgences)

*« Dans les nouveaux embauchés, là..., ils ont peut-être un peu plus tendance à s'arrêter pour des choses où on ne se serait pas arrêté avant. »* (Cadre de santé B – SSR)

---

<sup>41</sup> Récemment encore, le baromètre de l'absentéisme d'Alma Consulting Group soulignait que l'absentéisme en France était en diminution sauf dans le secteur de la santé où il atteignait 6,61% (soit 24 jours d'absence) taux en constante dégradation depuis 5 ans (Alma Consulting Group, 2012)

« *Moi, j'ai peu d'arrêt pour [...] de la bobologie, donc c'est pas mal, quoi.* » (Cadre de santé E – Réanimation »

Ces derniers verbatim confortent notre choix d'insérer l'âge et l'ancienneté comme variables de contrôle. Néanmoins, nous pouvons supposer que ces deux variables sont très fortement corrélées. Il nous faudra certainement n'en garder qu'une des deux lors de l'analyse quantitative de nos résultats.

La dimension générationnelle de l'absentéisme est imputée par les cadres à la relation qu'entretiennent les infirmières avec leur vie personnelle.

« *Les horaires en 12h [...] la vie personnelle... est plus prégnante que le travail. [...] Entre nous, les cadres, on dit, maintenant les gens viennent travailler quand ils ont le temps dans leur vie personnelle [...] chose qu'on n'avait pas avant* » (Cadre de santé F – Urgences)

« *Le problème c'est que quand on reçoit les gens au concours d'entrée pour faire les écoles d'infirmières, on leur demande s'ils connaissent les contraintes etc. Ils disent :*

*"oui, oui bien sûr, on travaille les week-ends, on travaille les jours fériés, on travaille la nuit etc."*

*"Qu'est-ce que vous en pensez par rapport à votre futur vie personnelle etc."*

*"Oh ben non ça me pose pas de souci."*

*Enfinement on s'aperçoit que trois ans après, juste à la fin de leurs études, quand on va pour les embaucher, elles disent :*

*"ben oui, mais moi, je voudrais un poste où on fait pas la nuit, où on travaille qu'un week-end par mois".* » (Cadre de santé D – Néphrologie)

Nous avons vu lors de l'analyse des entretiens des infirmières que le conflit travail-famille était la forme de conflit inter-rôle la plus présente chez les infirmières interrogées. Néanmoins, nous notons que la forme time-based conflict du conflit travail/famille (conflit travail/famille engendré par un manque de ressources « temps ») ne semblait pas être la forme la plus présente et la plus problématique vis-à-vis de l'absentéisme et de l'intention de partir des infirmières. Les entretiens des cadres de santé confortent cette analyse car la prise en compte des contraintes horaires et de planning semblent être faite par les infirmières au moment du choix de leur poste.

*« Elles se sont peut-être rendu compte, au fur et à mesure de leurs stages, des contraintes que ça pouvait faire, après je ne sais pas si c'est tellement ça qui peut jouer sur les arrêts »*  
(Cadre de santé D – Néphrologie)

Nous avons noté que la forme de conflit travail/famille qui semblait la plus présente chez les infirmières était la strain-based conflict (qui apparaît lorsque la pression générée par l'accomplissement d'un rôle nuit à la performance de la personne focale dans un autre rôle.). Cependant, aucun des cadres interrogés n'aborder ce concept dans notre étude exploratoire. Les cadres déclarant ne pas rencontrer de problème d'absentéisme dans leur service, un cadre au CHU - unité Hémodialyse, et les deux cadres du SSR, lient ce phénomène à leur style de management, qui, selon eux, est participatif. Tous déclarent ne pas établir le planning de travail de façon unilatérale mais dans un processus coopératif avec l'équipe.

*« Ce que je fais, moi, je fais un management participatif, moi je suis très rarement dans le directif [...]. Le personnel est dans la collaboration totale au niveau changement des horaires, des amplitudes horaires, des moments on fait des soirs/matins [...] quand elles me le demandent, pour elles, à titre personnel, je le leur accepte, donc quand je le leur demande [...] pour le service, elles le font et je leur dis toujours, vous avez le droit de refuser. Hier, j'ai été coincé une nuit, j'ai une fille qui est revenue de ses vacances. [...] Puis elle m'a dépanné. Et par contre, je lui dis, si [...] il y a un jour qui vous intéresse, vous me le dites, elle m'a mis un mot, voilà [...] C'est ça l'échange, c'est reconnaître qu'elles ont fait un effort et moi je ferais un effort pour elles »* (Cadre de santé A – SSR)

*« Oui, j'ai une équipe qui est [...] bien solidaire au niveau du planning quand même. Justement [...] quand y a des absences et tout ça, ça se résout très vite. [...] Ce que je fais c'est que [...] le planning du personnel, je mets un mot [...] à côté [...] pour que le maximum de gens voit le message et puis, c'est les gens qui, qui interviennent...qui mettent à côté leur nom et c'est ma façon de faire, de fonctionner avec le planning de toute façon»* (Cadre de santé C – Unité Hémodialyse)

L'étude exploratoire montre que le management participatif et la satisfaction des infirmières vis-à-vis du planning semble avoir une influence négative sur l'absentéisme. Ce constat

appuie notre hypothèse selon laquelle la satisfaction extrinsèque des infirmières (satisfaction envers le supérieur hiérarchique et envers le planning) influence négativement l'absentéisme. Nous notons que la problématique de l'absentéisme est présente dans les établissements publics de notre échantillon tandis qu'elle semble absente de l'établissement privé. Celui-ci pratique des journées de carence dans le cadre d'absentéisme pour maladie. La loi de finance 2012 a instauré un jour de carence dans la fonction publique. Une enquête récemment menée par la Fédération Hospitalière de France (FHF)<sup>42</sup> montre que la mise en place de ce jour de carence entraînait une baisse de l'absentéisme de courte durée, celui que nous estimons le plus désorganisant pour le fonctionnement des services.

L'un des cadres de santé du centre de Soins de Suite et Réadaptation confirme cette analyse en jugeant les jours de carence comme dissuasifs tandis qu'un autre, au contraire, l'infirmier.

*« Faut dire que le personnel que je manage, ils ont 3 jours de carence, donc, peut-être que... s'ils n'avaient pas leurs jours de carence...ils s'arrêteraient plus facilement. Je dis peut-être. Ça un impact financier »* (Cadre de santé A – SSR)

*« Historiquement l'équipe [...] n'avaient pas les 3 jours de carence, et y avait encore moins d'arrêts qu'aujourd'hui [...] en tout cas pas plus d'arrêts qu'on en a aujourd'hui »* (Cadre de santé B – SSR)

L'influence du délai de carence sur l'absentéisme reste donc encore à déterminer. Néanmoins, cette réflexion nous amène à prendre en compte l'existence de jours de carence comme variable de contrôle dans notre modèle de recherche. Dans notre échantillon, seuls les deux établissements publics indiquaient rencontrer un problème d'absentéisme. Cette observation est peut-être liée au fait que l'établissement privé de notre échantillon pratiquait trois jours de carence tandis que les structures publiques n'en pratiquaient pas. Nous suspectons donc que la différence entre les établissements publics et les établissements privés soit due en partie au nombre de jours de carence pratiqué sans que ceux-ci expliquent entièrement les différences. Le type d'établissement de santé sera également une variable de contrôle dans notre recherche.

---

<sup>42</sup> <http://www.hospimedia>, 25/09/2012

Notre revue de littérature a mis en évidence un certain nombre de facteurs clairement identifiés par les précédents travaux comme agissant sur l'absentéisme des infirmières : le niveau élevé de Burn-out (Estryn-Behar, 2008 ; Davey et al., 2009), l'environnement de travail (Estryn-Behar, 2008), le stress dû au travail (Estryn-Behar, 2008 ; Davey et al., 2009), le harcèlement moral (Estryn-Behar, 2008), les postures inadaptées/Demandes physiques au travail (Estryn-Behar, 2008) et l'état de grossesse (Estryn-Behar, 2008), les attitudes au travail (Davey et al., 2009), les caractéristiques de l'infirmière (notamment responsabilités familiales et taille de la famille) et du manager (Cohen et Golan, 2007 ; Davey et al., 2009) et la latitude de décision (Vandenbergh et al, 2009). La plupart de ces facteurs se retrouvent dans le discours des cadres et cadres supérieurs de santé interrogés. Ainsi, parmi les facteurs d'absentéisme cités, la plupart ont identifié la grossesse. Ce constat n'est pas surprenant puisque la population infirmière est majoritairement composée de femmes<sup>43</sup>. L'un des cadres supérieurs de santé interrogés analyse la structure d'un service comme facteur d'absentéisme. Ainsi, ses propos énoncent qu'il est normal que dans un service d'urgence, qualifié de déstructurant<sup>44</sup>, le taux d'absentéisme soit plus élevé que dans d'autres services plus structurants. Le service des urgences correspond à un environnement de travail stressant alliant de nombreuses sollicitations et des événements désorganisant. L'environnement de travail est une des composantes de la satisfaction extrinsèque identifiées par notre revue de littérature comme influençant l'absentéisme. Ces propos appuient donc notre hypothèse selon laquelle la satisfaction extrinsèque au travail influence négativement l'absentéisme des infirmières. Néanmoins, afin de compléter notre modèle, nous prendrons soin de tenir compte du secteur d'activité comme variable de contrôle.

*« Dans un service d'urgence, le travail est en permanence désordonné, déstructurant parce qu'il est par nature déstructuré. Parce qu'on arrive à 9h, il y a un malade qui arrive. Et puis arrivé à 11h, il peut y en avoir 30 d'un coup. Et puis, à 4h de l'après-midi, il y en a encore 35 dans les couloirs [...] c'est générateur de stress. Tout ça, c'est très déstructurant. »* (Cadre supérieur de santé A – Pôle Urgence/réanimation)

Les propos du cadre supérieur de santé interrogé ici nous interpellent sur la relation complexe qu'il semble exister entre ce que le répondant qualifie de stress, la satisfaction extrinsèque et

---

<sup>43</sup> 87% des IDE étaient des femmes en France métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2011 (Sicart, 2011)

<sup>44</sup> Par déstructurant, le cadre supérieur de santé entend que le personnel ne sait jamais à combien de personnes il aura affaire dans la journée ni la gravité et le type de situations auxquelles il sera confronté.



l'absentéisme. Notre revue de littérature a identifié l'existence d'un lien entre les tensions de rôle, la satisfaction au travail et l'absentéisme des infirmières. Or force est de constater que lorsque l'on aborde la question de l'absentéisme, les personnes interrogées évoquent spontanément le concept de stress. L'un des principaux modèles théoriques interactionnistes du stress professionnel, le « Person-Environment Fit » de l'école de Michigan (French et al., 1974), inclut le concept de conflit de rôle et conclut qu'il y a stress professionnel lorsque les variables contextuelles (charge de travail, conflit de rôle) et les variables individuelles (motivations, aptitudes) sont incompatibles entre elles. Le stress professionnel est généralement étudié d'après la théorie de Karasek et Theorell (1990) dans laquelle les demandes au travail (psychologiques comme les délais à respecter mais également physiques comme les efforts physiques) sont des sources de stress et sont potentiellement anxiogènes pour les salariés. Les actes de contrôle (dont l'autonomie, la latitude de décision) permettent de réduire les effets des demandes au travail. Si le concept des tensions de rôle est à distinguer de celui de stress, on le retrouve néanmoins dans les sources de stress professionnel et organisationnel notamment sous la forme de surcharge de travail (French & Caplan, 1973), d'ambiguïté et de conflit de rôle (Khan & al., 1964). A la lumière de ces lectures, les propos de ce cadre supérieur de santé font référence à l'influence de la surcharge de rôle des infirmières sur leur satisfaction extrinsèque au travail et sur leur absentéisme.

La surcharge de rôle intervient notamment lorsque les moyens dont disposent l'individu sont insuffisants par rapport aux attentes des émetteurs. Nous avons vu que, dans notre étude exploratoire, certains cadres de santé affirmaient ne pas être concernés par la problématique de l'absentéisme des infirmières. Nous remarquons que ces cadres de santé sont ceux appartenant aux services disposant de dotation en personnel que les infirmières elles-mêmes nous ont qualifié de « privilégiés ». Ainsi, à l'instar du mode de management participatif, il semble y avoir un lien entre l'absence de problème d'absentéisme et une bonne dotation en personnel. Cette observation est confortée par les déclarations d'autres cadres de santé, confrontés, eux, à des problèmes d'absentéisme et qui dénoncent des dotations en personnel insuffisantes.

*« La cause des arrêts maladie, ça peut être plutôt la pression qu'il y a dans certains services où effectivement les gens sont en sous-effectif [...] et qui fait qu'au lieu d'être trois infirmières,*

*elles sont deux et le nombre de patients restent le même, les soins restent les mêmes, et faut les faire à deux au lieu de les faire à trois. » (Cadre de santé D – Néphrologie)*

Nous retrouvons donc encore ici le fait qu'il semble que la satisfaction extrinsèque au travail (satisfaction vis-à-vis des conditions de travail et satisfaction vis-à-vis du planning, lorsque les infirmières sont rappelées sur leurs jours de repos) médiatise la relation positive entre la surcharge de rôle et l'absentéisme des infirmières.

### **5.5.2 Le point de vue des aides-soignants**

Notre étude exploratoire s'est attachée également à interroger des aides-soignants pour au moins deux raisons. En premier lieu, certains travaux sur l'absentéisme cités dans notre revue de littérature portent sur la population des soignants non médicaux dans leur globalité. Cette population inclut les aides-soignants en plus des infirmières. Nous avons donc cherché à savoir si notre travail de recherche devait porter spécifiquement sur les infirmières ou si nous devions inclure dans la population étudiée, les aides-soignants. Dans un second temps, ces entretiens nous permettent de mieux cerner le contexte dans lequel évoluent les infirmières. Nous allons donc analyser en quoi les problématiques de la population des aides-soignants sont différentes de celles des infirmières et comment ils s'intègrent vis-à-vis de ces dernières dans leur rôle de soignante. La population d'aides-soignants interrogés étant exclusivement féminine, nous utiliserons le féminin pour y faire référence dans cette partie.

Tout d'abord, ce qui ressort des entretiens avec les aides-soignantes, c'est que la principale contrainte de leur métier est l'atypisme des horaires de travail. Selon la DARES, trois aides-soignantes sur quatre travaillent le dimanche. Là où les infirmières interrogées ne trouvaient rien à redire, la majorité des aides-soignantes interrogées se plaignent d'un planning de travail en complet décalage avec la société.

*« Quand on parle de contrainte c'est [...] nos horaires de travail faisant que soit on commence à 6h30 du matin, soit on finit à 9h le soir. On peut être amené à travailler le week-end ou les jours fériés [...] Ben forcément, c'est tous des moments où on n'est pas à la maison. » (AS A – SSR)*

« [Comme contrainte du métier], je dirais, le travail du week-end [...] C'est difficile par rapport à la vie de famille quand on a des enfants. Avant je m'en rendais pas compte (AS B – SSR)

« Au niveau de la vie privée, les contraintes, elles sont énormes » (AS E – Urgences)

Il s'agit d'une différence majeure entre les infirmières et les aides-soignantes qui peut s'expliquer par le fait que les infirmières sont en position de force sur le marché du travail (seules 1,5% des infirmières étaient demandeurs d'emploi en 2009)<sup>45</sup> et peuvent donc librement choisir le poste qu'elles souhaitent occuper. Au moment de cette prise de décision, les contraintes horaires du service sont pleinement prises en compte. Les infirmières ne pouvant ou ne souhaitant pas avoir un planning de travail trop atypique ont la possibilité de choisir un service offrant des horaires plus en phase avec la vie sociale. Cette tendance ne se retrouve pas totalement chez les aides-soignantes, pour qui le marché du travail n'est pas aussi tendu en leur faveur même si le taux de demande d'emploi reste relativement faible par rapport au nombre d'aide-soignante en emploi. En effet, en 2009, 41 800 aides-soignantes étaient demandeurs d'emploi en 2009 selon la DARES-Pôle-Emploi soit près de 8% des aides-soignantes<sup>46</sup>.

Comme les infirmières, les aides-soignantes font également le lien entre la dotation en personnel des services et la satisfaction vis-à-vis de leurs conditions de travail.

« [A] l'hôpital on enchaîne, les toilettes, on n'a pas le temps de prendre le temps avec les patients » (AS B – SSR)

« En service réanimation, on est un service où on est pas mal de personnel par rapport aux autres services. C'est vrai qu'on est favorisé à ce niveau-là. En gériatrie, vous avez 35 malades, vous êtes 4 le matin et 3 l'après-midi, [...] On ne prend pas le temps. C'est des personnes âgées, on fait les choses vite, on ne prend pas le temps de s'occuper d'eux. » (AS D – Réanimation)

Ici aussi, comme pour les infirmières, le conflit de rôle personnel semble lié à la satisfaction vis-à-vis des conditions de travail.

---

<sup>45</sup> Calcul réalisé à partir des chiffres fournis par le portrait statistique réalisé par la DARES sur la famille professionnelle des infirmières.

<sup>46</sup> La DARES-Pôle emploi compte 513000 pour aides-soignantes sur la période 2007-2009 pour 41 800 demandeurs d'emploi en 2009 (catégorie A, B, C).

Une autre différence majeure entre les infirmières et les aides-soignantes réside dans le manque de reconnaissance sociale dont souffrent ces dernières. En effet, les infirmières interrogées ne se sont, à aucun moment, plaintes du manque de considération sociale de leur métier. Et pour cause, le métier d'infirmière est souvent vu comme un très beau métier, une vocation et nombre d'infirmières reçoivent de la part des patients des cartes de remerciement à la fin de leur hospitalisation tandis que les aides-soignantes ne semblent pas bénéficier de ce type d'égard. Ainsi, à plusieurs reprises, les aides-soignantes interrogées ont soulevé le manque de considération sociale dont souffre leur profession.

*« Le travail est souvent mal considéré à l'extérieur [...] Souvent on entend dire "je n'aimerais pas faire ce que vous faites" » (AS A –SSR)*

Ce manque de considération sociale est lié aux actes réalisés par les aides-soignantes (les soins corporels) et aux spécialités dans lesquelles sont cantonnées la majorité des aides-soignantes, en particulier la gériatrie, spécialité qui souffre d'un déficit d'image. En effet, en 2009, selon la DARES, seules 11% des infirmières et sages-femmes<sup>47</sup> travaillaient dans le secteur de l'hébergement médico-social et action sociale sans hébergement contre 32% des aides-soignantes. Ici encore, nous voyons que la structure du marché du travail des aides-soignantes et l'image des actes réalisés par celles-ci sont sources d'une vraie différence entre les problématiques des infirmières et de celles des aides-soignantes. Nombreuses sont les aides-soignantes à nous avoir fait part de fatigue physique (mal de dos notamment) tandis que les infirmières se plaignent davantage de fatigue morale et émotionnelle.

Pour conclure, malgré quelques similitudes entre les deux professions, notamment au niveau du lien entre conflit de rôle personnel et satisfaction extrinsèque, les spécificités des infirmières ne permettent pas d'inclure les aides-soignantes à notre recherche. D'ailleurs les statistiques de la DREES concernant les professionnels de santé ne prennent pas en compte cette catégorie de personnel dans son recensement. L'une des différences fondamentales se situe dans la position des aides-soignantes vis-à-vis du marché du travail qui diffère de celle des infirmières. Ces dernières sont en position de force puisqu'il existe une pénurie de cette population alors que ce n'est pas le cas chez les aides-soignantes. Celles-ci n'ont donc, pas autant que les infirmières, la possibilité de « choisir » de travailler dans un service aux horaires non contraignants et subissent donc pleinement cette contrainte du métier.

---

<sup>47</sup> Chiffre issu du portrait statistique 1982-2009 réalisé par la DARES sur la base de l'Enquête Emploi, INSEE, moyenne annuelle sur les années 2008 à 2009. La famille professionnelle des infirmières englobe la profession des sages-femmes.

De plus, dans notre étude exploratoire, nous remarquons que la structure du marché du travail des aides-soignantes est différente de celle des infirmières. En effet, certains services « de jour »<sup>48</sup> ayant besoin d'infirmières ne comptent aucune aide-soignante dans leurs effectifs. Ainsi, il semble qu'elles aient moins que les infirmières, la possibilité de travailler avec des horaires de journée et en semaine, ce qui explique que là où les infirmières ne vivent pas les horaires comme une contrainte importante de leur métier, puisqu'il s'agit d'un choix de leur part, les aides-soignantes, elles, le vivent comme telle.

Nous pouvons également ajouter que la considération sociale des actes qu'elles effectuent diffère de celle des infirmières. Une grande partie des aides-soignantes travaillent en gériatrie ou dans le secteur médico-social avec des actes peu techniques relevant davantage de l'hygiène corporelle que du soin de santé. Ces secteurs d'activité et les soins qui y sont associés souffrent d'un déficit d'image qui rejaillit sur la profession des aides-soignantes. Ainsi, d'après notre étude exploratoire, la satisfaction des aides-soignantes vis-à-vis de leur reconnaissance sociale n'est pas la même que celle des infirmières davantage valorisée socialement mais parfois en insatisfaction vis-à-vis de leur relation avec le corps médical.

Enfin, les différences majeures entre les infirmières et les aides-soignantes appréhendées par notre étude qualitative nous incitent à exclure ces dernières de notre travail de recherche afin de ne nous concentrer que sur les infirmières.

## **VI. Construction du modèle de recherche**

La revue de littérature sur l'absentéisme et notre étude qualitative nous permet de débiter la réflexion sur le modèle de recherche qui nous servira à tester les hypothèses que nous élaborerons dans ce travail de recherche.

Contrairement aux intentions de départ qui visent à fidéliser les salariés, l'absentéisme n'a « fait l'objet d'études systématiques que relativement tard » (Neveu, 1996, p.111). Weiss (1979) déplorait d'ailleurs qu'il n'existe pas de théorie générale de l'absentéisme. Neveu (1996) souligne que l'analyse de l'absentéisme consiste souvent à analyser les effets produits plutôt qu'à l'étude des processus motivationnels conduisant à l'absentéisme. Il conseille donc

---

<sup>48</sup> En effet, le service hémodialyse du CHU de notre étude exploratoire n'emploie aucune aide-soignante.

de mobiliser davantage d'approches prenant en considération les « instruments cognitifs significatifs » définis par Weiss (1979) en sollicitant les travaux de recherche en psychosociale. C'est pourquoi nous avons décidé de mobiliser comme cadre conceptuel, celui de la psychologie sociale.

Comme nous l'avons vu plus haut, les recherches sur l'absentéisme sont principalement basées sur l'un des trois modèles dominants sur le sujet :

- Celui de Nicholson (1977) incluant l'attachement et la motivation au travail
- Celui de Steers & Rhodes (1978) avec les valeurs du salarié et la satisfaction au travail
- Celui de Rhodes & Steers (1990) qui fait référence à la culture de l'absence ainsi qu'aux attitudes de l'individu (engagement, éthique individuelle au travail, attentes).

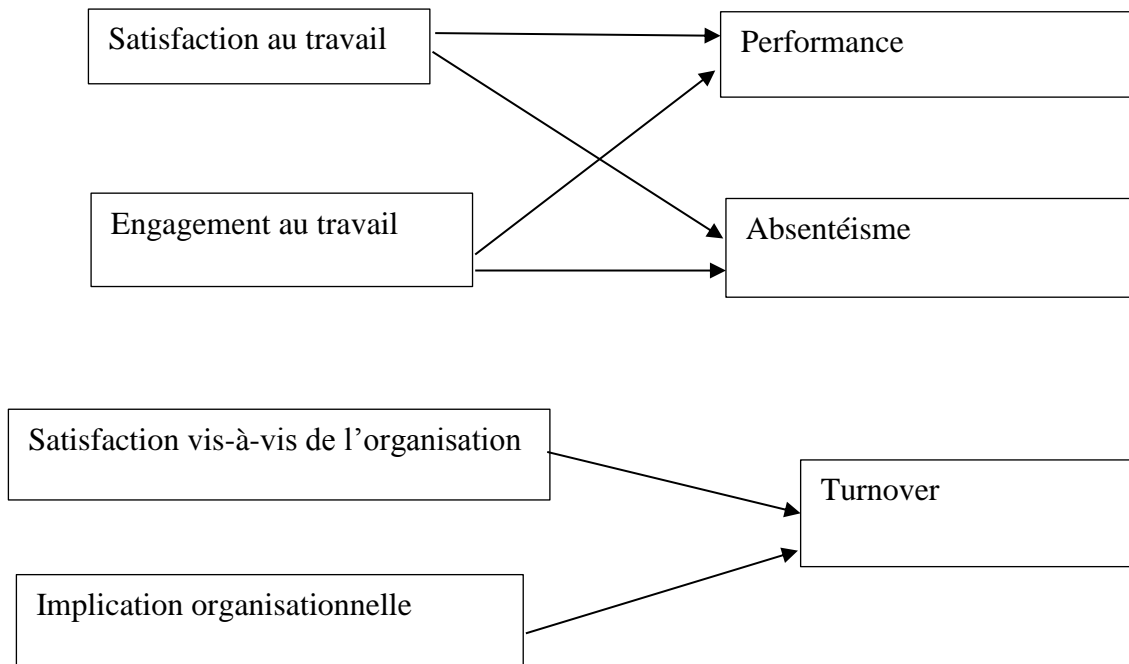
L'analyse historique des modèles explicatifs mobilisés dans les recherches sur l'absentéisme réalisée par Bouville (2007) montre que la satisfaction au travail et l'implication, notamment organisationnelle, ont fait partis des principaux modèles mobilisés jusqu'aux années 90 puis que la justice organisationnelle les a ensuite supplanté.

Il est vrai que si la relation négative entre la satisfaction au travail et l'absentéisme a été démontrée de façon relativement nette par certains travaux (Muchinsky, 1977 ; Scott & Taylor, 1985), d'autres travaux mettent en doute la force de cette relation (Nicholson & I. 1976 ; Hackett & Guion, 1985). Une plus grande rigueur méthodologique sur les travaux de recherche réalisés ainsi que l'introduction d'autres variables dans les modèles de recherche permettrait d'expliquer l'absentéisme de façon plus précise (Neveu, 1996).

La mobilisation d'une approche « classique » de l'absentéisme ne nous semblait pas permettre cette précision. C'est pourquoi nous nous sommes orientés vers les modèles de recherche construits pour expliquer l'ensemble des intentions comportementales plutôt que le seul absentéisme.

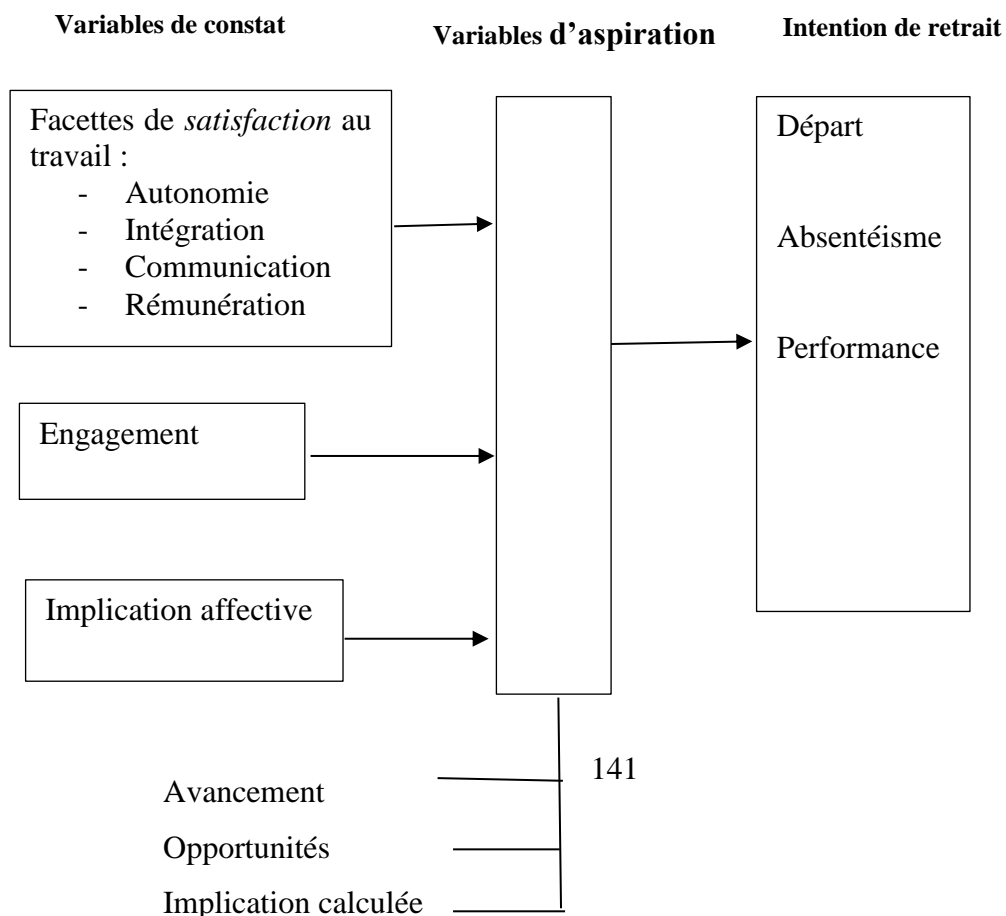
L'un des modèles les plus connus sur les intentions de comportement est celui de McFarlane-Shore et al. (1990)

**Figure 14 : Modèle des relations entre les attitudes organisationnelles et au travail et les intentions comportementales emprunté à Mc Farlane-Shore et al. (1990)**



Il a été ensuite remanié par Neveu (1996) qui y a apporté quelques précisions. Ainsi, seule la dimension affective de l'implication a été retenue comme variable « de constat », ainsi que seules certaines facettes de la satisfaction au travail.

**Figure 15 : Modèle alternatif d'intention de départ emprunté à Neveu (1996)**



Source : Neveu (1996, p.)

L'intention de performance fait partie des variables composant les intentions de retrait. Or la problématique de la performance dans les établissements de santé est une problématique complexe et bien particulière. C'est pourquoi nous l'excluons de notre modèle de recherche. L'analyse des entretiens réalisés dans le cadre de l'étude exploratoire de la thèse nous a amené à identifier que la dimension affective de l'implication organisationnelle chez les infirmières interrogées est globalement plus présente que les dimensions calculée ou normative. La majorité des méta-analyses sur l'implication organisationnelle montrent que la dimension affective est celle prédisant le mieux l'intention de quitter  $-.56$  selon Meyer & al. (2002),  $-.46$  selon Mathieu & Zajac (1990) ou encore  $-.54$  selon Tett & Meyer (1993). Elle prédit également d'autres comportements de retrait tels que l'absentéisme volontaire  $-.22$  selon Meyer et al. (2002) ou les retards  $-.12$  (Mathieu & Zajac, 1990). Des trois formes d'implication organisationnelle, il s'agit certainement de celle ayant fait l'objet du plus de travaux.

Les entretiens de notre phase exploratoire nous laissent également supposer qu'il existe une relation entre l'implication affective et la forme strain-based conflict du conflit travail famille. La littérature sur l'absentéisme ainsi que notre étude exploratoire ont mis en évidence l'existence de tensions de rôle au sein de la population infirmière. Ainsi, notre modèle de recherche intègrera tensions de rôle ainsi que des variables médiatrices entre les tensions de rôles et l'absentéisme et l'intention de partir. A la différence des variables modératrices, les variables médiatrices ne servent pas à déterminer dans quels cas des effets entre deux variables se déclarent mais permet de comprendre comment et pourquoi ces effets apparaissent.

## **6.1 Conclusion des résultats de l'étude exploratoire**

Notre étude exploratoire souffre de plusieurs limites. Tout d'abord, nous avons favorisé la diversité de fonctions interrogées (IDE, AS, cadres et cadres supérieurs de santé) au détriment d'un nombre plus important d'IDE, et cela en raison de notre volonté de comprendre, de la façon la plus large possible, la problématique de l'absentéisme chez cette population en interrogeant la diversité d'acteurs composant la population soignante et son encadrement.



La seconde limite se situe dans le nombre restreint de spécialités d'établissements. En effet, notre échantillon n'est composé que de quelques une des spécialités composant le paysage sanitaire et social français. Ainsi, la validité externe de notre étude est-elle discutable. Cependant, s'agissant d'une recherche exploratoire, là n'était pas l'ambition de l'étude.

Enfin, notre étude exploratoire s'est exclusivement attachée à des établissements situés en région Rhône-Alpes. Or, chaque région ayant ses problématiques et ses spécificités propres, là encore, la validité externe de notre étude reste limitée.

Néanmoins, malgré ses limites, notre recherche exploratoire nous permet d'observer la présence de tensions de rôle au sein de la population des infirmières. Elle nous a également permis d'appréhender la spécificité des infirmières par rapport aux autres personnels soignants et donc de mettre en évidence la nécessité de centrer notre recherche sur cette population particulière.

Ce chapitre nous permet déjà d'identifier les variables de contrôle qu'il conviendra de mobiliser dans nos modèles de recherche. Il s'agit de l'ancienneté dans le service, l'ancienneté dans la profession, le statut, le type d'établissement, le secteur d'activité et le nombre d'enfants à charge.

En nous appuyant sur la revue de littérature présentée en chapitre 1 et 2, et à l'aide des résultats de l'étude exploratoire, nous allons maintenant formuler nos hypothèses et construire nos modèles de recherche.

## **6.2 Construction des hypothèses de recherche**

Afin d'évaluer les conséquences des tensions de rôles et les modèles explicatifs existants, nous allons maintenant étudier les principales méta-analyses et revues de littérature existant sur le sujet à notre connaissance. Il s'agit de celles de Van Sell, Brief et Schuler (1981), Fisher et Gitelson (1983), Jackson et Schuler (1985) et la plus récente de Örtqvist et Wincent (2006). Nous compléterons cette analyse de la littérature existante par l'étude de l'ouvrage de Perrot (2001) relatif à l'entrée dans l'entreprise des jeunes diplômés.

Un point commun réunit les trois plus anciens travaux de synthèse, c'est qu'aucun d'eux ne permet d'établir des conclusions claires et sans équivoques au sujet des conséquences des conflits de rôles et de l'ambiguïté de rôle. Perrot (2001 ; p.90) souligne que, bien qu'offrant des perspectives prometteuses, « *elles débouchent sur un constat de contradiction partielle des résultats, et [que] les hypothèses concernant les conséquences des tensions de rôles restent provisoires et incomplètes* ». Van Sell, Brief et Schuler (1981, p.64) notent « *de nombreuses omissions ainsi que de nombreux résultats contradictoires* », Fisher et Gitelson (1983, p.330) concluent que « *la recherche passée a produit des résultats peu clairs et contradictoires* » quant à la nature et aux forces des relations entre les tensions de rôles et leurs antécédents et conséquences tandis que Jackson et Schuler (1985, p.16) soulignent de « *nombreux écarts parmi les résultats de recherche présentés* ». Ces derniers avancent comme raisons vis-à-vis de l'existence de ces contradictions que les différentes formes de tensions de rôle, que sont le conflit de rôle et l'ambiguïté de rôle, sont des concepts théoriquement distincts et qu'ils doivent faire l'objet d'hypothèses spécifiques. Il en va de même pour les différentes dimensions du conflit de rôle. La méta-analyse plus récente de Örtqvist et Wincent (2006) rejoint cette conclusion en mettant en évidence que la plupart des travaux traitant des tensions de rôle ne l'analysent que comme un tout sans différencier clairement les différentes formes sachant que certaines conséquences sont fortement influencées par certaines formes de tensions de rôle et pas du tout par d'autres. Au regard de ces méta-analyses, et malgré l'abondance de la littérature internationale, la réalisation de travaux de recherche sur les tensions de rôle est encore nécessaire en prenant soin d'élaborer des hypothèses spécifiques pour chacune des différentes formes des tensions de rôle (ambiguïté de rôle, surcharge de rôle et conflits de rôle).

Nous notons d'ailleurs que les méta-analyses de Van Sell, Brief et Schuler (1981), de Fisher et Gitelson (1983) ainsi que celle de Jackson et Schuler (1985) n'appréhendent pas la surcharge de rôle comme une forme particulière de tension de rôle et ne la traitent donc pas particulièrement dans leur recherche. Il faudra attendre les travaux de Perrot (2001) et ceux de Örtqvist et Wincent (2009) pour avoir une méta-analyse intégrant la surcharge de rôle comme forme à part entière des tensions de rôle.

Il semble que les conséquences de l'ambiguïté de rôle et du conflit de rôle soit souvent les mêmes (Perrot, 2001). Cependant, s'agissant de formes distinctes de tensions de rôle, nous allons analyser séparément leurs conséquences respectives afin d'en percevoir la subtilité.

Regardons maintenant plus en détail ce que nous révèle tout de même la littérature sur les conséquences des différentes formes des tensions de rôle à commencer par celles de l'ambiguïté de rôle.

### **6.2.1 Conséquences de l'ambiguïté de rôle**

Jackson et Schuler (1985) soulignent que l'ambiguïté de rôle est plus souvent étudiée que les conflits de rôle.

#### 6.2.1.1 L'influence de l'ambiguïté de rôle sur l'implication organisationnelle

Malgré les limites des résultats mis en évidence par les méta-analyses, les précédents travaux de recherche sur les tensions de rôle arrivent tous à des conclusions communes vis-à-vis de certaines conséquences des tensions de rôle et notamment vis-à-vis de la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'implication organisationnelle. Chacune d'entre elles révèlent l'influence négative de l'ambiguïté de rôle sur l'implication des salariés dans l'organisation. Örtqvist et Wincent (2006) mettent en évidence que cette relation est plus forte avec cette forme de tension de rôle qu'avec les deux autres formes de tensions de rôle (conflit de rôle et surcharge de rôle). Ce constat se retrouve également chez Fisher et Gitelson (1981) et chez Jackson et Schuler (1985) qui montrent respectivement une influence négative plus forte de l'ambiguïté de rôle sur l'implication organisationnelle ( $r = -.34$  ;  $p < 0,05$  ;  $r = -.27$  ;  $p < 0,01$ ) que les conflits de rôle ( $r = -.25$  ;  $p < 0,05$  ;  $r = -.24$  ;  $p < 0,01$ ). Notre revue de littérature sur l'implication organisationnelle a toutefois mis en évidence des relations qui différaient en fonction de la dimension de l'implication organisationnelle étudiée. Ainsi, rappelons que dans leur méta-analyse, Meyer et al. (2002) signalent des corrélations négatives entre l'ambiguïté de rôle et l'implication affective ( $-.39$ ) et l'implication normative ( $-.21$ ) tandis que la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'implication calculée se révèle positive ( $.10$ ). Ce fin niveau d'analyse prenant en compte les différentes dimensions de l'implication organisationnelle ne se retrouve dans aucune méta-analyse sur les tensions de rôle.

Cette sous-partie de notre analyse nous amène à la formulation de plusieurs hypothèses :

**H1a : L'ambiguïté de rôle influence négativement les dimensions normative et affective de l'implication au travail des infirmières.**

**H1b : L'ambiguïté de rôle influence positivement la dimension calculée de l'implication organisationnelle des infirmières.**

#### 6.2.1.2 L'influence de l'ambiguïté de rôle sur la satisfaction au travail

Dans l'ensemble des méta-analyses étudiées, nous retrouvons également comme conséquences de l'ambiguïté de rôle la satisfaction au travail. Dans les travaux sur la satisfaction au travail (Spector, 1997) comme dans ceux sur les tensions de rôle (Van Sell et al., 1981 ; Fisher et Gitelson, 1983 ; Jackson et Schuler, 1985 ; Örtqvist et Wincent, 2006) l'ambiguïté de rôle est liée à la satisfaction au travail ( $r = -.25$ ,  $p < 0,05$ , Fisher et Gitelson, 1983 ;  $r = -.30$ ,  $p < 0,01$ , Jackson et Schuler, 1985 ;  $r = -.39$ ,  $p < 0,01$ , Örtqvist et Wincent, 2006). La relation est généralement plus forte concernant la satisfaction vis-à-vis de la hiérarchie ( $r = -.37$ ,  $p < 0,05$ , Fisher et Gitelson, 1983 ;  $r = -.37$ ,  $p < 0,01$ , Jackson et Schuler, 1985) que vis-à-vis des autres facettes de la satisfaction au travail.

Contrairement aux résultats de Fisher et Gitelson (1983), ceux de Jackson et Schuler (1985) mettent en évidence l'influence de variables modératrices dans la relation décrivant les causes et conséquences potentielles de l'ambiguïté de rôle et des conflits de rôle. Ainsi, les auteurs recommandent-ils de prendre en compte des variables modératrices dans les recherches sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et la satisfaction au travail. Cette recommandation est également valable pour l'analyse de la relation de l'ambiguïté de rôle avec l'intention de partir mais ne l'est pas pour les relations avec l'implication organisationnelle et avec l'absentéisme. La même recommandation est faite pour les recherches portant sur les relations entre les conflits de rôle, la satisfaction au travail, l'implication organisationnelle et l'absentéisme. Le niveau hiérarchique peut être par exemple un modérateur à prendre en compte, puisque l'ambiguïté de rôle peut être plus forte avec le développement des compétences et la progression des personnes.

Cette sous-partie nous amène à la formulation des hypothèses suivantes :

**H1c : L'ambiguïté de rôle influence négativement la satisfaction globale au travail des infirmières.**

6.2.1.3 L'influence de l'ambiguïté de rôle sur l'absentéisme et l'intention de partir

L'ensemble des méta-analyses étudie l'influence des tensions de rôle, et notamment de l'ambiguïté de rôle, sur l'intention de partir mais peu s'intéressent ou ne trouvent de résultats vis-à-vis de l'absentéisme. Dans les méta-analyses étudiées ici seuls les travaux de Jackson et Schuler (1985) ont mis en évidence un lien relativement faible ( $r = .09$  ;  $p < 0,01$ ) entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme. Comme pressenti lors de la phase qualitative de ce travail de recherche, ce constat nous conforte dans l'idée que le modèle explicatif de l'absentéisme et de l'intention de départ doit inclure le lien entre les tensions de rôle et l'absentéisme avec l'intégration de variables médiatrices telles que la satisfaction au travail ou l'implication organisationnelle. Concernant l'intention de partir, unanimement, l'ensemble des méta-analyses identifient une influence positive entre l'ambiguïté de rôle et cette intention de comportement.

Ces constatations nous amènent à la formulation de plusieurs hypothèses :

**H1d: L'ambiguïté de rôle influence positivement l'intention de partir des infirmières.**

**H1e : L'ambiguïté de rôle influence positivement l'absentéisme des infirmières.**

**H1f : La satisfaction globale au travail médiatise la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme des infirmières.**

**H1g : Les dimensions affective et normative de l'implication organisationnelle médiatisent la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme des infirmières.**

Nous avons vu précédemment que l'ambiguïté de rôle comporte plusieurs facettes (ambiguïté vis-à-vis du rôle ou vis-à-vis des conséquences, ambiguïté vis-à-vis du contenu du poste, des responsabilités ou des attentes...). Cette particularité n'est pas prise en compte dans les travaux analysés par les méta-analyses étudiées. En effet, seules quelques recherches attestent de la multi dimensionnalité de l'ambiguïté de rôle (Rhoads et al., 1994 ; Breugh et Colhian, 1994) et peu de travaux étudient les effets de ces facettes. Faute de travaux solides sur lesquels nous appuyer pour étudier plus en détail les différentes formes d'ambiguïté de rôle,

nous l'aborderons, dans ce travail de recherche, comme un concept à dimension unique et le mesurerons comme tel.

Ce que nous retenons de l'analyse de la littérature vis-à-vis des conséquences de l'ambiguïté de rôle, c'est que les précédents travaux montrent un influence plus forte de cette forme de tension de rôle sur l'implication organisationnelle par rapport aux autres formes de tensions de rôle que sont le conflit de rôle et la surcharge de rôle.

L'ambiguïté de rôle influence différemment les dimensions de l'implication organisationnelle. L'ambiguïté de rôle est un concept multidimensionnel qui nécessiterait donc d'être étudié comme tel et non comme un tout. Néanmoins, faute de matière, nous nous appuyerons sur la littérature existante et appréhenderons l'ambiguïté de rôle comme un concept à une seule dimension sans identifier l'influence des différentes formes du concept sur les variables expliquées.

### **6.2.2 Conséquences des conflits de rôle**

Bien que les travaux de Kahn et al. (1964) mettent en évidence différentes formes de conflit de rôle, les recherches sur lesquelles portent les méta-analyses n'analysent pas les conséquences des différentes formes de conflits de rôle de façon distincte. Elles ne permettent donc pas de voir si telle ou telle forme de conflit de rôle a des conséquences différentes sur telle ou telle variable. Dans notre travail de recherche, nous prendrons soin d'analyser les causes des différentes formes de conflit de rôle de façon séparée et d'en tirer des conclusions particulières dans la mesure du possible. Cependant, la rareté des travaux traitant des conséquences des différentes formes de conflit de rôle ne nous permet pas de formuler des hypothèses distinctes pour chacune d'entre elles. Ainsi, nos hypothèses sur les conflits de rôle considéreront ces derniers comme un tout unique.

#### 6.2.2.1 L'influence des conflits de rôle sur l'implication organisationnelle

Tout comme pour l'ambiguïté de rôle, la littérature montre que les conflits de rôle ont une influence négative sur l'implication organisationnelle (Van Sell et al., 1981 ; Fisher et Gitelson, 1983 ; Jackson et Schuler, 1985 ; Örtqvist et Wincent, 2006). Néanmoins cette relation est moins forte avec cette forme de tension de rôle qu'avec l'ambiguïté de rôle. Les méta-analyses portant sur les tensions de rôle n'analysent pas finement cette influence et en particulier ne l'observe pas vis-à-vis des différentes facettes de l'implication organisationnelle. En revanche, les travaux portant sur les antécédents de l'implication organisationnelle entrent dans ce niveau de détail et montrent une **relation négative entre les conflits de rôles et l'implication affective** (Mowday et al., 1982 ; Mathieu et Zajac, 1990 ; Perrot, 2001). Les relations entre les dimensions affective et normative de l'implication organisationnelle allant dans le même sens au regard de la littérature (Meyer et al., 2002), nous formulons une hypothèse commune concernant la relation entre ces deux facettes de l'implication organisationnelle et les conflits de rôles.

**H2a : Les conflits de rôles influencent négativement les dimensions affective et normative de l'implication organisationnelle des infirmières.**

#### 6.2.2.2 L'influence des conflits de rôle sur la satisfaction au travail

Nous avons vu que la littérature montre que l'ambiguïté de rôle a une influence négative sur la satisfaction au travail. Cette relation se retrouve également pour les conflits de rôles ( $r = -.35$ ,  $p < 0,05$ , Fisher et Gitelson, 1983 ;  $r = -.31$ ,  $p < 0,01$ , Jackson et Schuler, 1985 ;  $r = -.40$ ,  $p < 0,01$ , Örtqvist et Wincent, 2006). Sur les trois méta-analyses, les relations se révèlent légèrement plus fortes avec les conflits de rôles qu'avec l'ambiguïté de rôle. Comme pour l'ambiguïté de rôle, la relation entre les conflits de rôles et la satisfaction vis-à-vis de la hiérarchie est plus forte qu'avec les autres facettes de la satisfaction au travail dans certaines recherches ( $r = -.37$ ,  $p < 0,05$ , Fisher et Gitelson, 1983 ;  $r = -.36$ ,  $p < 0,01$ , Jackson et Schuler, 1985).

Cette sous-partie nous amène à formuler les hypothèses suivantes :

**H2b. : Les conflits de rôles influencent négativement la satisfaction globale au travail des infirmières.**

### 6.2.2.3 L'influence des conflits de rôle sur l'absentéisme et l'intention de partir

Les méta-analyses étudiées ici mettent en évidence une relation positive et significative entre les conflits de rôle et l'intention de partir sans toutefois préciser quelle forme de conflit de rôle est la plus influente. Comme nous l'avons déjà évoqué, si l'influence des tensions de rôle sur l'intention de partir est abordée dans chaque méta-analyse étudiée ici, seule celle de Jackson et Schuler (1985) traite de son influence sur l'absentéisme. Leur conclusion sur ce lien est que la relation directe entre les deux variables est au mieux faible. Cependant, un modèle de recherche construit rigoureusement qui distinguerait précisément les différentes formes de conflits de rôle et qui tiendrait compte des différents types d'absentéisme permettrait de mettre en lumière la complexité des relations entre ces variables. C'est l'ambition qu'aura notre modèle de recherche avec la distinction de quatre types d'absentéisme (attitudinal, médical, ponctuel et cumulatif) et des différentes formes de conflits de rôle (conflit inter-émetteur, conflit intra-émetteur, conflit de rôle personnel et conflit inter-rôle en particulier, conflit travail-famille). Pour cela, à défaut de travaux abondants traitant de l'influence des différentes dimensions des conflits de rôle, nous allons nous appuyer sur les observations réalisées dans le cadre de notre recherche qualitative. Ainsi, nos entretiens exploratoires mettent en évidence qu'il semble que le conflit de rôle personnel a une influence sur l'absentéisme et l'intention de partir des infirmières.

Cette constatation nous amène à formuler les hypothèses suivantes :

**H2c : Le conflit de rôle influence positivement l'intention de partir des infirmières.**

**H2d : Le conflit de rôle influence positivement l'absentéisme des infirmières.**

### **6.2.3 Conséquences de la surcharge de rôle**

La surcharge de rôle n'était pas appréhendée comme une forme à part entière de tensions de rôle dans les précédentes méta-analyses. Ainsi, parmi les travaux étudiés, seuls ceux de Örtqvist et Wincent (2006) permettent d'observer les conséquences de cette dimension des tensions de rôle.



### 6.2.3.1 L'influence de la surcharge de rôle sur l'implication organisationnelle

A l'instar des deux autres formes de tensions de rôle, la littérature montre que la surcharge de rôle a une influence négative sur l'implication organisationnelle (Örtqvist et Wincent, 2006). En revanche, cette relation se révèle relativement faible ( $r = -.12$ ) par rapport à celles de l'ambiguïté de rôle ( $r = -.48$ ) et du conflit de rôle ( $r = -.36$ ). Toutefois, les travaux de Örtqvist et Wincent (2006) ne précisent pas quelle(s) dimension(s) de l'implication organisationnelle est (sont) concernée(s) par cette relation. Nous avons vu précédemment que la littérature a montré que la dimension calculée de l'implication organisationnelle n'entretient pas les mêmes relations que les deux autres dimensions avec les antécédents et les conséquences de l'implication organisationnelle (Meyer et al., 2002). Nous choisissons donc de ne pas la considérer comme ayant les mêmes influences que l'implication organisationnelle affective et normative. Toutefois les conséquences des recherches sont mieux expliquées lorsque plusieurs dimensions de l'implication organisationnelle sont mobilisées simultanément que lorsqu'elles sont prises isolément (Peyrat-Guillard, 2002 ; Mueller et al., 2002). Ainsi, nous considérons les dimensions affective et normative simultanément dans l'hypothèse suivante que nous formulons :

**H3a : La surcharge de rôle influence négativement l'implication organisationnelle affective et normative des infirmières.**

### 6.2.3.2 L'influence de la surcharge de rôle sur la satisfaction au travail

A travers l'analyse de neuf travaux de recherche mesurant l'influence de la surcharge de rôle sur la satisfaction au travail, Örtqvist et Wincent (2006) mettent en évidence une relation négative bien que très faible entre ces deux variables ( $r = -.07$  ;  $p < 0,01$ ). Très peu d'études n'ont pas trouvé de relations significatives entre la surcharge de rôle et la satisfaction au travail (Örtqvist et Wincent, 2006). La littérature montre donc une relation significative entre les deux variables même si celle-ci semble être relativement faible. De plus, une fois encore, les travaux ne précisent pas quelle(s) facette(s) de la satisfaction au travail est (sont)

concernée(s) par cette relation. Ces observations nous amènent à formuler plusieurs hypothèses :

**H3b : La surcharge de rôle influence négativement la satisfaction globale au travail.**

#### 6.2.3.3 L'influence de la surcharge de rôle sur l'absentéisme et l'intention de partir des infirmières

La littérature sur les tensions de rôle à travers les principales méta-analyses existantes nous montre que peu de travaux s'intéressent à l'influence des tensions de rôle sur l'absentéisme. Parmi les méta-analyses abordées dans ce travail de recherche, seule celle de Jackson et Schuler (1985) a mis en évidence une faible relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme. Nous avons également vu que seuls les travaux récents réunis par Örtqvist et Wincent (2006) identifient la surcharge de rôle comme une dimension à part entière des tensions de rôle. Aussi, une nouvelle fois, nous ne disposons pas de travaux mettant en évidence une relation entre la surcharge de rôle et l'absentéisme, parmi les travaux que nous avons étudiés. Néanmoins, les travaux d'Örtqvist et Wincent (2006) mettent en évidence une relation modérée et significative entre la surcharge de rôle et l'intention de partir ( $r = .25$  ;  $p < 0,01$ ). Cette observation nous amène à formuler l'hypothèse suivante :

**H3c : La surcharge de rôle influence positivement l'intention de partir des infirmières.**

Les précédentes recherches n'ayant pas démontré de relations entre la dimension calculée de l'implication organisationnelle et l'absentéisme, nous ne formulons pas d'hypothèse sur cette dimension du concept. La même réflexion est menée vis-à-vis de la relation entre la satisfaction globale au travail, la surcharge de rôle et l'absentéisme. En effet, la littérature montre que la satisfaction globale au travail influence négativement l'absentéisme. Les travaux d'Örtqvist et Wincent (2006) mettent en évidence une relation significative bien que très faible entre la surcharge de rôle et la satisfaction au travail ( $r = -0,07$  ;  $p < 0,01$ ).

#### 6.2.3.4 Conclusions sur l'influence de la surcharge de rôle

La littérature montre que les effets de la surcharge de rôle sur les variables mobilisées dans notre modèle de recherche sont moins forts que ceux des conflits de rôle ou de l'ambiguïté de rôle. Ce n'est que récemment que cette forme de tensions de rôle est étudiée de façon à part entière. Aussi, la littérature est encore peu abondante sur les conséquences de cette dimension des tensions de rôle. Sur l'ensemble des méta-analyses mobilisées dans ce travail de thèse, seule celle d'Örtqvist et Wincent (2006) nous a permis de construire nos hypothèses de recherche en distinguant clairement les effets de la surcharge de rôle.

## 6.2.2 Synthèse des hypothèses

Nous attendons une influence négative de l'ambiguïté de rôle, du conflit de rôle et de la surcharge de rôle sur les dimensions affective et normative de l'implication organisationnelle. Nous attendons une influence positive de l'ambiguïté de rôle sur la dimension calculée de l'implication organisationnelle et aucune relation entre cette variable dépendante et le conflit et la surcharge de

Notre revue de littérature pointe la faiblesse des travaux sur l'analyse simultanée des différentes formes de tensions de rôle. Comme préconisé par Örtqvist et Wincent (2006), nos modèles

Nous attendons une influence positive de l'ambiguïté de rôle, du conflit de rôle et de la surcharge de rôle sur l'intention de partir, la variable dépendante.

de recherche vont donc s'attacher à tester simultanément l'influence des trois formes de tensions de rôle sur les variables dépendantes identifiées comme pertinentes dans cette littérature.

Aux différentes hypothèses construites à partir de notre lecture de l'absentéisme et de l'intention de partir des infirmières à travers le cadre conceptuel des tensions de rôle, il convient d'ajouter certaines variables mises en évidence lors de la phase qualitative de notre recherche comme variables de contrôle. Les variables identifiées comme variables de contrôle qui peuvent différer d'un modèle de recherche à un autre sont le nombre d'enfants vivants dans le foyer,

Nous attendons une influence positive de l'ambiguïté de rôle, le conflit de rôle et la surcharge de rôle sur l'intention de partir et une influence positive de l'ambiguïté de rôle et du conflit de rôle sur l'absentéisme.

l'existe  
nce de  
153

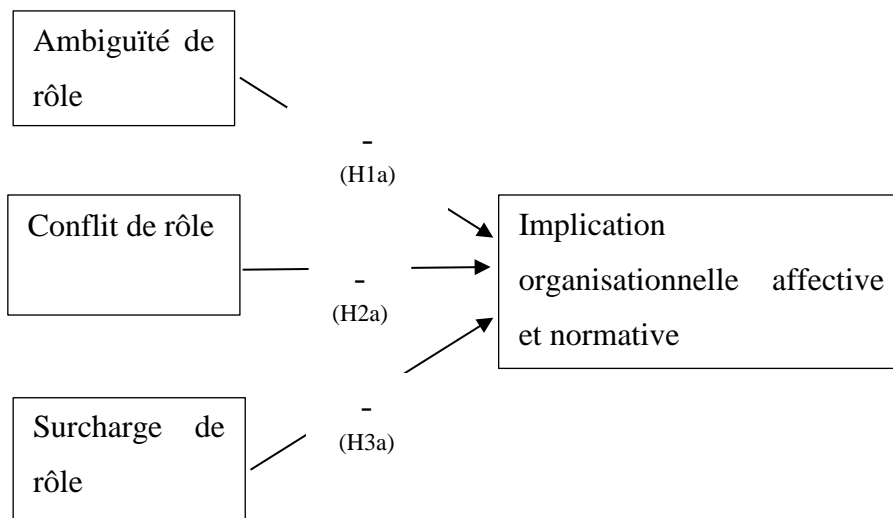
Nous attendons une influence négative de l'ambiguïté de rôle, le conflit de rôle et la surcharge de rôle

Nous attendons un effet médiateur de la dimension affective et normative de l'implication organisationnelle et de la satisfaction globale au travail sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et

jours de carence en cas d'absentéisme, le type d'établissement de santé, le secteur d'activité, l'ancienneté dans la profession et dans le service ainsi que le statut. Ainsi, nous avons vu dans la partie précédente les hypothèses que nous allons tester. Nous allons ci-dessous les résumer à travers 5 modèles de recherche, construits autour des effets attendus sur nos différentes variables dépendantes.

### 6.3 Modèles de recherche mobilisés

**Figure 16** : Modèle de recherche 1. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur les dimensions affective et normative de l'implication organisationnelle



**Figure 17** : Modèle de recherche 2. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur l'implication organisationnelle calculée

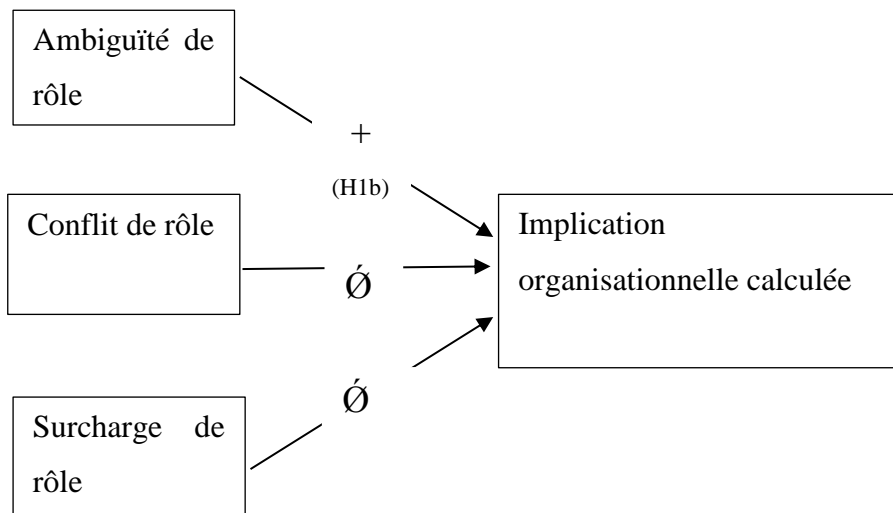


Figure 18 : Modèle de recherche 3. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur la satisfaction globale au travail

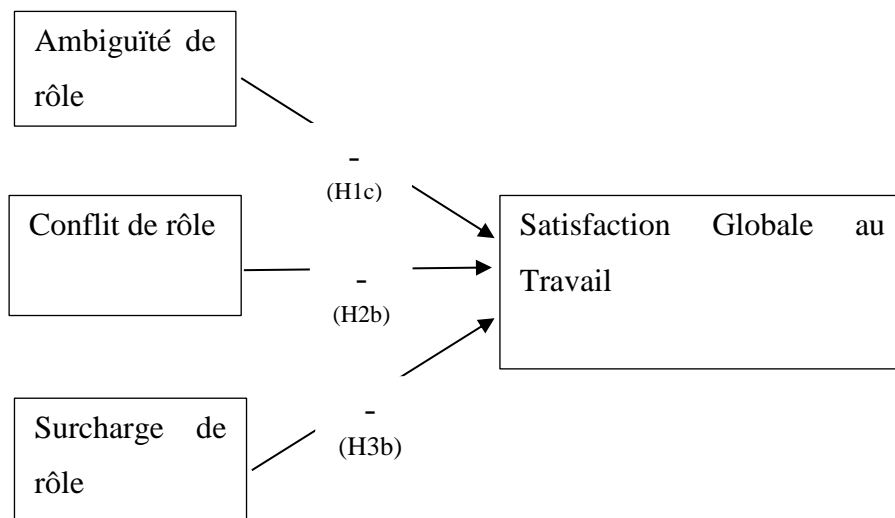


Figure 19 : Modèle de recherche 4. L'influence des trois formes de tension de rôle sur l'intention de partir

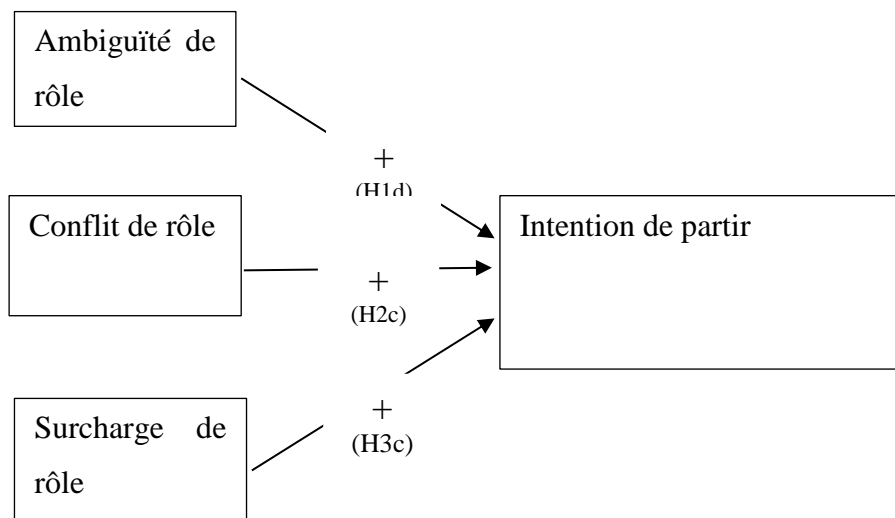
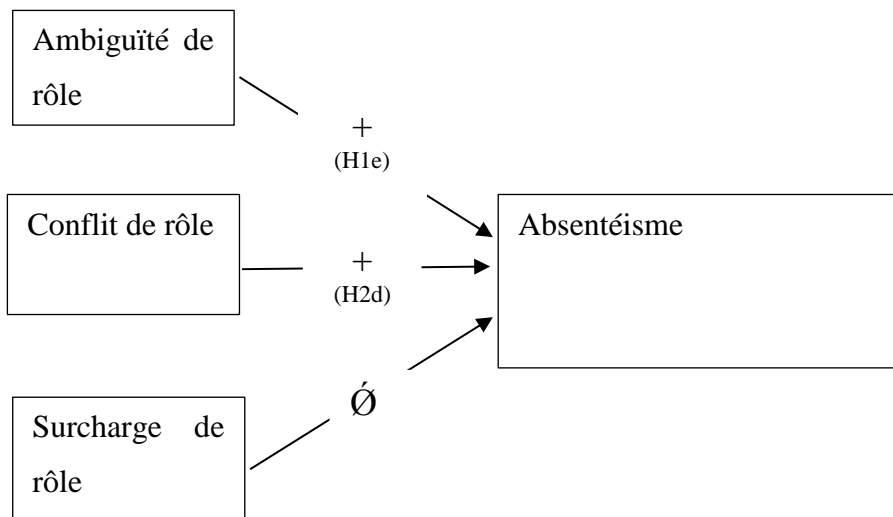
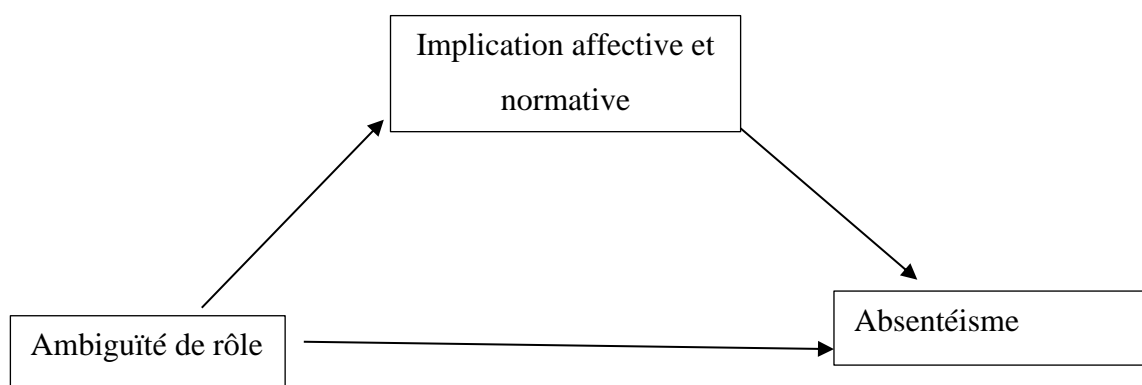


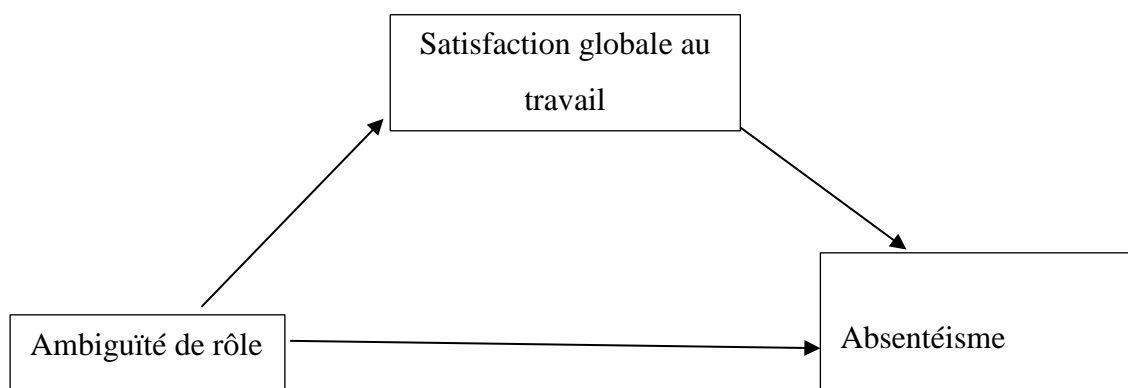
Figure 20 : Modèle de recherche 5. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur l'absentéisme



**Figure 21:** Modèle de recherche 5a. Médiation de la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme par les deux dimensions de l'implication organisationnelle (affective et normative)



**Figure 22 :** Modèle de recherche 5b. Médiation de la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme par la satisfaction globale au travail



# **Chapitre 4 : Validation des échelles de mesure et analyse de nos modèles de recherche**

Dans ce chapitre nous allons d'abord opérationnaliser les concepts, expliquer les échelles mobilisées puis nous décrirons notre échantillon, enfin, nous procéderons à une analyse factorielle de nos échelles. Nous terminerons ce chapitre par une analyse de nos modèles à l'aide de régressions linéaires. Nous avons réalisées ces analyses à l'aide du logiciel SPSS 19.

## **I. Opérationnalisation des concepts**

Notre analyse de la littérature fait envisager des relations de causalités, c'est pourquoi nous avons mobilisé des analyses de régressions que l'on détaillera ultérieurement.

La création des questionnaires à administrer a nécessité une étape importante dans le choix des opérationnalisations des différentes variables analysées dans ce travail de recherche. Ce choix a été réalisé à l'aide de la littérature et au regard de la solidité scientifique et de l'utilisation courante des différents instruments de mesure sélectionnés. Nous allons maintenant détailler cette étape de notre recherche.

### **1.1 Opérationnalisation des tensions de rôle**

### **1.1.1 Opérationnalisation des conflits de rôle**

La très grande majorité des travaux portant sur les tensions de rôle se base sur les travaux de Katz et Khan (1964) et opérationnalise les conflits de rôle à l'aide de l'échelle de Rizzo, House et Lirtzman (1970) (Fisher et Gitelson, 1983 ; Jackson et Schuler, 1985). Comme le rappelle Loubès (1997), il s'agit de l'une des premières échelles proposées pour appréhender les tensions de rôle et bien qu'elle souffre d'un certain nombre de limites, tous les chercheurs ayant proposé de nouvelles mesures des tensions de rôle l'ont fait en s'inspirant de celle-ci. Parmi les limites formulées à son encontre, il en est une qui lui reproche son approche unidimensionnelle des conflits de rôle alors même qu'il s'agit d'un concept multidimensionnel comportant plusieurs formes de conflits de rôle possibles (Perrot, 2005).

Néanmoins, bien que conscients de ses limites, notre travail de thèse fera appel à l'échelle de Rizzo et al. (1970) pour mesurer les conflits pour plusieurs raisons. D'abord, comme il s'agit de l'échelle la plus utilisée aujourd'hui pour la mesure des tensions de rôle, sa mobilisation nous permettra de procéder à des comparaisons. De plus, certains auteurs ont mis en évidence la validité du construit de l'échelle pour la mesure du conflit de rôle et de l'ambiguïté de rôle (Smith, Tisak, & Shmieder, 1993). Enfin, l'existence toute récente des échelles multidimensionnelles ne nous permet pas de bénéficier du recul nécessaire pour juger leurs qualités psychométriques. Notre questionnaire s'adressant à une population francophone, nous nous appuyerons sur la traduction de l'échelle réalisée par Lachance et Tétreau (1997). En effet, le travail rigoureux d'adaptation de l'échelle à une population francophone faite par les auteurs révèle une cohérence interne de .77 ainsi que des qualités psychométriques satisfaisantes (Lachance et Tétreau, 1997).



**Tableau 7 : L'opérationnalisation des conflits de rôle et codes associés**

Echelle de Rizzo, House, Lirtzman (1970) traduite en français par Lachance et Tétreau (1997)  
(Echelle de réponses : Lickert à 7 points de fortement en désaccord à fortement en accord)

Item	Code
Je dois faire des choses qui devraient être faites autrement.	RC1
On m'attribue une tâche sans la main-d'œuvre nécessaire pour la compléter.	RC2
Je dois aller à l'encontre des règles ou des politiques pour accomplir mes tâches.	RC3
Je travaille avec deux ou plusieurs groupes de personnes qui fonctionnent assez différemment.	RC4
Je reçois des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes.	RC5
Je fais des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et non acceptées par les autres.	RC6
On m'attribue une tâche sans les ressources et le matériel adéquats pour l'exécuter.	RC7
Je dois travailler sur des choses peu importantes.	RC8

### **1.1.2 Opérationnalisation de l'ambiguïté de rôle**

Comme la mesure des conflits de rôle, l'ambiguïté de rôle se mesure à l'aide d'une échelle développée par Rizzo et al. (1970). A l'instar de celle sur les conflits de rôle, elle ne permet d'appréhender le concept que sur une seule dimension. Comme les conflits de rôle, certains travaux mettent en cause aujourd'hui la multi dimensionnalité de l'ambiguïté de rôle (Rhoads et al., 1994 ; Breaugh et Colhian, 1994), multi dimensionnalité non prise en compte dans la construction de l'échelle de Rizzo et al. (1970) mesurant l'ambiguïté de rôle. Cependant, il s'agit de l'échelle la plus souvent mobilisée dans les travaux sur l'ambiguïté de rôle. De plus, le travail rigoureux d'adaptation de l'échelle à une population francophone faite par les auteurs révèle une cohérence interne de .79.

**Tableau 8 : L'opérationnalisation de l'ambiguïté de rôle et codes associés**

Echelle de Rizzo, House, Lirtzman (1970) traduite en français par Lachance et Tétreau (1997)  
(Echelle de réponses : Lickert à 7 points de fortement en désaccord à fortement en accord)

Item	Code
Je sais à quel point j'ai de l'autorité dans mon travail.	RA1
Mon emploi comporte des objectifs clairs et planifiés.	RA2
Je sais que j'ai bien reparté mon temps.	RA3
Mes responsabilités sont clairement définies.	RA4
Je sais exactement ce qu'on attend de moi.	RA5
Les explications de ce que je dois faire sont claires	RA6

### **1.1.3 L'opérationnalisation de la surcharge de rôle**

La surcharge de rôle est appréhendée par certains auteurs comme une forme de conflit de rôle comme le définissent Katz & Khan (1966). Cependant, comme le préconisent Commeiras et al. (2009), nous trouvons préférable de l'appréhender comme une catégorie de tensions de rôle à part entière. C'est pourquoi nous choisissons de l'opérationnaliser distinctement des conflits de rôle.

Pour opérationnaliser ce concept, nous avons choisi de mobiliser les items développés par Abdel-Halim (1978).

**Tableau 9 : l'opérationnalisation de la surcharge de rôle et codes associés**

Item	Code
Il me semble que j'ai trop de travail à faire pour une seule personne.	SR1
Dans mon emploi actuel, la quantité de travail perturbe la qualité de mon travail.	SR2
Je remarque une augmentation notable de ma charge de travail.	SR3
On me donne suffisamment de temps pour faire	SR4

### **1.1.4 Conclusion**

L'ensemble des items sélectionnés pour la mesure des tensions de rôle l'ont été à partir d'échelles de mesure validées et ayant faits l'objet d'un certain nombre de travaux. Cette volonté trouve son origine dans notre souci :

- d'obtenir des résultats comparables avec les travaux antérieurs
- d'obtenir des résultats fiables pour notre travail de thèse.

Néanmoins, conformément au processus de validation d'une échelle établi par Vallerand (1989), nous avons procédé à une phase de prétest de notre questionnaire qui nous a amené à modifier la formulation de certains items. Nous présenterons cette étape dans la section suivante de notre travail de thèse.

## **1.2 Opérationnalisation du concept de satisfaction au travail**

Comme nous l'avons déjà souligné, nous avons choisi de ne mobiliser des échelles de mesure scientifiquement éprouvées. Est présenté ci-dessous le choix de l'échelle de la satisfaction au travail que nous avons utilisé.

### **1.2.1 La mesure de la satisfaction au travail, mesure globale ou par facette ?**

Un grand nombre de travaux s'intéresse à la satisfaction au travail uniquement en considérant ses différentes facettes. Pour Weiss et al. (1967), la satisfaction globale est le résultat de la somme des sentiments de satisfaction de l'individu vis-à-vis des différents aspects de l'emploi. Cette vision de la satisfaction au travail ne fait pas l'objet d'un consensus dans la littérature (Wanous, et al., 1997 ; Fouquereau, et al., 2002). Il convient de différencier la satisfaction globale dans l'emploi de la satisfaction par rapport aux différentes facettes du travail car il n'est pas souhaitable de mesurer la satisfaction globale au travail à partir d'une mesure des différentes facettes de l'emploi (Scarpello, et al., 1983). En effet, les travaux de Scarpello & Campbell (1983) montrent que la somme des sentiments de satisfaction vis-à-vis

des différents aspects de l'emploi est faiblement corrélée avec l'item de satisfaction globale au travail ( $r = .32, p < .05, N = 185$ ). En effet, un salarié peut être satisfait sur beaucoup de facettes mais être globalement insatisfait de son travail, ce qui a des conséquences sur sa santé. Cependant, dans la littérature ayant mis en évidence des liens entre la satisfaction au travail et nos variables dépendantes, la satisfaction au travail était appréhendée de façon globale, raison pour laquelle nous ferons de même dans ce travail de thèse.

La satisfaction globale au travail peut être appréhendée grâce à plusieurs instruments. Parmi les mesures de la satisfaction globale, les principales échelles que nous avons identifiées sont :

- Le Face scale de Kunin (1955).

Cette échelle présente l'avantage d'être facilement transposable quel que soit le pays grâce à son système de visage. De plus, certains auteurs notent qu'un unique item de satisfaction générale au travail est fidèle (Dolbier et al., 2005 ; Nagy, 2002 ; Scarpello et Campbell, 1983 ; Wanous, Reichers et Hudy, 1997). Scarpello & Campbell (1983) soulignent même que la mesure de la satisfaction globale au travail est préférable par un seul item que par une échelle mesurant les facettes de la satisfaction. D'autres ne partagent pas cet avis et estiment que la fidélité d'une échelle à un seul item n'est pas suffisante (Iglesias et al, 2010). Quoiqu'il en soit la difficulté d'interprétation d'une échelle à un seul item représente un risque plus conséquent que lorsqu'il y a plusieurs items. Comme le souligne Spector (1997), une échelle à plusieurs items reste plus fiable que lorsqu'un seul item est mobilisé. Ainsi, bien que l'utilisation d'une échelle à un seul item soit acceptable (Wanous, et al., 1997), il nous apparaît préférable d'utiliser une échelle comportant plusieurs items.

- Le Job in General Scale (JIG; Ironson, Smith, Brannick, Gibson & Paul, 1989) : qui est une partie du JDI et qui comporte 18 items avec une échelle de réponses est en 3 points : oui, non, n'est pas sûr(e).
- L'Andrew and Withey Job Satisfaction Questionnaire (Andrew et Withey, 1976) qui comprend 5 items et une échelle de réponses en 7 points de « ravi(e) » à « épouvantable ».
- L'Echelle de Satisfaction de Vie Professionnelle (ESVP) n'est autre que l'adaptation au travail par Fouquereau et Rioux (2002) de l'échelle de satisfaction de vie (Satisfaction With Life Scale – SWLS) de Diener et al. (1985) traduite et validée en français par Blais et al. (1989) sous la dénomination d'Echelle de Satisfaction de Vie

(ESV). Cette échelle a été développée à l'origine en anglais afin de mesurer la satisfaction globale de vie (SWLS). Puis elle a fait l'objet d'une adaptation rigoureuse à un contexte francophone par Blais et al. (1989) qui l'ont appelé ESV. Enfin, elle a été adaptée à la vie professionnelle par Fouquereau et Rioux (2002). Elle contient 5 items sur une échelle de réponses en 7 points de « tout à fait en désaccord » à « tout à fait en accord ».

Dans le cadre de ce projet de recherche, notre choix se porte sur l'ESVP pour plusieurs raisons. En premier lieu. Tout d'abord, comme le souligne (Fouquereau, et al., 2002 p. 214) la validité de construit et la validité de convergence d'ESVP sont en partie vérifiées. Elle présente également une cohérence interne stable dans le temps et sur différents échantillons ainsi qu'une structure factorielle unidimensionnelle. Enfin, l'ESVP est, à notre connaissance, la seule échelle de mesure de la satisfaction globale au travail validée en langue française. A l'instar des autres échelles citées, l'ESVP comporte un nombre limité d'items, ce qui permet de l'associer facilement avec des échelles de mesure d'autres construits et facilite ainsi son administration. Les items de cette échelle sont récapitulés dans le Tableau 10.

**Tableau 10 : Intitulé des items de l'ESVP de Fouquereau et Rioux (2002)**

<b>Item</b>	<b>Code</b>
Globalement, ma vie professionnelle correspond tout à fait à mes idéaux	JSG1
Mes conditions de vie professionnelles ont toujours été excellentes	JSG2
Je suis satisfait(e) de ma vie professionnelle	JSG3
Jusqu'à présent, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais dans ma vie professionnelle	JSG4
Si je pouvais recommencer ma vie professionnelle, je n'y changerais presque rien	JSG5

Source : (Fouquereau, et al., 2002)

Pour clôturer ce paragraphe, notons que nous n'avons pas identifié d'échelles de mesure de la satisfaction globale au travail spécifique aux infirmières ou à quelque autre profession en particulier. Cela vient probablement du fait que le construit de satisfaction globale correspond à un construit générique s'appliquant de la même façon quelle que soit la profession. Une stratégie pour approfondir cet élément pourrait être d'analyser les travaux sur la satisfaction de carrière. Cependant, nous nous éloignons ici de notre sujet de recherche.

### **1.3 Opérationnalisation de l'implication organisationnelle**

Jusque dans les années 90, le concept d'implication organisationnelle était majoritairement mesurée grâce l'O.C.Q. (Organizational Commitment Questionnaire) de Porter, Steers et Mowday (1974). Cet instrument de mesure très populaire a d'ailleurs fait l'objet d'une adaptation en français par Thévenet en 1992. Par la suite, il a été reproché à cette échelle de ne permettre qu'une mesure unidimensionnelle du concept d'implication organisationnelle en ne se focalisant que sur sa dimension affective (Mc Farlane-Shore et Martin, 1990 ; Commeiras et Fournier, 1998). En effet, nous avons évoqué dans la revue de littérature relative à l'implication organisationnelle du premier chapitre de notre thèse, les évolutions conceptuelles qui ont animé l'approche de l'implication organisationnelle. Jusqu'à la fin des années 80, l'implication organisationnelle était appréhendée de façon unidimensionnelle. Puis les travaux d'O'Reilly et Chatman (1986, p.492) et ceux de Meyer et Allen (1991) ont permis le développement d'une approche multidimensionnelle du concept. L'échelle «Affective,

Continuance and Normative Commitment» d'Allen et Meyer (1984, 1990, 1996) permet une conceptualisation multidimensionnelle de l'implication organisationnelle. Sa version initiale longue comporte 24 items cependant, c'est la version courte à dix-huit items qui est la plus souvent utilisée dans les travaux récents (Lacroux, 2008) : six items relatifs à la dimension affective, six items relatifs à la dimension calculée et six items relatifs à la dimension normative. Allen, Meyer et Smith (1993) soulignent qu'il est maintenant reconnu que l'implication peut prendre différentes formes et il est, en conséquence, impératif que les chercheurs établissent clairement quel(les) forme(s) d'implication attire(nt) leur intérêt et s'assurent que les mesures utilisées sont appropriées à leur but.

Moins utilisée que celle d'Allen et Meyer, l'échelle développée par d'O'Reilly et Chatman (1986) permet également d'appréhender trois composantes du concept : l'internalisation (processus par lequel un individu intègre certains attributs, mobiles ou caractéristiques de l'organisation), la soumission (congruence des valeurs de l'individu avec celles de l'organisation) et l'implication instrumentale ou acquiescement (qui survient lorsqu'un individu adopte certains comportements et attitudes afin d'obtenir un bénéfice particulier).

Notre revue de littérature a montré l'utilisation fréquente de l'échelle d'Allen et Meyer dans les travaux relatifs à l'implication organisationnelle. Ainsi, à l'instar de la majorité des recherches, c'est aux 18 items de la version courte de l'échelle de mesure d'Allen et Meyer que nous nous mobiliserons dans ce travail de recherche. Belghiti-Mahut et Briole (2004) en ont réalisé une traduction rigoureusement scientifique. C'est la traduction des items de ces auteurs que nous utiliserons dans notre questionnaire.

Le Tableau 11 illustre l'adaptation de la traduction française par Belghiti-Mahut et Briole (2004) de l'échelle de mesure de Meyer, Allen et Smith au milieu hospitalier.

**Tableau 11 : Echelle de mesure de l'implication organisationnelle de Allen et Meyer (1996) traduite en français**

Item	Code
Je serai très heureux de finir ma carrière dans cette entreprise	IA1
Je ressens les problèmes de cette entreprise comme les miens	IA2
Je me sens membre à part entière de cette entreprise	IA3
Je ne me sens pas attaché affectivement à cette entreprise ®	IA4
Cet établissement a une grande signification pour moi	IA5
Je ne ressens pas un fort sentiment d'appartenance à cette entreprise ®	IA6

Rester dans cette entreprise est autant affaire de nécessité que de désir	IC1
Ce serait très difficile pour moi de quitter l'entreprise, même si je le voulais	IC2
Trop de choses dans ma vie pourraient être perturbées si je décidais de quitter cette entreprise actuellement	IC3
Je pense que je n'ai pas assez d'opportunités de rechange pour quitter cette entreprise	IC4
Si je n'avais pas tant donné à cette entreprise, je pourrais penser à travailler ailleurs	IC5
Une des rares préoccupations avec mon départ serait le peu d'alternatives possibles	IC6
Je ne ressens pas une obligation de rester chez mon employeur actuel ®	IN1
Je ne ressens pas le droit de quitter cette entreprise actuellement, même si cela était à mon avantage	IN2
Si je quittais cette entreprise maintenant, je n'aurais aucun remords ®	IN3
Cette entreprise mérite ma loyauté	IN4
Je ne quitterais pas cette entreprise, car je me sens redevable envers les personnes qui y travaillent	IN5
Je dois beaucoup à cette entreprise	IN6

Source : Belghiti-Mahut et Briole (2004)

## 1.4 Opérationnalisation de la variable absentéisme

Comme nous l'avons évoqué précédemment, peu d'études ont été réalisées en France sur l'absentéisme des infirmières. Même s'il est vrai qu'avant de se poser la question de la mesure de l'absentéisme, il nous a été nécessaire d'apporter une définition précise de cette notion, il nous faut maintenant avoir conscience des spécificités de calcul de ce taux dans chaque étude et pour chaque donnée disponible. Ainsi, il convient de noter que le bilan social d'un établissement de santé tient compte des jours ouvrés et non des jours ouvrables. De plus, les différences de taux d'absentéisme entre le secteur privé et le secteur public sont à prendre avec précaution. En effet, entre ces deux secteurs, il existe une différence entre les données collectées, enregistrées et exploitées. Lors de l'élaboration de notre questionnaire, les cadres



de santé nous ont alertés sur les différences de comptabilisation des arrêts de travail d'un établissement à un autre. En effet, certains, en raison de l'annualisation de la durée du travail, mesurent les absences en heures, tandis que d'autres, pour des raisons de calcul d'indemnités journalières, les comptent en jours calendaires, d'autres encore les comptabilisent en jours effectifs de travail.

Le procédé de collecte des données sur l'absentéisme que nous avons retenu est double. Un premier procédé, qui est utilisé massivement dans les travaux de recherche traitant de ce sujet, est l'absentéisme « déclaré ». Cette méthode de collecte a notamment été utilisée dans l'étude de la santé et de la satisfaction des soignants au travail en France et en Europe dirigée par Estryn-Behar (2002), mais également par beaucoup d'autres études telles que celles de Boumans & Landeweerd (1993 ; 1994), Gellatly (1995 ; 1998), Goldberg & Waldman (2000) ou encore Siu (2002). Cette méthode de collecte de données consiste à se baser sur les déclarations faites par les personnes interrogées. Cette méthode a l'avantage de permettre d'obtenir des données sur les motifs de l'absentéisme. Pour les chercheurs en gestion des ressources humaines que nous sommes, il s'agit probablement du meilleur accès aux causes médicales des arrêts maladie (données très difficilement accessible par une autre voie). Cependant, les données collectées sur déclaration peuvent être jugées peu fiables. En effet, certaines études ont montré un biais de sous-estimations de leurs absences par les infirmières (Gaudine & Gregory, 2010). Or d'autres études ont montré que le mode de collecte du nombre de jours d'absence pour maladie déclaré est un mode de collecte plutôt fiable. Parmi ces études, celle réalisée par Voss, Stark, Alfredsson, Vingard et Josephson (2008) montre que la collecte du nombre de jours d'absence pour maladie par une méthode déclarative est fiable bien qu'il y ait une sous-estimation du nombre de jours d'absence déclaré par rapport au nombre de jours saisi dans le registre du personnel pour les hommes comme pour les femmes. Celle de Ferrie, Kivimäki, Head et al. (2005), qui se base sur l'étude de Whitehall comparant le nombre de jours d'arrêt maladie déclaré sur 12 mois avec une base de données provenant du registre du personnel, arrive au même constat et montre que le nombre maximum d'incohérence est de 2 jours d'arrêts maladie pour 60% des femmes et 73% des hommes. En raison de ces limites, nous avons donc choisi de compléter cette méthode de collecte des données de l'absentéisme par une mesure de l'absentéisme de la personne interrogée fournie par son supérieur hiérarchique. L'intérêt de cette double collecte est de deux ordres. La première, elle nous permet de bénéficier de données plus fiables que si nous

nous étions contents de la seule collecte déclarative. La seconde est que nous pourrions comparer les deux types de données, les déclaratives d'un côté et les données « officielles » de l'autre, afin d'infirmer ou de confirmer les études dénonçant un biais de sous-estimation de l'absentéisme déclaré.

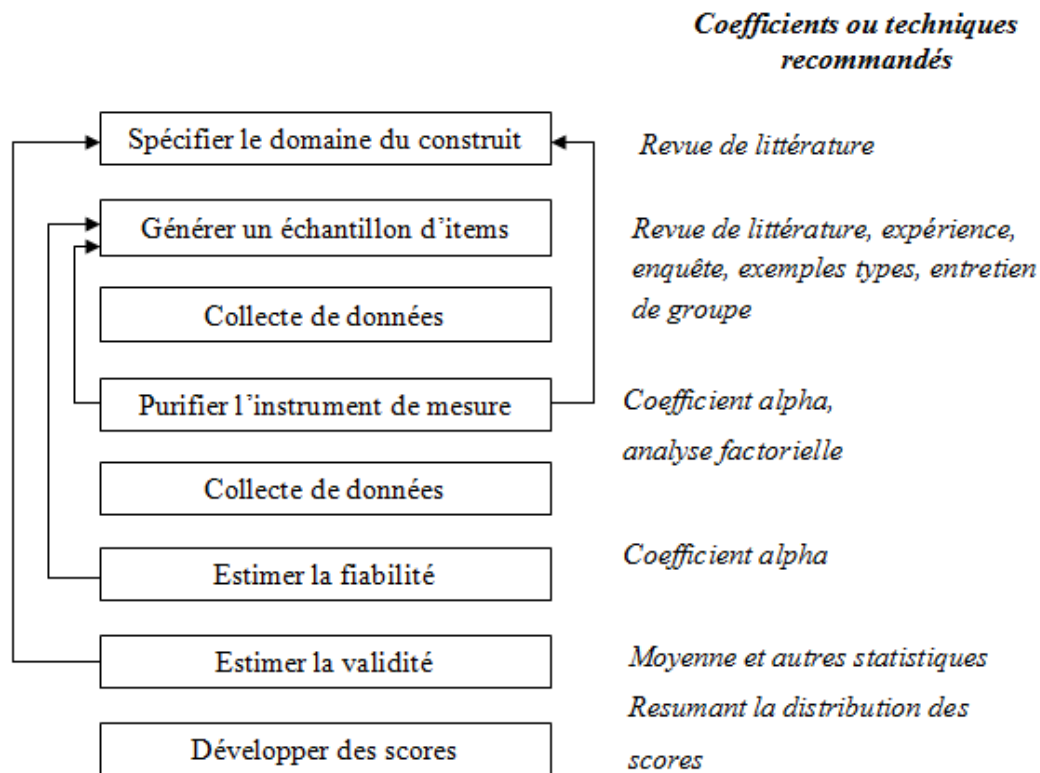
Il existe différentes façons de mesurer l'absentéisme. Steel (2003) en distingue au moins deux : par la durée des absences et par la fréquence des absences. La plus communément retenue est la fréquence des absences qui se définit comme le nombre de jours d'absence durant une période donnée (Davey et al., 2009). Selon Chadwick et al. (1971), la mesure de l'absentéisme par la fréquence des absences servirait à mesurer l'absentéisme volontaire tandis que la mesure de la durée des absences servirait à mesurer l'absentéisme involontaire.

Cette interprétation des mesures de l'absentéisme volontaire et involontaire a été souvent critiquée notamment par Nicholson (1977), Smulders (1980), Brooke (1986), Brooke et Price (1989) et Alexanderson (1998). Selon Smulders (1980), l'absentéisme ne serait que très rarement totalement volontaire. Si nous mesurons bien l'absentéisme en terme de fréquence et de durée des absences, estimer que l'absence puisse être totalement volontaire est discutable. Nous ne retiendrons donc pas cette interprétation.

## **II. Prétest de notre questionnaire**

Le paradigme de Churchill se découpe en huit étapes illustrées par la Figure 23.

**Figure 23** Illustration du paradigme de Churchill (1979)



Nous n'avons pas procédé à deux collectes de données contrairement aux préconisations de l'auteur. En effet, une seconde collecte de données est surtout nécessaire dans le cas de reformulations d'items (Jourdan, 1999). Cependant, le prétest de notre questionnaire auprès de quatre infirmières et de trois chercheurs nous a permis de reformuler les items ambigus avant de les soumettre à la collecte de données finale. De plus, l'ensemble du questionnaire est construit à partir d'échelles scientifiquement éprouvées. Ainsi, dans notre démarche de recherche, le prétest de nos items a remplacé l'étape de première collecte de données.

### **III. Description des données et de son mode de recueil**

#### **3.1 La collecte des données**

Nous avons distribué 393 questionnaires à travers deux canaux : 73 dans deux des établissements appartenant à l'échantillon de l'étude qualitative et 320 par les étudiants de l'Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS) situé à Lyon.

Nous avons eu 346 retours de questionnaires d'IDE. Le taux de réponse à notre étude quantitative est donc de 88% ce qui est un taux de réponse très satisfaisant en raison du canal principal de diffusion de nos questionnaires : les étudiants en formation continue de l'IFROSS sont cadres ou cadres supérieurs de santé. Ils avaient pour consigne d'en faire passer à dix des infirmières de leurs équipes. Précisons que l'anonymat des répondants était garantie, en particulier vis-à-vis du cadre de santé qui récoltait les questionnaires, afin limiter les biais dans les réponses des infirmières. Nous avons donné pour consigne que seules les IDE présentes depuis plus de 12 mois dans l'établissement soient sollicitées pour participer à notre étude. Pour connaître l'absentéisme des personnels sur une année, il était en effet nécessaire d'avoir accès à leur historique sur les 12 derniers mois. Nous avons vérifié ce critère d'inclusion sur les questionnaires reçus. Les questionnaires des infirmières interrogées dont l'ancienneté dans l'établissement était inférieure à 1 an ou non renseigné, étaient exclus de notre échantillon ce qui nous a amené à exclure 27 d'entre eux. Notre échantillon final se compose donc de 319 IDE. La collecte de nos données est également passée par des questionnaires adressés directement aux cadres de santé en particulier pour obtenir l'absentéisme des infirmières directement par leur hiérarchie. Notre échantillon compte 37 questionnaires de cadres de santé.

Nous allons maintenant procéder à la description de notre échantillon en cherchant à donner une référence à l'échelle nationale à titre de comparaison.

### **3.2 Description de l'échantillon**

L'âge moyen des répondants est d'environ 39 ans avec un taux de non réponse de 8,5%. Cette moyenne est à peu près conforme à la moyenne nationale qui est d'environ 40 ans. Néanmoins, l'âge médian de notre échantillon est de 37 ans soit un âge médian plus faible que l'âge médian national qui, lui, est de 40 ans (INSEE, 2010).

Près de 93% de femmes composent notre échantillon. Au niveau national, elles sont près de 87% (Sicart, 2011)
--

**Tableau 12 : répartition par ancienneté dans la profession et dans l'établissement**

	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart-type</i>
<i>Ancienneté profession</i>	1	40	14,21	11
<i>Ancienneté établissement</i>	1	38	10.20	9

L'ancienneté moyenne de l'échantillon dans la profession est d'environ 14 ans et celle dans l'établissement s'élève à un peu plus de 10 ans.

### La répartition par type d'établissement

**Tableau 13 : répartition de l'échantillon par type d'établissement**

	<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage valide</i>	<i>Pourcentage cumulé</i>
<i>Etablissement public de santé</i>	46	14,4%	14,4%
<i>Etablissement privé à but non lucratif</i>	185	58%	72,4%
<i>Etablissement privé à but lucratif</i>	88	27,6%	100%
<i>Total</i>	319	100%	

Les répondants sont pour la majorité d'entre eux issus d'un établissement privé à but non lucratif (58%), cette catégorie étant surreprésentée dans l'échantillon par rapport aux chiffres de la DREES (Sicart, 2011). Les répondants ne sont que 14,4% à venir d'un établissement public de santé alors que la DREES recense presque 53% de la population infirmières issue de ce secteur d'activité.

82% de notre échantillon est en Contrat à Durée Indéterminée, 7% en CDD et seuls 9,4% sont fonctionnaires.

Le secteur d'activité des répondants de l'échantillon ne reflète pas fidèlement celui de la

population mère. Ce biais trouve peut-être son origine par le mode de collecte des données utilisé dans ce travail de recherche. En effet, la majorité des questionnaires provient des infirmières appartenant aux équipes de cadres ou cadres supérieurs de santé en formation à l'IFROSS. Nous supposons donc que les établissements de santé privés sont plus nombreux que les établissements publics à envoyer leurs cadres en formation dans cet institut.

(Remarque : Concernant l'effectif des services, nous avons demandé l'effectif en réel et en équivalent temps plein. Etant donné le faible taux de réponse concernant l'effectif en équivalent temps plein, nous avons retenu l'effectif réel pour notre recherche.)

**Tableau 14 : Répartition par nombre d'enfants vivant au foyer**

<b>ENFANTS</b>		
	Effectifs	Pourcentage
0	136	42,6 %
1	66	20,7 %
2	86	27,0 %
3	20	6,3 %
4	2	,6 %
<i>Total</i>	310	97,2 %
<i>Non communiqué</i>	9	2,8 %
<i>Total</i>	319	100,0

L'échantillon interrogé est pratiquement également réparti entre les personnes sans enfants (42.6% des personnes interrogées n'ont pas d'enfants vivant dans leur foyer) et celles avec des enfants. Près de 34% de l'échantillon a 2 enfants ou plus vivant dans leur foyer.

**Tableau 15: répartition de l'échantillon par secteur d'activité**

<i>Valide</i>	MCO	192	60,2%
	SSR	37	11,6%
	Psychiatrie	17	5,3%
	Médico-social/Gériatrie	40	12,5%
	HAD	21	6,6%
	Autres	7	2,2%
	<i>Total</i>	314	98,4%
<i>Manquante</i>	Non communiqué	5	1,6
<i>Total</i>		319	100,0

La majorité des personnes interrogées appartient au secteur Médical/Chirurgie/Obstétrique. 2,19% de notre échantillon travaille exclusivement de nuit soit 7 IDE mais elles travaillent toutes en établissements privés à but non lucratif.

### 3.3 L'absentéisme dans notre échantillon

Dans notre travail de recherche, nous avons mesuré la variable absentéisme de quatre façons différentes :

- La fréquence des absences auto-déclarée par les infirmières
- La fréquence des absences déclarée par le cadre de santé
- La durée des absences auto-déclarée par les infirmières
- La durée des absences déclarée par le cadre de santé

Nous présentons dans le Tableau 16, une comparaison entre la durée des absences que déclarent les infirmières interrogées et la durée que nous ont transmise les cadres supérieurs de santé.

36% de notre population a eu au moins 1 arrêt au cours des 12 dernier mois contre 28% chez Bouville (2009).

**Tableau 16 : Comparaison de la durée des absences déclarée par les infirmières et celle renseignée par les cadres de santé.**

<i>Variables</i>	<i>Durée des absences par IDE</i>	<i>Durée des absences par cadre</i>
<i>Ecart-type</i>	16,32	17,98
<i>Max</i>	132,00	153,00
<i>Moyenne</i>	5,96	6,88
<i>Total</i>		

Pour calculer le nombre total de jours d'arrêt, nous avons effectué la somme du nombre de jours d'arrêts déclarés par les IDE sur chacun des arrêts et nous avons procédé de même pour le report effectué par les cadres.

Le calcul de l'absentéisme de notre échantillon n'a pas été aisé à réaliser. Le mode de calcul de l'absentéisme le plus couramment utilisé se base sur le nombre de jours calendaires de l'année à l'instar du baromètre d'Alma Consulting Group. Or, notre position, en cohérence

avec la définition de l'absentéisme de Leteurtre, a été de considérer comme des jours d'absence, dans notre questionnaire, les jours durant lesquels l'IDE était prévu(e) au planning et où il/elle n'a pas pu venir quel qu'en soit le motif (enfant malade, accident du travail, maladie etc...). Il convient donc de soustraire le nombre de jours d'absence au nombre de jours travaillés par l'infirmière. La difficulté principale que nous avons rencontrée ici tient à ce que nous n'avions pas directement sollicité les personnels infirmiers sur leur nombre de journées travaillées sur l'année. Or, ce nombre de jours travaillés n'est pas le même selon que l'infirmière travaille en 7h, 8h ou 12h, à temps plein ou à temps partiel.

Pour les établissements publics, le principe d'une durée légale de travail à 1607 heures/an est posé par le décret 2002-9 du 4 janvier 2002. Ce chiffre correspond également à la durée légale du travail définie par le code du travail applicable à l'ensemble des salariés du secteur privé hors régimes spéciaux. Afin de ramener l'ensemble des personnes interrogées sur la même base horaire, nous avons rapportés le nombre d'heures travaillées par jour au nombre de jours travaillés par an sur une base de 1607h/an. Ainsi, les IDE travaillant en 12h comptabilisent 134 jours/an tandis que celles travaillant en 7h comptabilisent 229 jours/an.

La répartition du temps de travail de notre échantillon est décrite dans le Tableau 17.

**Tableau 17 : Item sur l'organisation horaire des infirmières interrogées**

VQ5 "Quelle est l'organisation horaire de votre travail?"		
12H	111	34,80%
7H	73	22,88%
10H	37	11,60%
8H	34	10,66%
7H30	12	3,76%
8H30	6	1,88%
9H	9	2,82%
Autre	36	11,29%
Non réponse	1	0,31%
Total		100,00%

L'organisation plus générale du temps de travail de notre échantillon est collectée à l'aide de plusieurs items.



**Tableau 18 : Items relatifs à l'organisation du temps de travail des infirmières**

VQ7.2 "Travaillez-vous la nuit?"		
Sans réponse	10	3,13%
Non	250	78,37%
Oui	59	18,50%
VQ7.4 "Travaillez-vous le week-end - samedi et/ou dimanche?"		
Sans réponse	10	3,13%
Non	103	32,29%
Oui	206	64,58%
VQ8 "Combien de week-end -samedi et/ou dimanche - travaillez-vous par mois en moyenne?"		
Sans réponse	3	0,94%
0	81	25,39%
1	102	31,97%
2	122	38,24%
3	10	3,13%
4	1	0,31%
VQ9 "Travaillez-vous à temps plein (100%) ou à temps partiel?"		
Temps plein (1)	236	73,98%
Temps partiel (2)	83	26,02%
Total		100,00%

Dans le cas où l'infirmière interrogée ne travaillait pas à temps plein, nous leur avons demandé de préciser leur temps de travail en pourcentage. Comme nous ne disposions pas d'éléments plus précis dans nos questions pour établir combien de dimanches ou combien de nuits ont été travaillés dans l'année civile, nous avons défini le nombre de jours travaillés dans l'année en nous basant sur de la durée légale du travail et l'avons rapporté à l'organisation horaire du travail des IDE.

Parmi les 36 IDE n'appartenant pas aux principales catégories d'organisation horaire du travail et répertoriées dans la catégorie « autre », 18 n'ont pas répondu suffisamment précisément au questionnaire pour que l'on puisse calculer un nombre de jour théorique travaillé annuellement, les 18 autres travaillant en moyenne 9h/jour. Ainsi, pour le calcul du nombre théorique de jours travaillés annuellement des IDE n'ayant pas apporté les éléments de réponse suffisants ainsi que pour l'IDE n'ayant pas répondu du tout à cette question, nous décidons de retenir le nombre de jours moyen travaillé par des IDE ayant des journées de travail de 9h. Ainsi, le nombre de jours moyen travaillé dans ce cas de figure s'élève à 179 jours/an. Nous avons ensuite procédé à un prorata pour les temps partiels.

Dans notre échantillon, 6 IDE travaillant à temps partiel n'ont pas fourni les éléments nécessaires à ce calcul, ne pouvant pas ainsi déterminer leur taux d'absentéisme, nous les avons exclues de notre échantillon. Le calcul du taux d'absentéisme de notre échantillon est

donc basé sur un nombre de jours annuels travaillés théoriques estimé sur une population de 313 IDE dont 25% travaillant à temps partiel. Notre étude permettait donc de dégager deux mesures de l'absentéisme, une plus subjective car basée sur les déclarations des personnels concernés et une plus objective car basée sur les données à la disposition du cadre de santé. Nous procéderons plus avant à la comparaison de ces deux mesures. Retenons à ce stade que le taux d'absentéisme de l'échantillon considéré comme objectif s'obtient par la soustraction du total de jours d'absence des IDE déclarés par les cadres de santé au nombre total de jours travaillés théoriques dans l'année que nous avons suite rapporté en pourcentage. Nous obtenons **un taux d'absentéisme de 3,78%** contre un taux de **5,37% dans le secteur de la santé** d'après le 5ème baromètre d'Alma Consulting Group. Le taux d'absentéisme de notre échantillon se révèle donc plus bas que le taux d'absentéisme obtenu au niveau national. Il ne peut s'agir ici d'un biais lié à une sous-déclaration du taux d'absentéisme puisque nous avons basé nos analyses sur la déclaration de l'absentéisme faite par le cadre de santé sur la base des chiffres fournis soit par sa Direction des Ressources Humaines soit par son système informatique de gestion des temps. Cela s'explique peut-être par la structure de notre échantillon composé en majorité par des IDE du secteur privé.

Profitons de cette phase d'analyse de l'absentéisme de notre étude empirique pour nous pencher sur l'éventuel différentiel existant entre l'absentéisme auto-déclaré par les personnes interrogées et leur absentéisme réel. Avoir eu accès à ces deux types de données est une des richesses de notre travail de recherche. L'analyse des données descriptives que nous avons présentée dans la section précédente montre que s'agissant du nombre d'arrêt de travail, il n'y a pas d'écart notable entre ce que rapporte le personnel infirmier et ce que rapporte leur hiérarchie. Il est reporté 150 et 148 arrêts respectivement comme l'indique le tableau 19.

**Tableau 19 : Comparaison de nombre d'arrêts déclarés par les IDE et par les cadres**

<i>Variables/Modalités</i>	<i>Pas d'arrêt</i>	<i>1 arrêt</i>	<i>2 arrêts</i>	<i>3 arrêts</i>	<i>4 arrêts</i>	<i>Non réponse et plus</i>	<i>Total</i>
<i>Arrêts rapportés par les IDE</i>	203	83	24	5	1	3	319
<i>Total des arrêts rapportés IDE</i>	0	83	48	15	4	/	150

<i>Arrêts rapportés par les cadres</i>	210	64	18	12	3	12	319
<i>Total des arrêts rapportés par cadres</i>	0	64	36	36	12	/	148

Pour le calcul du nombre total de jours d'absence, nous nous sommes basés sur le nombre de jours théoriques travaillés. Pour ce qui est du nombre total de jours d'absence, une différence sensible est mise à jour avec 1 637<sup>49</sup> jours d'absences déclarées par les IDE contre 1 928 jours déclarés par les cadres de santé soit une « sous-déclaration » de 15% de la part des IDE. Nous avons vu que certains travaux montrent un biais de sous-estimations de leurs absences par les infirmières (Gaudine & Gregory, 2010) tandis que d'autres études estimaient le mode de collecte du nombre de jours d'absence pour maladie déclaré comme plutôt fiable (Voss, Stark, Alfredsson, Vingard et Josephson, 2008 ; Ferrie, Kivimäki, Head et al., 2005). Les observations réalisées auprès de notre échantillon confortent donc le constat fait par Gaudine & Gregory (2010), ce qui pourrait expliquer les résultats contrastés dans la littérature.

L'absentéisme attitudinal se retrouve chez 2% de l'échantillon de Bouville contre 2,6% dans notre échantillon.

L'absentéisme ponctuel est dans notre recherche comme chez Bouville, la forme d'absentéisme la plus présente (respectivement 15,2% et 11,7%).

À ce stade de notre travail, nous avons cherché à construire un indicateur composite de l'absentéisme intégrant à la fois la durée et la fréquence des arrêts pour les deux sources d'information. Pour ce faire, nous avons adopté la classification catégorielle proposée par Bouville (2009, 2010).

La structure des absences observées dans notre étude a été découpée en quatre catégories d'absence, comme préconisé par Bouville (2009) : l'absentéisme attitudinal (fréquence  $\geq 2$  ; durée cumulée  $\leq 7$  jours), cumulatif (fréquence  $\geq 2$  ; durée cumulée  $\geq 8$  jours), médical (fréquence  $< 2$  ; durée cumulée  $\geq 8$  jours) et ponctuel (fréquence  $< 2$  ; durée cumulée  $< 7$  jours).

<sup>49</sup> Pour calculer le nombre total de jours d'arrêt, nous avons effectué la somme du nombre de jours d'arrêts déclarés par les IDE et par cadres.

Les Tableaux 20 et 21 illustrent la répartition de l'absentéisme de notre échantillon en fonction des différentes formes d'absentéisme identifiée.

**Tableau 20 Répartition de notre échantillon dans les différentes formes d'absentéisme auto-rapporté**

		<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Pourcentage valide</i>	<i>Pourcentage cumulé</i>
<i>Valide</i>	Pas d'absentéisme	203	63,6	65,5	65,5
	Ponctuel	47	14,7	15,2	80,6
	Médical	34	10,7	11,0	91,6
	Attitudinal	8	2,5	2,6	94,2
	Cumulatif	18	5,6	5,8	100,0
	Total	310	97,2	100,0	
<i>Manquante</i>	Système manquant	9	2,8		
<i>Total</i>		319	100,0		

**Tableau 21 : Répartition de notre échantillon dans les différentes formes d'absentéisme rapportées par les cadres**

		<i>Effectifs</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Pourcentage valide</i>	<i>Pourcentage cumulé</i>
<i>Valide</i>	Pas d'absentéisme	210	65,8	68,4	68,4
	Ponctuel	36	11,3	11,7	80,1
	Médical	28	8,8	9,1	89,3
	Attitudinal	7	2,2	2,3	91,5
	Cumulatif	26	8,2	8,5	100
	Total	307	96,2	100	
<i>Manquante</i>	Système manquant	12	3,8		
<i>Total</i>		319	100		

La forme d'absentéisme qui nous intéresse particulièrement dans ce travail de recherche est l'absentéisme que l'auteur appelle « attitudinal ». Nous notons toutefois qu'elle ne concerne que 4,15% de notre échantillon. Ce constat est peut-être lié au faible taux d'absentéisme observé dans ce travail de recherche. Les deux formes d'absentéisme les plus répandues dans notre échantillon sont la forme « ponctuelle » avec 14.7 % et l'absentéisme « médical » avec près de 10% des IDE interrogées concernées. Près de 64% des IDE interrogées n'ont pas eu d'absence au cours des 12 derniers mois précédents la passation de notre questionnaire. Nous avons envisagé de procéder à des régressions logistiques sur cette variable mais nous sommes dans un cas limite en raison de la taille de l'échantillon avec un effectif de 8 personnes sur la catégorie d'absentéisme nous intéressant (attitudinal). Bouville disposait des données de l'enquête SUMER 2002-2003 qui portait sur un effectif très conséquent de 25000 salariés. Nous rapportons néanmoins les statistiques descriptives de la variable.

### **3 Analyse factorielle exploratoire par l'Analyse en Composantes Principales**

Conformément aux préconisations de la procédure proposée par Churchill (1979), nous débutons notre démarche méthodologique par une analyse de la fiabilité des échelles de mesure utilisées et une analyse de leur structure factorielle. Nous procéderons à des Analyses en Composantes Principales (ACP) pour chacune des échelles mobilisées dans ce travail de recherche. Pour cela, nous suivrons les étapes préconisées par Hair et al. (1998). L'ACP peut être utilisée dans le cadre d'une approche exploratoire, c'est-à-dire lorsque le chercheur n'a pas d'a priori théorique, ou dans le cadre d'une approche confirmatoire, lorsque le chercheur cherche à confirmer la structure factorielle d'échelles déjà utilisées dans la littérature.

La vérification de la factorisation des données est un préalable indispensable aux analyses statistiques des données. En effet, il est important que les données forment un ensemble cohérent permettant de mesurer une dimension commune sans que ceci ne soit qu'un artefact statistique (Evrard et al., 2003). Nous réaliserons d'abord une analyse factorielle sans rotation puis effectuerons une rotation Promax, cette rotation étant particulièrement adaptée quand la probabilité d'un recouvrement des facteurs existe et la littérature nous conduisait à faire cette hypothèse notamment pour l'échelle d'implication organisationnelle. Nous étudierons également la corrélation des différents facteurs entre eux afin de vérifier qu'ils sont suffisamment distincts les uns des autres. L'absentéisme n'étant pas une variable latente mesurée à l'aide d'une échelle mais une variable directement observable, elle ne fera pas l'objet d'une analyse factorielle.

#### Test de sphéricité de Bartlett

Le test de sphéricité de Bartlett permet d'examiner la matrice des corrélations dans son intégralité. Grâce à lui, on peut connaître la probabilité de l'hypothèse nulle selon laquelle toutes les corrélations sont de zéro. Avant de procéder à une Analyse en Composantes Principales, il est nécessaire de vérifier la significativité du test de sphéricité de Bartlett. C'est pourquoi, cette première démarche sera un préalable à toutes nos analyses en composantes principales.

## Test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

Le test de Kaiser-Meyer-Olkin permet de mesurer la cohérence des variables retenues entre elles. Pour cela, le KMO représente le rapport des corrélations entre les variables et les corrélations partielles. Les valeurs de KMO acceptables sont illustrées dans le Tableau 22.

**Tableau 22 Cohérence des items en fonction du KMO**

Valeur de l'indice KMO	Validité
0,9 et plus	très grande
0,80 à 0,89	Grande
0,70 à 0,79	Moyenne
0,60 à 0,69	Faible
0,50 à 0,59	Seuil limite
<à 0,49	Nulle

Source : Georgescu, 2010

Ce second test est également indispensable avant de débiter une analyse en composantes principales, nous l'effectuerons donc systématiquement avant chaque ACP.

## Déterminer le nombre de facteurs à extraire

Pour procéder à une analyse en composantes principales, il convient de déterminer le nombre de facteurs à extraire. Les échelles mobilisées dans notre travail de thèse, sont des échelles éprouvées et les analyses en composantes principales réalisées ont une visée confirmatoire. Nous allons donc prédéterminer systématiquement le nombre de facteurs à extraire en nous basant sur la littérature.

### *Test de fiabilité : le coefficient de l'alpha de Cronbach*

La fiabilité de nos échelles sera estimée à l'aide de l'Alpha de Cronbach. Ce test vise à mesurer « le degré selon lequel les items d'une échelle mesurent conjointement le même

concept » (Gavard-Perret et al., 2008). Plus la valeur de l'alpha de Cronbach est proche de 1, plus les variables affectées au facteur ont une forte cohérence entre elles. Un alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) est généralement jugé acceptable à partir d'une valeur minimale de 0,7.

## IV. Test des échelles par ACP

### 4.1 Analyse factorielle de premier ordre de l'échelle de mesure de l'ambiguïté de rôle

Nous débutons l'analyse de la structure factorielle des échelles mobilisées dans notre étude quantitative par celle de l'ambiguïté de rôle. Pour l'ensemble des échelles, nous réaliserons d'abord une analyse sans rotation puis une rotation Promax sera réalisée pour les échelles présentant plusieurs facteurs. Pour ces dernières, nous étudierons également la corrélation des différents facteurs entre eux afin de vérifier qu'ils sont bien distincts les uns des autres.

L'échelle de Rizzo et al. (1970) permettant de mesurer l'ambiguïté de rôle comprend 6 items. Tout comme l'échelle des mêmes auteurs visant à mesurer le conflit de rôle, il s'agit d'un instrument très fréquemment mobilisé dans les recherches sur les tensions de rôle. L'échelle d'ambiguïté de rôle n'est composée que d'items inversés, c'est-à-dire d'items cherchant à mesurer l'absence d'ambiguïté de rôle. Afin de faciliter la lecture des résultats par la suite, nous avons d'abord procédé à l'inversion des items en question.

L'échelle présente un bon indice KMO (.82) et le test de Bartlett est significatif. Les données sont donc factorisables, l'Analyse en Composantes Principales peut donc débiter. Hormis l'item RA3 « *Je sais que j'ai bien organisé mon temps de travail* » dont la qualité de représentation n'est que de .25, les communalités sont acceptables (>0,4). 48% de la variance est expliquée par un seul facteur.

Tableau 23: Contributions factorielles des items de l'échelle de l'ambiguïté de rôle

Matrice des composantes <sup>a</sup>	
	Composante
	1
RA5 « Je sais exactement ce qu'on attend de moi »	,788

RA4 « Mes responsabilités clairement définies »	,759
RA2 « Mon emploi comporte des objectifs clairs et planifiés »	,741
RA1 « Je sais jusqu'où vont mes responsabilités dans mon travail »	,699
RA6 « Les explications de ce que je dois faire sont claires »	,651
RA3 « Je sais que j'ai bien organisé mon temps de travail »	,497

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

Les contributions des items au facteur, ou contributions factorielles, sont globalement satisfaisantes. La contribution la plus faible est obtenue pour l'item RA3 « Je sais que j'ai bien organisé mon temps de travail ». L'Alpha de Cronbach qui s'élève à 0,783 est satisfaisant ( $>0,7$ ) ce qui indique une bonne fiabilité de l'échelle. Autrement dit, nous aurions pu être tentée d'éliminer l'item (RA3) présentant une communalité peu satisfaisante, mais compte tenu de la consistance interne toute à fait correcte de cette échelle, nous l'avons conservé. Il nous a semblé important de pouvoir travailler autant que possible avec des échelles strictement identiques à celles déjà utilisées dans la littérature, la valeur ajoutée de notre thèse résidant dans l'examen simultanée des différentes tensions de rôle repérées dans la littérature et le plus souvent étudiées indépendamment les unes des autres.

## 4.2 Analyse factorielle de premier ordre de l'échelle de mesure du conflit de rôle

L'échelle des conflits de rôle de Rizzo et al. (1970) est valide et fiable. Il s'agit d'un instrument comprenant 8 items. Il a été mobilisé fréquemment dans les recherches sur le conflit de rôle et sa validité comme sa fiabilité apparaissent élevées dans la littérature. Nous nous appuyons sur la version française de Lachance et Tétreau (1997). Nous obtenons un indice KMO satisfaisant (0,778) et le test de Bartlett est significatif.

L'ensemble des items présentent une communalité élevée ( $>0,4$ ) à l'exception de l'item RC8 « *Je dois travailler sur des choses peu importantes* » qui présente une communalité faible (0,27).

Nous avons fait l'hypothèse d'une échelle à un seul facteur. Or le critère de valeur propre indique que l'échelle des conflits de rôle est composée de 2 facteurs qui expliquent 49% de la



variance. Nous allons donc réaliser une première analyse factorielle en extrayant **deux facteurs** de l'échelle de mesure du conflit de rôle.

**Tableau 24 : contributions factorielles des items de l'échelle du conflit de rôle après rotation**

	Composante	
	1	2
RC7 « On m'attribue une tâche sans les ressources et le matériel adéquats pour l'exécuter »	,826	
RC2 « On m'attribue une tâche sans le personnel nécessaire pour les réaliser »	,726	
RC3 « Je dois aller à l'encontre des règles ou des procédures pour accomplir mes tâches »	,639	
RC1 « Je dois faire des choses qui devraient être faites autrement »	,605	
RC8 « Je dois travailler sur des choses peu importantes »	,553	
RC5 « Je reçois des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes »	,540	
RC4 « Je travaille avec deux ou plusieurs groupes qui fonctionnent assez différemment »		,829
RC6 « Je fais des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et non acceptées par les autres »		,742

Après rotation, l'ensemble des items a une contribution factorielle acceptable. Les scores les plus faibles sont obtenus pour les items RC5 « *Je reçois des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes* » et RC8 « *Je dois travailler sur des choses peu importantes* ». Le premier facteur est composé des items RC4 « *Je travaille avec deux ou plusieurs groupes qui fonctionnent assez différemment* » et RC6 « *Je fais des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et non acceptées par les autres* » tandis que les autres items composent un second facteur. La matrice de corrélation montre que les deux facteurs sont distincts l'un de l'autre. L'Alpha de Cronbach du premier axe est élevé (0,741) ce qui indique une bonne fiabilité de l'axe tandis que le second présente un Alpha de Cronbach très faible (0,454) très certainement en raison du faible nombre d'items le composant.

Cette analyse factorielle met en évidence que, lorsque l'on extrait deux facteurs, l'échelle se compose d'un axe représentant le **conflit de rôle inter émetteurs** regroupant l'item RC4 « *Je travaille avec deux ou plusieurs groupes qui fonctionnent assez différemment* » et RC6 « *Je fais des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et non acceptées par les autres* » et d'un autre axe représentant les **autres formes de conflit de rôle**. Néanmoins, l'item RC5 « *Je reçois des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes* » correspond à la forme inter-émetteur du conflit de rôle. Pourtant, l'analyse factorielle ne permet pas de le classer dans le second axe, ce qui apparaît peu cohérent. De plus, la matrice de corrélation met en évidence une certaine corrélation entre les deux axes identifiés (.32). L'extraction de deux facteurs est donc discutable.

Sur la base de ce constat, nous avons choisi de procéder à une analyse factorielle avec **extraction d'un facteur unique**.

En effet, d'un point de vue théorique, l'échelle de Rizzo est une échelle construite de façon unidimensionnelle. Nous avons donc contraint le nombre de facteurs à 1 dans cette seconde analyse factorielle. L'extraction d'un seul facteur de l'échelle de mesure du conflit de rôle ne permet d'expliquer que 35% de la variance, ce qui s'avère peu satisfaisant.

**Tableau 25 : Contributions factorielles des items de l'échelle de conflit de rôle avec extraction d'un seul facteur**

	Composante
	1
RC7 «On m'attribue une tâche sans les ressources et le matériel adéquats pour l'exécuter. »	,736
RC2 «On m'attribue une tâche sans le personnel nécessaire pour les réaliser»	,719
RC5 «Je reçois des demandes incompatibles de deux ou plusieurs personnes »	,679
RC1 «Je dois faire des choses qui devraient être faites autrement. »	,657
RC3 « Je dois aller à l'encontre des règles ou des procédures pour accomplir mes tâches. »	,642
RC6 « Je fais des choses susceptibles d'être acceptées par les uns et non acceptées par les autres. »	,445
RC4 « Je travaille avec deux ou plusieurs groupes qui fonctionnent assez différemment. »	,395
RC8 « Je dois travailler sur des choses peu importantes »	,384

Toutefois l'alpha de Cronbach s'avère tout à fait satisfaisant à 0.734, et témoigne ainsi d'une bonne fiabilité de l'échelle, malgré les contributions factorielles relativement faibles des 3 derniers items présentés au Tableau 25. Sur la base de ces résultats nous avons choisi de conserver l'échelle originelle à 8 items, ce qui présente également l'avantage de demeurer comparables aux travaux conduits jusqu'à présent.

### **4.3 Analyse factorielle de premier ordre de l'échelle de mesure de la surcharge de rôle**

La surcharge de rôle se manifeste lorsque « les attentes des émetteurs sont trop nombreuses et excèdent le temps et les ressources disponibles de la personne focale » (Khan et al., 1964). Cette définition dépasse la simple surcharge de travail. Comme nous l'avons déjà indiqué, pour opérationnaliser ce concept, nous avons choisi de mobiliser les items développés par Abdel-Halim (1978) qui contient 4 items. Les communalités s'avèrent satisfaisantes sur les 3 premiers items, elles vont de .65 à .74 tandis que l'item SR4 a une communalité de .07.

Par ailleurs, l'analyse factorielle réalisée met en évidence une très faible contribution factorielle de cet item à .26. Nous décidons donc de l'éliminer. Pour mémoire, cet item correspondait à « *On me donne suffisamment de temps pour faire le travail que l'on attend de moi* ». Après suppression de cet item, nous expliquons, 71% de la variance est expliquée par un facteur.

**Tableau 26 : Contributions factorielles des items de l'échelle de conflit de rôle avec extraction d'un seul facteur**

	Contribution factorielle
SR3 « Je remarque une augmentation notable de ma charge de travail. »	,811
SR2 « Dans mon emploi actuel, la quantité de travail perturbe la qualité de mon travail. »	,865
SR1 « Il me semble que j'ai trop de travail à faire pour une seule personne. »	,848

Les contributions factorielles des trois items restants sont fortes. La fiabilité de l'échelle est bonne avec un Alpha de Cronbach de .79.

#### **4.4 Analyse factorielle de premier ordre de l'échelle de mesure de l'implication organisationnelle**

L'échelle de l'implication organisationnelle retenue dans ce travail de recherche est la version française de l'échelle d'Allen, Meyer & Smith (1996) traduite par Belghiti-Mahut & Briole (2004). Composée de 18 items, elle permet de mesurer les trois dimensions du concept : la dimension affective, la dimension calculée et la dimension affective. Notre connaissance de

cette échelle nous permet donc de prédéterminer à priori le nombre de facteurs composant l'échelle à trois.

**Tableau 27 : Indice KMO et test de Bartlett de l'échelle de l'implication organisationnelle**

Indice KMO et test de Bartlett	
Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.	,847
Khi-deux approximé	1555,657
Test de sphéricité de Bartlett ddl	153
Signification de Bartlett	,000

L'indice KMO est élevé et le test de Bartlett est significatif.

Nous constatons que 3 items présentent des communalités insatisfaisantes. L'item A2 « Je ressens les problèmes de cet établissement comme les miens » est à .356, l'item IA3 « Je me sens membre à part entière de cet établissement » est à .396 et l'item IC1 « Rester dans cet établissement est autant affaire de nécessité que de désir » à .273. Nous décidons donc de les éliminer.

Nous avons fait l'hypothèse de 3 facteurs (implication organisationnelle affective, implication organisationnelle calculée et implication organisationnelle normative). Le critère des valeurs propres indique qu'avec nos données, l'échelle est composée de 4 dimensions. Il permet d'expliquer 60% de la variance.

**Tableau 28 : Variance expliquée par l'échelle d'implication organisationnelle**

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation <sup>a</sup>
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	
1	4,711	31,408	31,408	4,711	31,408	31,408	4,350
2	2,017	13,449	44,857	2,017	13,449	44,857	2,255
3	1,310	8,732	53,589	1,310	8,732	53,589	2,773
4	1,036	6,908	60,497	1,036	6,908	60,497	1,542
5	,804	5,359	65,856				
6	,713	4,754	70,611				
7	,701	4,674	75,284				
8	,614	4,094	79,378				
9	,563	3,754	83,132				
10	,518	3,451	86,583				
11	,507	3,379	89,962				

12	,474	3,157	93,119			
13	,402	2,678	95,798			
14	,323	2,154	97,951			
15	,307	2,049	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. Lorsque les composantes sont corrélées, les sommes des carrés chargés ne peuvent pas être additionnés pour obtenir une variance totale.

**Tableau 29 : Matrice des composantes lors de l'extraction à quatre dimensions de l'échelle d'implication organisationnelle**

	Composante			
	1	2	3	4
IN3*	,738			
IA5	,723			
IA4*	,704			,332
IA6*	,680			
IN6	,677			
IA1	,624			
IN4	,591	-,345		
IC2	,591	,462		
IN5	,574		,508	
IN2	,573		,456	-,317
IN1*	,522			-,381
IC4		,702	-,335	
IC3	,328	,620		,305
IC6		,579	-,366	-,359
IC5		,320	,640	,443

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 4 composantes extraites.

Ces résultats nous incitent à éliminer l'item IN1 «Je ne ressens pas d'obligation morale de rester chez mon employeur actuel » qui présente la contribution factorielle la plus faible, ce qui est souvent le cas des items renversés. Tous les items présents sur le facteur 4 ont des contributions factorielles sur d'autres axes qui sont systématiquement plus élevées. Par ailleurs, il semble difficile de trouver une cohérence théorique à la construction de ce quatrième facteur. A ce stade, nous avons choisi d'éliminer l'item IC5 dont la contribution factorielle était la plus forte dans le quatrième facteur relativement aux autres items présents sur cet axe. Cet item est d'ailleurs présent sur trois des quatre axes, et plus fortement sur le troisième.

Nous avons conduit une seconde analyse factorielle après suppression de ces items avec rotation. Comme attendu d'un point de vue théorique, nous obtenons trois dimensions expliquant 58% de la variance. Cependant, la construction des facteurs est peu lisible (voir Tableau 30). On remarque que la première dimension se compose de l'ensemble des items de l'implication affective et d'une partie des items relatifs à l'implication normative. Le second axe est composé de l'ensemble des items de l'implication calculée tandis que le troisième axe se compose à la fois d'un item de l'implication calculée (IC2) et de deux items de l'implication normative. L'item IC2 présent sur le 3<sup>ème</sup> facteur a cependant une contribution plus forte sur le facteur 2 et on constate qu'il est présent dans des proportions relativement comparables sur les trois axes. Cela nous conduit à éliminer l'item IC2, le seul à être présent sur les trois axes.

**Tableau 30 : Matrice des composantes de l'échelle d'implication organisationnelle lors de la 2<sup>nde</sup> analyse factorielle**

**Matrice de structure**

	Composante		
	1	2	3
IA5	,785		,374
IA4*	,784		
IA6*	,754		
IN3*	,745		,398
IN6	,687		,499
IA1	,666		
IN4	,630		,453
IC4		,746	
IC3		,742	
IC6		,700	
IC2	,449	,637	,450
IN2	,343		,876
IN5	,384		,829

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Promax avec normalisation de Kaiser.

Nos analyses factorielles mettent en évidence une confusion entre la dimension normative et la dimension affective de l'implication organisationnelle. Cette confusion se retrouve à travers la littérature (Belghiti et Mahut, 2004 ; Paillé, 2004).

La dimension normative de l'implication organisationnelle fait souvent l'objet de critique dans la littérature. Tandis que les premières critiques portaient sur les aspects psychométriques du facteur (Morrow, 1993), sa proximité avec la dimension affective de l'implication organisationnelle les ont petit à petit remplacées (Blau, 2001 ; Meyer et Herscovitch, 2001).

Cette absence de lisibilité à trois facteurs, nous a conduit à contraindre l'analyse factorielle à 2 facteurs. En forçant l'analyse factorielle à deux axes, nous obtenons le résultat dans le Tableau 31.

**Tableau 31 : Matrice de structure de l'échelle d'implication organisationnelle lors de la 3ème analyse factorielle**

	Composante	
	1	2
IA5 « Cet établissement a une grande signification pour moi »	,772	
IN3* « Si je quittais cette entreprise maintenant, je n'aurais aucun remords ® »	,734	
IA6* « Je ne ressens pas un fort sentiment d'appartenance à cette entreprise ® »	,731	
IA4* « Je ne me sens pas attaché affectivement à cette entreprise® »	,725	
IN6 « Je dois beaucoup à cette entreprise »	,723	
IN4 « Cette entreprise mérite ma loyauté »	,664	
IA1 « Je serai très heureux de finir ma carrière dans cette entreprise »	,646	
IN5 « Je ne quitterais pas cette entreprise, car je me sens redevable envers les personnes qui y travaillent »	,523	,342
IN2 « Je ne ressens pas le droit de quitter cette entreprise actuellement, même si cela était à mon avantage »	,486	,417
IC4 « Je pense que je n'ai pas assez d'opportunités de rechange pour quitter cette entreprise »		,778
IC6 « Une des rares préoccupations avec mon départ serait le peu d'alternatives possibles »		,744
IC3 « Trop de choses dans ma vie pourraient être perturbées si je décidais de quitter cette entreprise actuellement »		,688

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Promax avec normalisation de Kaiser.

Les résultats de cette analyse font apparaître que l'item IN2 « Je ne ressens pas le droit de quitter cet établissement actuellement, même si cela était à mon avantage » est l'un des deux seuls à contribuer aux deux facteurs et le seul dans des proportions comparables (.42 à .49).

Nous décidons donc d'éliminer cet item et renouvelons dans ces conditions l'analyse factorielle et cette fois-ci sans forcer à deux axes.

Nous expliquons 52% de la variance. En résumé, nous avons été contraint sur cet échelle à éliminer 7 items mais le résultat permet de faire clairement apparaître deux facteurs bien identifiés, l'un représentant la dimension affectivo-normative et l'autre la dimension calculée.

**Tableau 32 : Part de variance expliquée lors de la 4<sup>ème</sup> analyse factorielle de l'implication organisationnelle**

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation <sup>a</sup>
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	
1	3,956	35,965	35,965	3,956	35,965	35,965	3,933
2	1,752	15,925	51,890	1,752	15,925	51,890	1,850
3	,841	7,646	59,536				
4	,812	7,380	66,916				
5	,667	6,063	72,979				
6	,642	5,834	78,814				
7	,573	5,212	84,025				
8	,522	4,742	88,767				
9	,495	4,499	93,266				
10	,411	3,734	97,000				
11	,330	3,000	100,000				

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. Lorsque les composantes sont corrélées, les sommes des carrés chargés ne peuvent pas être additionnées pour obtenir une variance totale.

**Tableau 33 : Matrice de structure de l'échelle de l'implication organisationnelle lors de la 4<sup>ème</sup> analyse factorielle**

	Composante	
	1	2
IA5	,781	
IA4*	,744	
IA6*	,742	
IN3*	,741	
IN6	,721	
IN4	,658	
IA1	,653	
IN5	,490	
IC4		,805
IC6		,756



IC3		.706
-----	--	------

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Promax avec normalisation de Kaiser.

Bien que l'item IN5 « Je ne quitterai pas cet établissement, car je me sens redevable envers les personnes qui y travaillent » ait une contribution factorielle un peu faible, l'Alpha de Cronbach de cet axe est très satisfaisant (.85). Celui de l'axe calculée, qui est de .63, est moins fort mais est acceptable.

## 4.5 Analyse factorielle de premier ordre de l'échelle de mesure la satisfaction globale au travail

Pour mesurer la **satisfaction au travail**, nous avons mobilisé une échelle mesurant la **satisfaction globale au travail composée de 5 items**.

**Tableau 34 : Indice KMO et test de Bartlett de l'échelle de satisfaction globale au travail**

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		,800
	Khi-deux approximé	440,904
Test de sphéricité de Bartlett	ddl	10
	Signification de Bartlett	,000

L'indice KMO est élevé et le test de Bartlett est significatif.

Les communalités de l'ensemble des items sont tout à fait satisfaisantes, de .36 pour l'item JSG4 à .71 pour l'item JSG1. A ce stade, nous pourrions être tenté d'éliminer l'item JSG4 qui a la plus faible communalité mais nous décidons néanmoins de poursuivre nos investigations afin d'examiner les contributions factorielles et l'alpha de Cronbach. Les résultats de l'analyse font apparaître qu'un seul facteur est dégagé et explique 54% de la variance (Tableau 35). Comme nous pouvons le constater dans la matrice des composantes (Tableau 36), les contributions factorielles sont satisfaisantes tout comme l'Alpha de Cronbach

(Tableau 37). Nous avons donc conservé en l'état cette échelle de satisfaction globale au travail.

**Tableau 35 : Variance totale expliquée lors de l'analyse factorielle de l'échelle de satisfaction globale au travail**

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	2,696	53,919	53,919	2,696	53,919	53,919
2	,781	15,617	69,536			
3	,653	13,058	82,594			
4	,548	10,956	93,550			
5	,323	6,450	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

**Tableau 36 : Matrice des composantes<sup>a</sup> lors de l'analyse factorielle de l'échelle de satisfaction globale au travail**

	Composante
	1
JSG1 « Globalement, ma vie professionnelle correspond tout à fait à mes idéaux »	,842
JSG3 « Je suis satisfait(e) de ma vie professionnelle »	,836
JSG5 « Si je pouvais recommencer ma vie professionnelle, je n'y changerais presque rien »	,689
JSG2 « Mes conditions de vie professionnelles ont toujours été excellentes »	,670
JSG4 « Jusqu'à présent, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais dans ma vie professionnelle »	,603

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

**Tableau 37 : Alpha de Cronbach de l'échelle de satisfaction globale au travail**

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,774	5

## 4.6 Analyse factorielle de premier ordre de l'échelle de mesure de l'intention de partir

L'échelle mesurant l'intention de partir, également appelée « intention de quitter », est composée de seulement trois items. L'échelle présente un bon indice KMO et le test de Bartlett est significatif (Tableau 38). Les données sont donc factorisables, l'Analyse en Composantes Principales peut donc débiter.

**Tableau 38 : Indice KMO et test de Bartlett de l'échelle d'intention de partir**

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		,723
	Khi-deux approximé	473,657
Test de sphéricité de Bartlett	ddl	3
	Signification de Bartlett	,000

Les communalités des items sont tout à fait satisfaisante de .55 à .77 ce qui indique une bonne représentativité de ceux-ci. Les 3 variables représentent un facteur unique qui explique 69% de la variance, ce qui est tout à fait satisfaisant.

**Tableau 39 : Variance totale expliquée lors de l'analyse factorielle de l'intention de partir**

Facteur	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	2,373	79,099	79,099	2,074	69,146	69,146
2	,390	13,005	92,104			
3	,237	7,896	100,000			

Méthode d'extraction : Factorisation en axes principaux.

Nous constatons que les contributions factorielles des 3 items sont élevées (>0,7 – voir Tableau 40) tout comme l'alpha de Cronbach qui indique une bonne fiabilité de l'échelle (Tableau 41).

**Tableau 40 : Matrice factorielle<sup>a</sup> lors de l'analyse factorielle de l'intention de partir**

	Facteur
--	---------

	1
IQ3 « Je chercherai probablement un nouveau travail dans l'année qui vient »	,878
IQ1 « Je pense me mettre activement à la recherche d'un nouveau travail dans l'année qui vient »	,868
IQ2 « Je pense souvent à démissionner »	,742

Méthode d'extraction : Factorisation en axes principaux.

a. 1 facteurs extraits. 8 itérations requises.

**Tableau 41 : Alpha de Cronbach de l'échelle d'intention de partir**

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,868	3

## **V. Analyse des modèles à travers les régressions linéaires multiples**

L'analyse de régression est la méthodologie mobilisée dans ce travail de recherche car il s'agit d'une technique fréquemment utilisée par les chercheurs en Gestion des Ressources humaines et qui permet d'analyser l'influence d'une ou plusieurs variables explicatives sur une variable dépendante. Cette méthodologie s'adapte donc bien à nos données. Nous avons pris soin de standardiser nos données en appliquant une transformation en score-z (centré-réduit).

Nous allons procéder aux analyses des six variables dépendantes de nos modèles de recherche sur les trois formes de tensions de rôle. Nous présenterons en premier lieu les analyses réalisées sur les deux dimensions de l'implication organisationnelle identifiées lors des précédentes analyses factorielles ; sur la dimension affectivo-normative d'abord et sur la dimension calculée ensuite. Puis nous étudierons l'influence des trois formes de tensions de

rôle sur l'intention de partir. Nous testerons enfin les relations de nos variables explicatives sur la satisfaction globale au travail avant de présenter les résultats portant sur la durée des absences et sur la fréquence de celles-ci.

## **5.1 L'influence des tensions de rôle sur l'implication affectivo-normative**

Notre revue de littérature nous invitait à attendre un effet différencié et significatif des 3 formes de tensions de rôle sur l'implication organisationnelle affective et normative. Afin de tester nos hypothèses nous avons procédé à des analyses de régression linéaire hiérarchique ascendante.

Nous avons tout d'abord conduit une première série d'analyses hiérarchiques afin de dégager les variables de contrôles à prendre en compte dans nos modèles explicatifs (Tableau 42). Cette démarche n'était sous tendue par aucune hypothèse particulière, nous souhaitions simplement contrôler leur influence dans l'examen des effets potentiels des tensions de rôles. Autrement dit, nous étudions l'effet des tensions de rôle indépendamment de l'influence des variables de contrôle et cette dernière ne sera donc pas discutée. Comme nous l'avons rapporté précédemment lors de la description de l'échantillon, la composition de ce dernier présente des différences importantes de répartition des effectifs sur les variables de contrôle. Les 3 variables pertinentes dégagées par cette première série d'analyse sont l'ancienneté professionnelle, la présence ou non d'un jour de carence, et le secteur d'activité. Nous les intégrerons donc systématiquement dans les modèles suivants, mais afin d'alléger la présentation des résultats, elles ne seront rapportées que dans le Modèle 1. On notera que pour les autres variables dépendantes choisies, le nombre de variables de contrôle pertinentes n'excédant jamais deux, nous les rapporterons de manière constante dans les tableaux de résultats.

L'issue des analyses de régression pas à pas ascendante est présentée dans le Tableau 42. Nous constatons tout d'abord (Modèle 2) que la variable explicative maximisant le  $R^2$  est

le conflit de rôle, devant l'ambiguïté de rôle, puis la surcharge de rôle. L'ajout de l'ambiguïté de rôle tout d'abord (Modèle 3), puis de la surcharge de rôle ensuite (Modèle 4), permet d'augmenter le pouvoir explicatif du modèle (de  $R^2 = .14$  pour le Modèle 2 à  $R^2 = .17$  puis  $R^2 = .20$  pour les Modèles 3 et 4 respectivement). De plus, et bien que cette baisse soit inférieure à 10%, l'insertion de l'ambiguïté de rôle dans l'équation affaiblit le coefficient de régression associé au conflit de rôle qui passe de  $\beta = -.32$  à  $\beta = -.24$  du Modèle 2 au Modèle 3. Ce dernier coefficient apparaît par ailleurs comparable à celui obtenu pour l'ambiguïté de rôle,  $\beta = -.21$ . Enfin, le modèle final révèle que l'ajout de la surcharge de rôle dans l'équation contribue à affaiblir encore le coefficient associé au conflit de rôle (de  $\beta = -.24$  à  $\beta = -.13$  des Modèles 3 à 4) alors qu'il ne modifie pas sensiblement le coefficient associé à l'ambiguïté de rôle (de  $\beta = -.21$  à  $\beta = -.23$  des Modèles 3 à 4). L'influence de l'ambiguïté de rôle et de la surcharge de rôle sont comparables avec des coefficients de  $\beta = -.23$  et  $\beta = -.23$  respectivement. Autrement dit, lorsque les 3 formes de tensions de rôle sont insérées simultanément dans l'équation, les influences significatives de l'ambiguïté de rôle et de la surcharge de rôle s'exercent au détriment de l'influence du conflit de rôle qui est alors associée au plus faible des 3 coefficients observés ( $\beta = -.13$ ) avec une différence de plus de 10%. Une part de l'influence du conflit de rôle est confondue dans celles des deux autres formes de tensions de rôle (Figure 24).

L'enseignement principal du modèle final est que le conflit de rôle est des 3 formes de tensions de rôle celui qui exerce l'influence la plus faible sur la variable dépendante. Il est important pour notre thèse de faire remarquer qu'il est impossible de détecter cette plus faible influence du conflit de rôle lorsque les 3 formes de tensions de rôle ne sont pas insérées simultanément dans l'équation. Sans l'ajout de la surcharge de rôle, nous serions même tentés de conclure (Modèle 3), que les effets respectifs du conflit de rôle et de l'ambiguïté de rôle sont sensiblement équivalents. Ces résultats renforcent la thèse défendue selon laquelle la mesure des 3 formes de tensions de rôle dans une même étude est indispensable à la compréhension précise des phénomènes d'influence exercés et permet de ne pas surestimer l'impact de l'une ou l'autre des formes de tensions de rôles, tout particulièrement celui du conflit de rôle qui demeure le plus étudié dans la littérature. Les résultats obtenus accréditent ainsi notre position.

**Tableau 42 : Résultats des analyses de régressions linéaires hiérarchiques ascendantes de l'ensemble des variables de contrôle sur l'implication affectivo-normative**

	$\beta$	t	df	R <sup>2</sup> ajusté
<b>Modèle 1</b>			295	.037*
Ancienneté professionnelle	.13*	2.20		
Carence	-.18**	-2.91		
Secteur d'activité	.14*	2.27		

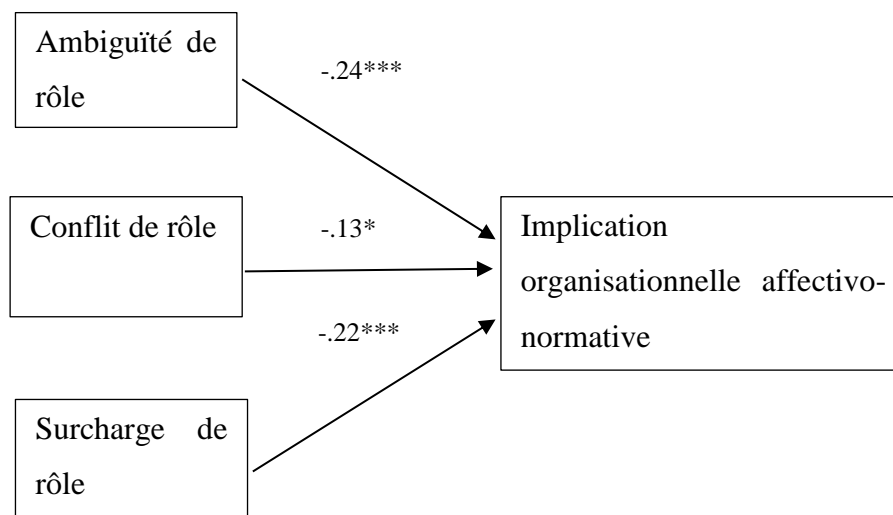
Note : \*p<0.05.\*\*p<0.01.\*\*\*p<0.001.

**Tableau 43: Résultats des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes des trois formes de tensions de rôle sur l'implication affectivo-normative**

	$\beta$	t	df	R <sup>2</sup> ajusté
<b>Modèle 2</b>			294	.14
Conflit de rôle	-.32***	-5.91		
<b>Modèle 3</b>			293	.17
Conflit de rôle	-.24***	-4.23		
Ambiguïté de rôle	-.21***	-3.68		
<b>Modèle 4</b>			292	.20
Conflit de rôle	-.13*	-2.02		
Ambiguïté de rôle	-.24***	-4.10		
Surcharge de rôle	-.22***	-3.56		

Note : \*p<0.05.\*\*p<0.01.\*\*\*p<0.001. Tous les R<sup>2</sup> ajustés sont significatifs à 0.001.

**Figure 24:** Résultats des régressions du Modèle de recherche 1 portant sur les relations entre les trois formes de tensions de rôle et l'implication organisationnelle affectivo-normative



Note : \*p<0.05.\*\*p<0.01.\*\*\*p<0.001.

## 5.2 L'influence des tensions de rôle sur l'implication organisationnelle calculée

La première série d'analyses de régression hiérarchique ascendante conduite avec l'ensemble des variables de contrôle révèle que l'ancienneté professionnelle et l'existence d'un jour de carence sont des variables à considérer à l'étape suivante. La seconde série d'analyse de régression hiérarchique ascendante conduite avec les trois formes de conflits de rôle indique qu'aucune d'entre elles n'exerce une influence significative sur l'implication organisationnelle calculée conformément à notre prédiction. Nous rapportons dans le Tableau 45 les statistiques associées pour ces variables exclues.

**Tableau 44: Résultats des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur l'implication organisationnelle calculée**

	$\beta$	t	df	R <sup>2</sup> ajusté
<b>Modèle 1</b>			297	.08
Ancienneté Profession	-.28***	5.09		
<b>Modèle 2</b>			296	-.13
Ancienneté Profession	.26***	4.77		
Carence	.23***	4.31		

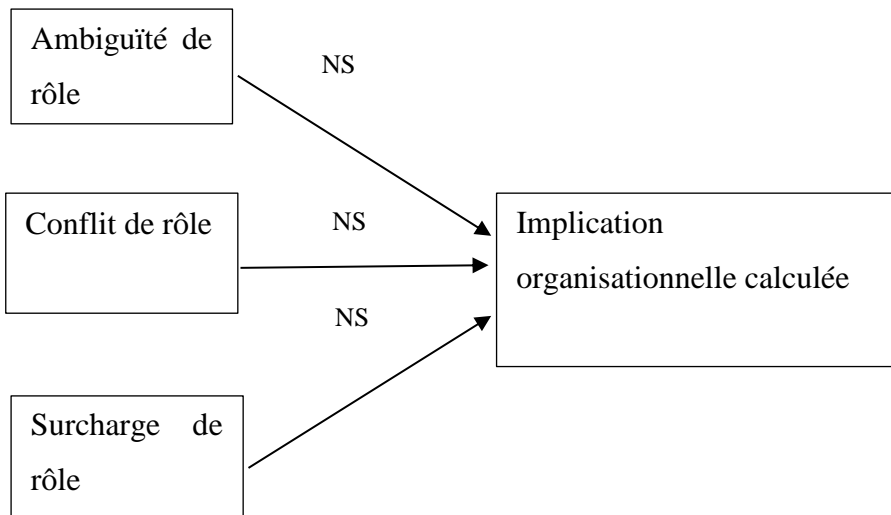
Note : \* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ . \*\*\* $p < 0.001$ . Tous les R<sup>2</sup> ajustés sont significatifs à 0.001.

**Tableau 45 : Report des variables exclues des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur l'implication organisationnelle calculée**

	$\beta$	t	p
Statut	-.1	-1.837	.07
Nombre d'enfants	.046	.84	.4
Secteur d'activité	-.102	-.1722	.09
Ambiguïté de rôle	.091	1.66	.1
Conflit de rôle	.014	.26	.79
Surcharge de rôle	-.023	-.43	.66

**Figure 25:** Résultats des régressions du Modèle de recherche 2 entre les trois formes de tensions de rôle et l'implication organisationnelle calculée





Note : \*p<0.05.\*\*p<0.01.\*\*\*p<0.001.

### 5.3 L'influence des tensions de rôle sur la satisfaction globale au travail

Comme pour la variable dépendante précédente, nous avons procédé à une analyse hiérarchique ascendante sur l'ensemble des variables de contrôle, puis sur les 3 formes de conflits de rôle. Les résultats rapportés dans le Tableau 46 indiquent, tout d'abord, qu'aucune des variables de contrôle mesurées n'a satisfait au critère d'inclusion. Ils révèlent ensuite que la surcharge de rôle a également été exclue. Autrement dit, aucune de nos variables de contrôle ne rend compte d'une part de variance de la satisfaction globale au travail suffisante à son inclusion dans l'équation et il en va de même pour la surcharge de rôle au pas suivant d'analyse. Le conflit de rôle est, quant à lui, un bon prédicteur de la satisfaction globale au travail (Modèle 1) avec un coefficient associé de  $\beta = -.49$  et une part de variance expliquée de 23%. Cette influence est affaiblit ( $\beta = -.39$ ) par l'ajout de l'ambiguïté de rôle dans l'équation (Modèle 2), laquelle est associée à un coefficient de  $\beta = -.26$  pour une variance totale expliquée de plus de 29%. Autrement dit, le modèle final nous apprend que le conflit de rôle demeure le meilleur prédicteur de la satisfaction globale bien qu'il partage une part de variance non négligeable avec l'ambiguïté de rôle.

Pour la démonstration, nous rapportons dans le Tableau 47 les statistiques des variables exclues au moins pour les 3 variables de contrôle principales et la surcharge de rôle.

**Tableau 46: Résultats des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur la satisfaction globale au travail**

	$\beta$	t	df	R <sup>2</sup> ajusté
<b>Modèle 1</b>			297	.23
Conflit de rôle	-.49***	-9.59		
<b>Modèle 2</b>			296	.29
Conflit de rôle	-.39***	-7.42		
Ambiguïté de rôle	-.26***	-4.86		

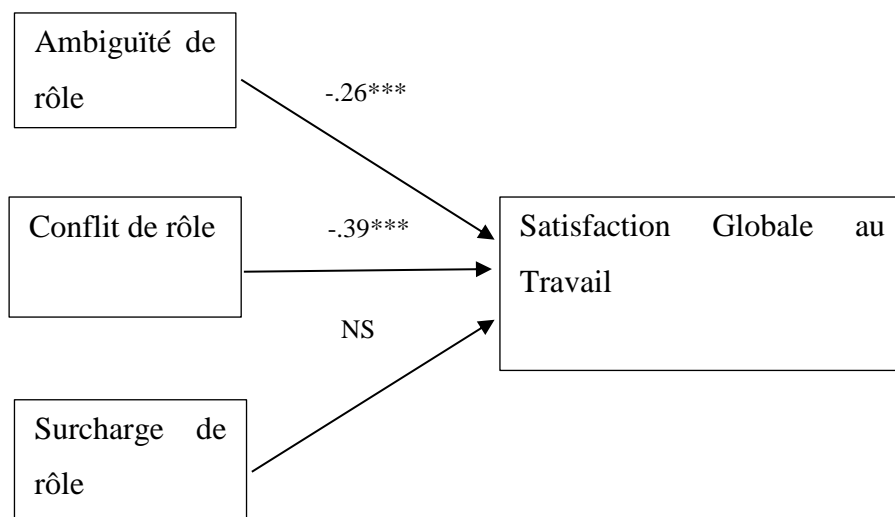
Note : \*p<0.05.\*\*p<0.01.\*\*\*p<0.001. Tous les R<sup>2</sup> ajustés sont significatifs à 0.001.

**Tableau 47: Report des variables exclues des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur la satisfaction globale au travail**

	$\beta$	t	p
Ancienneté professionnelle	-.04	-.77	.44
Carence	-.05	-.93	.35
Secteur d'activité	-.03	-.72	.47
Surcharge de rôle	-.09	-1.69	.09

La lecture de ce dernier tableau nous apprend que si certes la relation entre la surcharge de rôle et la satisfaction globale au travail n'est pas statistiquement significative comme nous en avons fait l'hypothèse, cette relation s'avère néanmoins tendancielle à  $p = .09$ . On remarquera par ailleurs que le signe du coefficient associé ( $\beta = -.09$ ) est négatif, et que cette relation tendancielle s'exprime donc bien dans le sens de notre hypothèse. Nous avons en effet émis l'hypothèse d'une relation négative entre la surcharge de rôle et la satisfaction globale au travail.

**Figure 26** : Résultats des régressions du Modèle de recherche 3 sur les relations entre les trois formes de tensions de rôle et la satisfaction globale au travail



Note : \* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ . \*\*\* $p < 0.001$ .

## 5.4 L'influence des tensions de rôle sur l'intention de partir

La première étape d'analyse de régression hiérarchique ascendante conduites avec l'ensemble des variables de contrôles révèle (Modèle 1) que seule l'ancienneté de service est pertinente sur l'intention de partir. La seconde étape indique (Modèle 2) que la variable explicative maximisant le  $R^2$  est le conflit de rôle, devant la surcharge de rôle (Modèle 3), puis l'ambiguïté de rôle (Modèle 4). La part de variance expliquée passe de 2% à 22% du modèle calculé avec uniquement les variables de contrôle au modèle final incluant les 3 formes de tensions de rôle. Nous constatons que l'influence du conflit de rôle est affaiblit par l'insertion de la surcharge de rôle (Modèle 3) et l'insertion simultanée de celle-ci et de l'ambiguïté de rôle (Modèle 4), indiquant une part d'influence partagée. Le coefficient associé au conflit de rôle diminue des modèles 2 à 3, de  $\beta = .39$  à  $\beta = .30$ , pour atteindre  $\beta = .23$  pour le Modèle 4. Le coefficient associé à la surcharge de rôle n'est, quant à lui, guère modifié par l'insertion de l'ambiguïté de rôle dans l'équation ( $\beta = .18$  dans le Modèle 3 et  $\beta = .20$  dans le Modèle 4). Nous pouvons retenir de ces résultats que le conflit de rôle est le meilleur prédicteur de l'intention de quitter l'établissement, mais que son influence se trouve redimensionnée à la baisse par l'insertion des 2 autres formes de tensions de rôle. Le modèle final nous enseigne

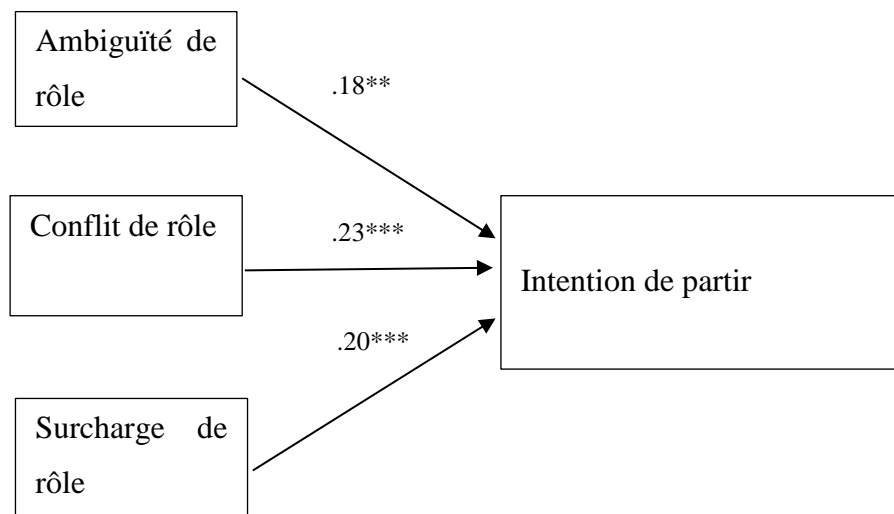
qu'une fois contrôlée l'effet confondu sur la variable dépendante entre les différentes formes de tension de rôle, leur influence spécifique demeure significative. Autrement dit, chacune de ces 3 formes de tensions de rôle est responsable indépendamment d'une part spécifique de l'intention de quitter l'établissement. Les résultats obtenus sur cette variable dépendante confortent une nouvelle fois la position défendue dans notre thèse.

**Tableau 48: Résultats des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur l'intention de partir**

	$\beta$	t	df	R <sup>2</sup> ajusté
<b>Modèle 1</b>			295	.02**
Ancienneté Service	-.61*	-2.8		
<b>Modèle 2</b>			294	.17***
Ancienneté Service	-.15**	-2.74		
Conflit de rôle	.39***	7.42		
<b>Modèle 3</b>			293	.20**
Ancienneté Service	-.15**	-2.88		
Conflit de rôle	.30***	5.05		
Surcharge de rôle	.18**	2.94		
<b>Modèle 4</b>			292	.22**
Ancienneté Service	-.16**	-3.03		
Conflit de rôle	.23***	3.65		
Surcharge de rôle	.20***	3.30		
Ambiguïté de rôle	.18**	3.17		

Note : \*p<0.05.\*\*p<0.01.\*\*\*p<0.001.

**Figure 27 : Résultats des régressions du modèle de recherche 4 sur les relations entre les trois formes de tensions de rôle et l'intention de partir**



Note : \*p<0.05.\*\*p<0.01.\*\*\*p<0.001.

## **5.5 L'influence des tensions de rôle sur l'absentéisme**

Rappelons que, la littérature ne met pas en évidence de lien direct entre les tensions de rôle et l'absentéisme, à l'exception de quelques travaux révélant un lien direct très faible avec le conflit de rôle (Jackson et Schuler, 1985).

Nous allons tester cette absence de lien direct des 3 formes de tensions de rôle d'abord sur le nombre de jours d'arrêt et ensuite sur la fréquence de ces arrêts. Nous avons une mesure auto-rapportée par les personnels infirmiers de ces deux informations ainsi qu'une mesure renseignée par le supérieur hiérarchique des personnels en question. Les analyses ont d'abord été conduites à partir des informations délivrées par les personnels infirmiers puis ensuite à partir de celles complétées par leur cadre de proximité et les résultats ont été comparés. Afin de simplifier notre présentation, nous exposerons les analyses conduites sur les mesures auto-rapportées tout en discutant des différences de résultats éventuels avec ceux obtenus sur les mesures non auto-rapportées.

### ***5.5.1 Durée des absences ou nombre de jours d'arrêts***

Le premier pas d'analyses de régressions hiérarchiques ascendantes conduit avec l'ensemble des variables de contrôle révèle que le nombre d'enfants est la variable de contrôle pertinente à prendre en compte sur la durée de l'absentéisme (Modèle 1, Tableau 50). Le second pas conduit avec les 3 formes de tensions de rôles nous révèle que seule l'ambiguïté de rôle se dégage significativement des analyses (Modèle 2). Les statistiques des variables exclues nous apprennent que l'effet des 2 autres formes de tensions de rôle n'est pas même tendanciel, mais s'avère totalement inexistant. Il convient par ailleurs de fortement relativiser l'importance du lien significatif observé entre l'ambiguïté de rôle et la durée des absences, car le pouvoir explicatif du modèle final (Modèle 2) demeure très faible, ne dépassant pas 3% de la variance. Il n'est donc guère à considérer.

Soulignons que les mêmes analyses conduites sur la mesure de la durée des absences rapportée par le supérieur hiérarchique direct nous confortent en ce sens car elles ne font apparaître, quant à elles, aucune influence significative des 3 formes de tensions de rôle.

L'effet de l'ambiguïté de rôle sur la durée des absences n'est plus cette fois que tendanciel ( $p = .06$ ).

**Tableau 49: Résultats des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur la durée des absences déclarées par IDE**

	$\beta$	t	df	R <sup>2</sup> ajusté
<b>Modèle 1</b>			289	.018*
Nombre d'enfants	.15*	2.54		
<b>Modèle 2</b>			288	.032*
Nombre d'enfants	.14*	2.45		
Ambiguïté de rôle	.13*	2.22		

Note : \* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ . \*\*\* $p < 0.001$ .

### **5.5.2 Fréquence des absences**

La première étape d'analyse de régression hiérarchique ascendante conduites avec l'ensemble des variables de contrôles révèle (Modèle 1, Tableau 51) que seule l'existence d'un jour de carence est pertinente sur la fréquence des arrêts. L'absence de jour de carence augmenterait la fréquence des arrêts avec un coefficient associé de  $\beta = .15$  et moins de 2% de variance expliquée. La seconde série d'analyse de régression hiérarchique ascendante conduite avec les 3 formes de conflits de rôle révèlent qu'aucune d'entre elles n'exerce une influence significative sur la fréquence des absences. Pour la démonstration, les statistiques des variables exclues pour les 3 formes de conflits de rôle sont rapportées dans le Tableau 52. Ce dernier nous révèle néanmoins qu'il existe une influence tendancielle du conflit de rôle ( $p = .10$ ). Sont également rapportées les statistiques relatives aux deux principales variables de contrôle ainsi que celles liées au nombre d'enfants à charge. Le nombre d'enfants à charge était une variable précédemment pertinente sur la durée des absences, mais ne l'est plus s'agissant de la fréquence de celles-ci ( $p = .24$ ).

Des résultats analogues sont obtenus lorsque les analyses sont conduites non plus sur les mesures auto-rapportées par les personnels infirmiers, mais sur celles rapportées par leur supérieur hiérarchique direct. Seule l'absence de jour de carence s'avère prédictive de la

fréquence des absences avec un coefficient associé de  $\beta = .12$  et moins de 2% de variance expliquée.

**Tableau 50 : Résultats des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur la fréquence des absences déclarée par les IDE**

	$\beta$	t	df	R <sup>2</sup> ajusté
<b>Modèle 1</b>			294	.018*
Carence	.15*	2.56		

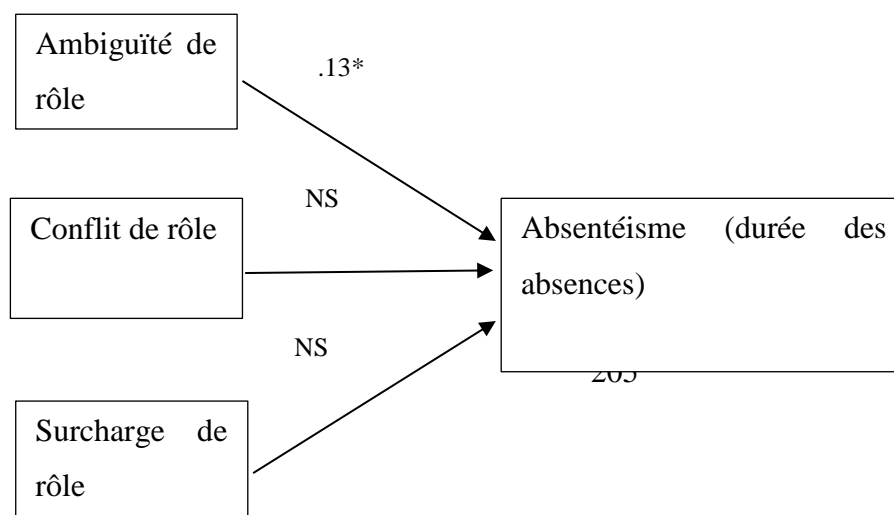
Note : \* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ . \*\*\* $p < 0.001$ .

**Tableau 51: Report des variables exclues des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur la fréquence des absences déclarée par IDE**

	$\beta$	t	p
Nombre d'enfants	.07	1.19	.24
Secteur d'activité	.04	.68	.49
Ancienneté Profession	-.11	-1.91	.06
Ambiguïté de rôle	.07	1.13	.26
Conflit de rôle	.10	1.67	.10
Surcharge de rôle	-.06	-1.07	.28

Ce premier ensemble de résultats sur nos deux indicateurs de l'absentéisme (durée et fréquence des arrêts) s'avère décevant car la part de variance expliquée, qui est généralement considérée comme négligeable en dessous de 5%, ne dépasse pas 2 à 3%.

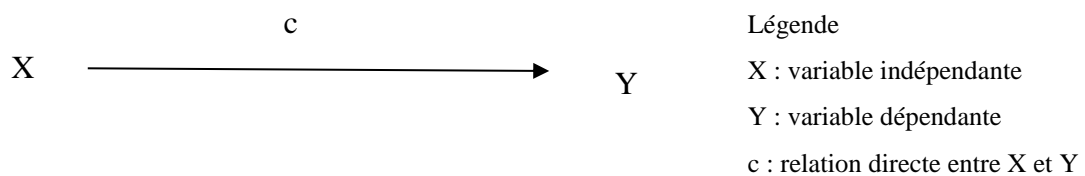
**Figure 28 : Résultats des régressions du Modèle de recherche 5 sur les relations entre les trois formes de tensions de rôle et l'absentéisme**



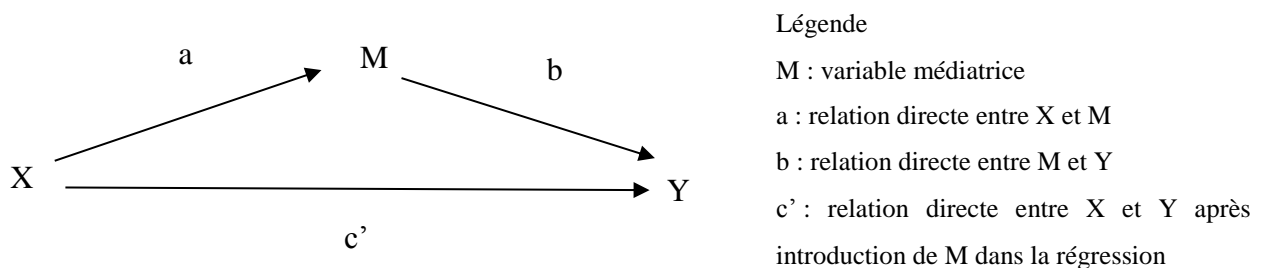
Dans notre partie théorique, nous avons fait l'hypothèse que l'influence de l'ambiguïté de rôle sur l'absentéisme puisse être expliquée par une troisième variable médiatrice. Nous avons repéré deux candidats potentiels; l'implication affectivo-normative et la satisfaction globale au travail.

Nous avons alors conduits une série d'analyse de régression afin de procéder à ces deux tests de médiation en suivant les 4 étapes recommandées par Baron & Kenny (1986) que nous résumons par les figures 29 et 30.

**Figure 29: 1<sup>ère</sup> étape d'analyse d'une relation médiatrice**



**Figure 30: étapes suivantes d'analyse d'une relation médiatrice**



Source : Emprunté au site Internet de David Kenny (<http://davidakenny.net/cm/mediate.htm>)

La première étape correspond à la relation c. Elle est commune à nos deux tests de médiation, puisque tout deux portent sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme.

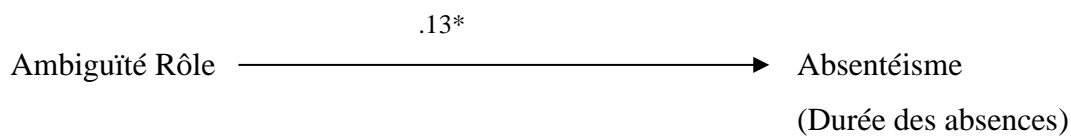
Nos analyses de régression ascendantes conduites précédemment, nous avaient appris que l'ambiguïté de rôle était la seule des 3 formes de tensions de rôle exerçant un effet significatif, bien que de petite taille, sur au moins une de nos deux mesures de l'absentéisme, à savoir la



durée des absences. Nous avons donc orienté nos tests de médiation sur cette mesure de l'absentéisme<sup>50</sup>.

Pour répondre à la première étape, nous avons conduit une nouvelle analyse de régression où cette fois l'ambiguïté de rôle était isolée des 2 autres formes de tensions de rôles et intégrée seule dans l'équation avec la variable de contrôle identifiée précédemment comme pertinente sur la durée des absences, à savoir le nombre d'enfants à charge. Cette variable de contrôle sera systématiquement intégrée dans nos analyses lorsque la durée des absences est utilisée en variable dépendante. L'issue de cette première étape est exposée dans la Figure 31.

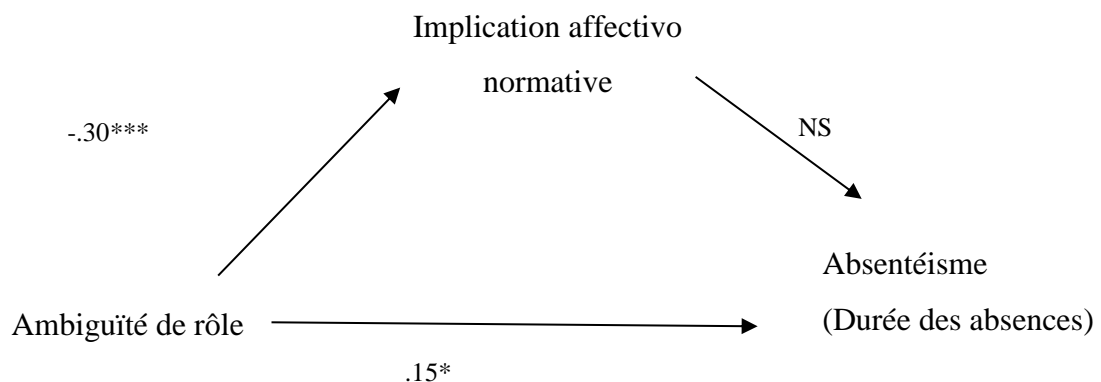
**Figure 31: Résultat de la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme**



Note : \* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ . \*\*\* $p < 0.001$

La seconde étape (relation a) permettant de tester le lien entre l'ambiguïté de rôle et le médiateur potentiel est présentée pour l'implication affectivo-normative et la satisfaction globale respectivement dans les Figures 32 et 33.

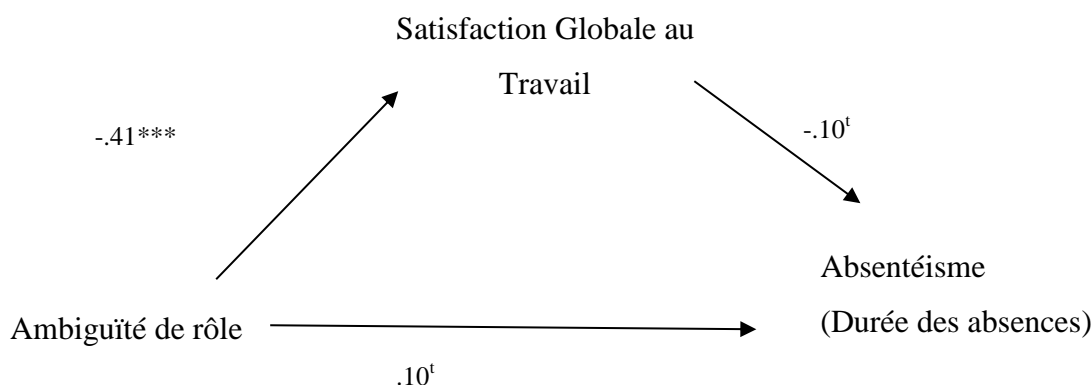
**Figure 32: Résultats de l'effet médiateur de l'implication organisationnelle affectivo-normative sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme**



Note : \* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ . \*\*\* $p < 0.001$ . NS =  $p = .516$

**Figure 33: Résultats de l'effet médiateur de la satisfaction globale au travail sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme**

<sup>50</sup> Dans un débat récent sur l'analyse de médiation (Hayes, 2013), il est fait l'hypothèse que l'étape 1 ne serait pas une condition nécessaire. Autrement dit, qu'une médiation pourrait exister en dehors de l'existence d'un lien direct. Sur cette base, nous avons conduit les deux tests de médiation présentés ici également sur la fréquence des absences et nos conclusions demeurent strictement inchangées.



Note : \*p<0.05. \*\*p<0.01. \*\*\*p<0.001. †p<0.12

Pour l'implication affectivo-normative, notre analyse de régression intégrait outre l'ambiguïté de rôle, les 3 variables de contrôle précédemment identifiées comme pertinentes (à savoir, l'existence d'un jour de carence, l'ancienneté professionnelle et le secteur d'activité).

Pour la satisfaction globale au travail, l'analyse de régression correspondante à l'étape 2 du présent test de médiation intégrait uniquement l'ambiguïté de rôle sans ajout de variables de contrôles, les analyses de régression hiérarchiques ascendantes conduites dans la section précédente de nos résultats ayant révélées qu'aucune d'entre elles ne s'avérait pertinente sur cette variable dépendante.

L'issue de la troisième étape (relation b) permettant de tester le lien entre le médiateur et l'absentéisme tout en contrôlant l'ambiguïté de rôle dans l'équation est rapportée également dans les Figures 32 et 33.

Enfin, la quatrième et dernière étape (relation c') figure, elle aussi, sur les Figures 32 et 33 et représente la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme lorsque le médiateur est intégré dans l'équation.

L'analyse de régression ayant servie aux étapes 3 et 4 est rapportée dans le Tableau 53 pour l'implication affectivo-normative et le Tableau 54 pour la satisfaction globale au travail.

**Tableau 52: Résultats des régressions sur l'effet médiateur de l'implication organisationnelle affectivo-normative sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme**

	$\beta$	t	df	R <sup>2</sup> ajusté	P value
<b>Modèle 1</b>			301	.03**	
Nombre d'enfants	.14	2.491			.013

Ambiguïté de rôle	.15	2.434	.016
Implication affectivo-normative	.04	.039	.516

Note : \*p<0.05.\*\*p<0.01.\*\*\*p<0.001

**Tableau 53: Résultats des régressions sur l'effet médiateur de la satisfaction globale au travail sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme**

	$\beta$	t	df	R <sup>2</sup> ajusté	P value
<b>Modèle 1</b>			301	.04**	
Nombre d'enfants	.14	2.439			.015
Ambiguïté de rôle	.10	1.584			.114
Satisfaction globale au travail	-.10	.039			.111

Note : \*p<0.05.\*\*p<0.01.\*\*\*p<0.001

Nos tests de médiation font clairement apparaître que ni l'implication affectivo-normative, ni la satisfaction globale au travail ne sont des médiateurs de la relation observée entre l'ambiguïté de rôle et la durée des absences.

S'agissant de l'implication affectivo-normative, nous constatons que son insertion dans l'équation ne modifie pas sensiblement la relation observée entre l'ambiguïté de rôle et la durée des absences. L'implication affectivo-normative s'avère par ailleurs un très mauvais prédicteur de la durée des absences. Une analyse complémentaire fait apparaître que l'élimination de l'ambiguïté de rôle dans l'équation ne modifie pas cette absence d'effet de l'implication affectivo-normative.

L'insertion de la satisfaction globale au travail dans la relation entre l'ambiguïté de rôle et la durée des absences fait bien disparaître l'influence de l'ambiguïté de rôle sur cette dernière, comme nous pourrions nous y attendre dans le cas d'une médiation, mais pour autant la satisfaction globale au travail ne permet pas de prédire significativement l'absentéisme. Dans une analyse complémentaire, nous avons examiné l'influence de la satisfaction globale au travail sur la durée des absences avec la variable de contrôle précédemment identifiée (présence d'enfant à charge), mais sans tenir compte de l'ambiguïté de rôle dans l'équation, un coefficient négatif et significatif était obtenu ( $\beta = -.13$ ,  $p = .02$ ) accentuant ainsi l'hypothèse d'une influence confondue de la satisfaction globale au travail et de l'ambiguïté de rôle sur la

durée des absences. Rappelons que la corrélation existante entre ces deux prédicteurs est de  $r = -.41, p = .01$ .

En résumé, nous retiendrons que nos hypothèses de l'existence d'une médiation de la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme par la satisfaction globale au travail ou l'implication affectivo-normative ne sont pas validées. Nos modèles explicatifs sur cette variable dépendante sont très décevants et ne dépassent pas 4% de la variance. C'était déjà la conclusion à laquelle nous parvenions dans les analyses de régression hiérarchiques ascendantes conduites antérieurement. À titre de comparaison, nos modèles explicatifs rendaient compte de plus de 20% de variance de l'intention de partir. Plusieurs explications pourraient être avancées, mais le faible taux d'absentéisme dans un échantillon qui est déjà lui-même de taille modeste est une première limite non négligeable. Ce constat nous a incité, à ce stade, à nous inscrire dans une démarche d'exploration de nos données. Aussi, avons-nous choisi de reconduire les deux tests de médiation initiés sur l'absentéisme en les appliquant à l'intention de partir.

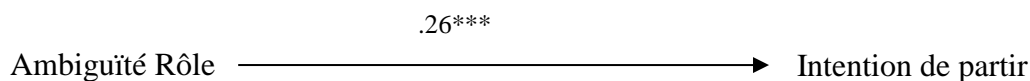
Comme présenté dans la Figure 34, nous avons d'abord testé la relation directe entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de partir, en prenant soin d'insérer dans l'équation l'ancienneté dans le service. Rappelons que cette dernière avait été identifiée, dans nos analyses de régression hiérarchiques ascendantes, comme la variable de contrôle pertinente sur l'intention de partir. Elle a donc été systématiquement insérée lorsque l'intention de partir était utilisée en variable dépendante comme ce sera le cas pour les étapes 3 et 4 des tests de médiation rapportés ci-après (Figure 35 et 36). Sans surprise, l'issue de l'étape 1 révèle l'existence d'un lien positif direct entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de partir. L'étape 2, quant à elle, indique que l'ambiguïté de rôle est un bon prédicteur de l'implication affectivo-normative ou de la satisfaction globale au travail. Plus l'ambiguïté de rôle augmente et plus l'implication affectivo-normative diminue (voir figure 35). De même, plus l'ambiguïté de rôle augmente et plus la satisfaction globale au travail diminue (voir figure 36). S'agissant des étapes 3 et 4, l'analyse de régression correspondante est rapportée dans le Tableau 55 pour l'implication affectivo-normative et le Tableau 56 pour la satisfaction globale au travail.

Une relation négative entre l'implication affectivo-normative et l'intention de partir est mise en évidence à l'étape 3 tandis que l'étape suivante nous montre que le lien direct entre

l'ambiguïté de rôle et l'intention de partir est affaiblie par l'insertion de l'implication affectivo-normative dans l'équation. En effet, le coefficient associé diminue de  $\beta = .26$  à  $\beta = .17$ , mais demeure néanmoins significatif. Autrement dit, l'implication affectivo-normative est un médiateur partiel de la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de partir.

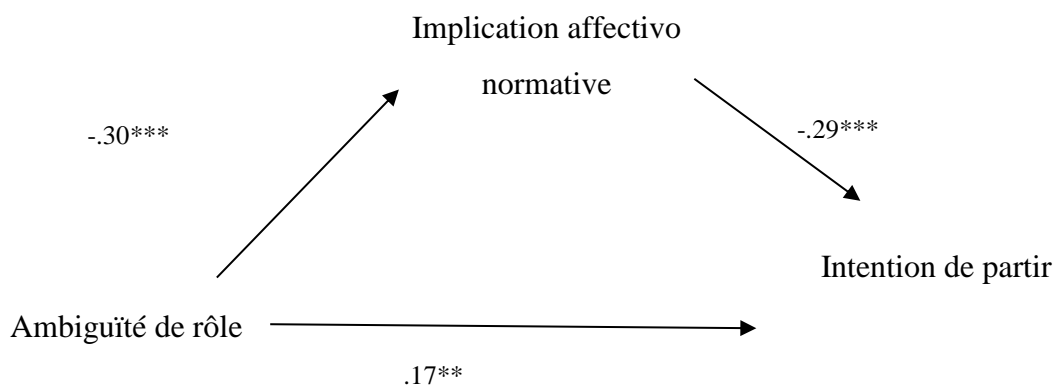
L'étape 3, conduite cette fois dans le cadre du test de médiation de la satisfaction globale au travail, fait apparaître que plus cette dernière augmente et plus l'intention de partir diminue. L'étape 4 révèle que l'insertion de la satisfaction globale dans l'équation fait disparaître le lien direct entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de partir, ce lien n'atteignant plus dès lors le seuil de significativité. Autrement dit, la satisfaction globale au travail permettrait une médiation totale. Afin de nous en assurer, nous avons conduit le test de Sobel<sup>51</sup>. Ce dernier nous apprend ( $z = 5.96$ ,  $p < .001$ ) que la différence observée en valeur absolue (le coefficient associé entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de départ diminuant de  $\beta = .26$  à de  $\beta = .08$  après l'insertion du médiateur) est bien différente de zéro, nous avons donc ici une médiation totale.

**Figure 34** Résultat de la régression linéaire hiérarchique ascendante entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de partir



Note : \* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ . \*\*\* $p < 0.001$

**Figure 35** : Résultats de l'effet médiateur de l'implication organisationnelle affectivo-normative sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de partir



<sup>51</sup> Nous avons procédé au test de Sobel à partir des coefficients de régression et des termes d'erreurs de notre analyse en utilisant directement la plateforme interactive disponible sur le site de Preacher à l'adresse suivante: <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>

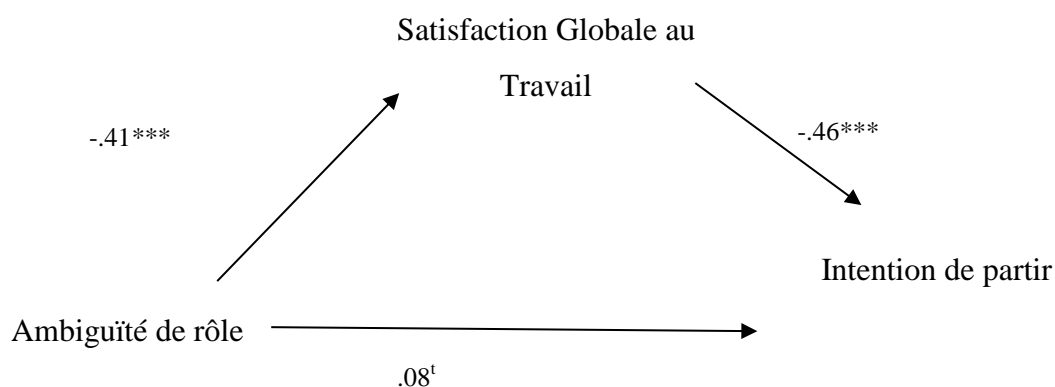
Note : \*p<0.05. \*\*p<0.01. \*\*\*p<0.001

**Tableau 54 : Résultats des régressions sur l'effet médiateur de l'implication organisationnelle affectivo-normative sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de partir**

	$\beta$	t	df	R <sup>2</sup> ajusté	P value
<b>Modèle 1</b>			312	.16***	
Ancienneté Service	-.14	-2.761			.006
Ambiguïté de rôle	.17	3.080			.002
Implication affectivo-normative	-.29	-5.282			.000

Note : \*p<0.05. \*\*p<0.01. \*\*\*p<0.001

**Figure 36 : Résultats de l'effet médiateur de la satisfaction au travail sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de partir**



Note : \*p<0.05. \*\*p<0.01. \*\*\*p<0.001. †p<0.12

**Tableau 55 : Résultats des régressions sur l'effet médiateur de la satisfaction au travail sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de partir**

	$\beta$	t	df	R <sup>2</sup> ajusté	P value
<b>Modèle 1</b>			312	.27***	
Ancienneté Service	-.14	-2.995			.003
Ambiguïté de rôle	.08	1.558			.12

Satisfaction globale au travail      -0.46      -8.817      .000

Note : \*p<0.05. \*\*p<0.01. \*\*\*p<0.001

En conclusion, retenons que nos analyses révèlent l'existence d'une médiation partielle par l'implication affectivo-normative et une médiation totale par la satisfaction globale au travail avec un pouvoir explicatif respectivement de 16% dans le premier cas et 27% dans le second.

## VI. Synthèse des résultats

Afin de faciliter la lecture de nos résultats, les résultats des hypothèses formulées précédemment sont synthétisés dans le Tableau 57.

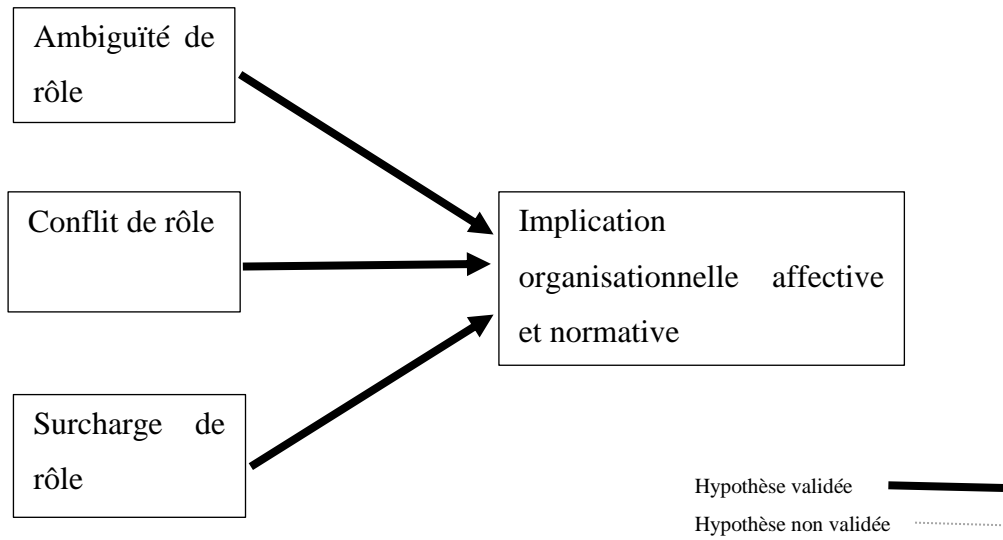
Tableau 56 : Résultats des hypothèses formulées

Hypothèses	Résultats
<b>Hypothèses 1 relatives à l'ambiguïté de rôle</b>	
a : L'ambiguïté de rôle influence négativement les dimensions normative et affective de l'implication au travail des infirmières.	<b>H1a : validée pour une dimension unique affectivo-normative</b>
b : L'ambiguïté de rôle influence positivement la dimension calculée de l'implication organisationnelle des infirmières.	<b>H1b : non validé. Relation non significative.</b>
c : L'ambiguïté de rôle influence négativement la satisfaction globale au travail des infirmières.	<b>H1c : validée</b>
d : L'ambiguïté de rôle influence positivement l'intention de partir des infirmières.	<b>H1d : validée</b>
e : L'ambiguïté de rôle influence positivement l'absentéisme des infirmières.	<b>H1e : validée pour la durée des absences</b>
f : La satisfaction globale au travail médiatise la relation entre l'ambiguïté de rôle et	<b>H1f : non validée</b>

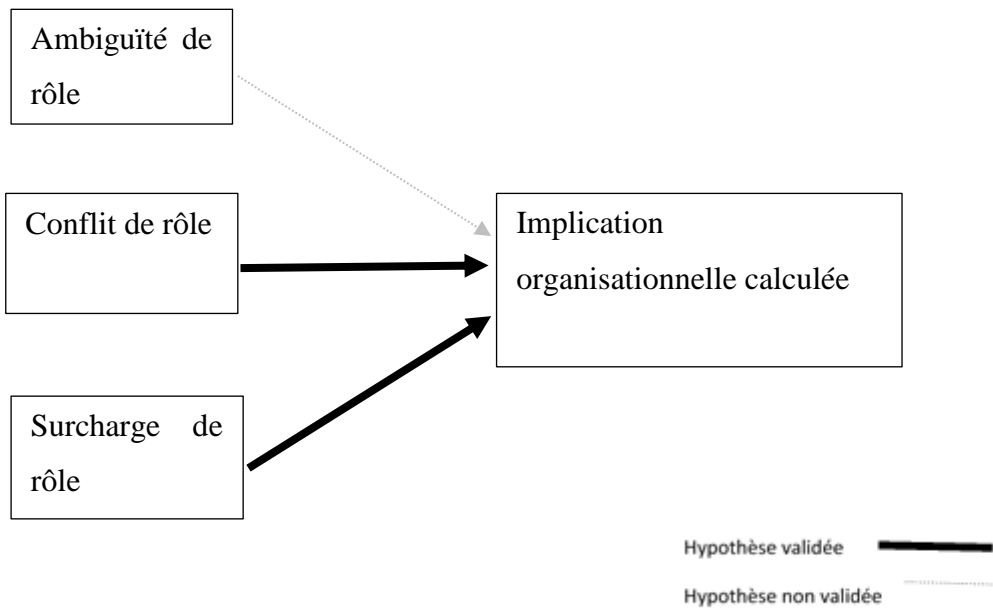
l'absentéisme des infirmières.	
g : L'implication organisationnelle affective et normative médient la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme des infirmières.	<b>H1g : non validée</b>
<b>Hypothèses 2 relatives aux conflits de rôles</b>	
a : Les conflits de rôles influencent négativement les dimensions affective et normative de l'implication organisationnelle des infirmières.	<b>H2a : validée pour une dimension unique affectivo-normative</b>
b : Les conflits de rôles influencent négativement la satisfaction globale au travail des infirmières.	<b>H2b : validée</b>
c : Le conflit de rôle influence positivement l'absentéisme des infirmières.	<b>H3b : non validée. Non significatif.</b>
d : Le conflit de rôle influence positivement l'intention de partir des infirmières.	<b>H2d : validée</b>
<b>Hypothèses 3 relatives à la surcharge de rôle</b>	
a : La surcharge de rôle influence négativement l'implication organisationnelle affective et normative des infirmières.	<b>H3a : validée pour une dimension unique affectivo-normative</b>
b : La surcharge de rôle influence négativement la satisfaction globale au travail.	<b>H3b : non validée. Relation non significative.</b>
c : La surcharge de rôle influence positivement l'intention de partir des infirmières.	<b>H3c : validée.</b>



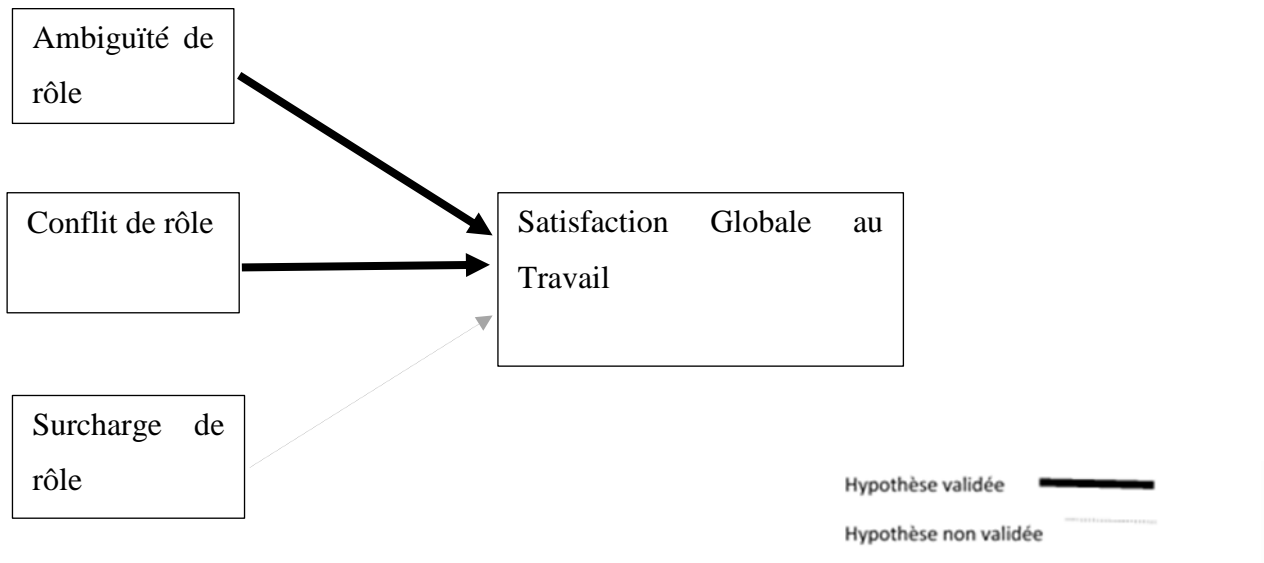
**Figure 37** : Modèle 1 synthèse des résultats. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur les dimensions affective et normative de l'implication organisationnelle



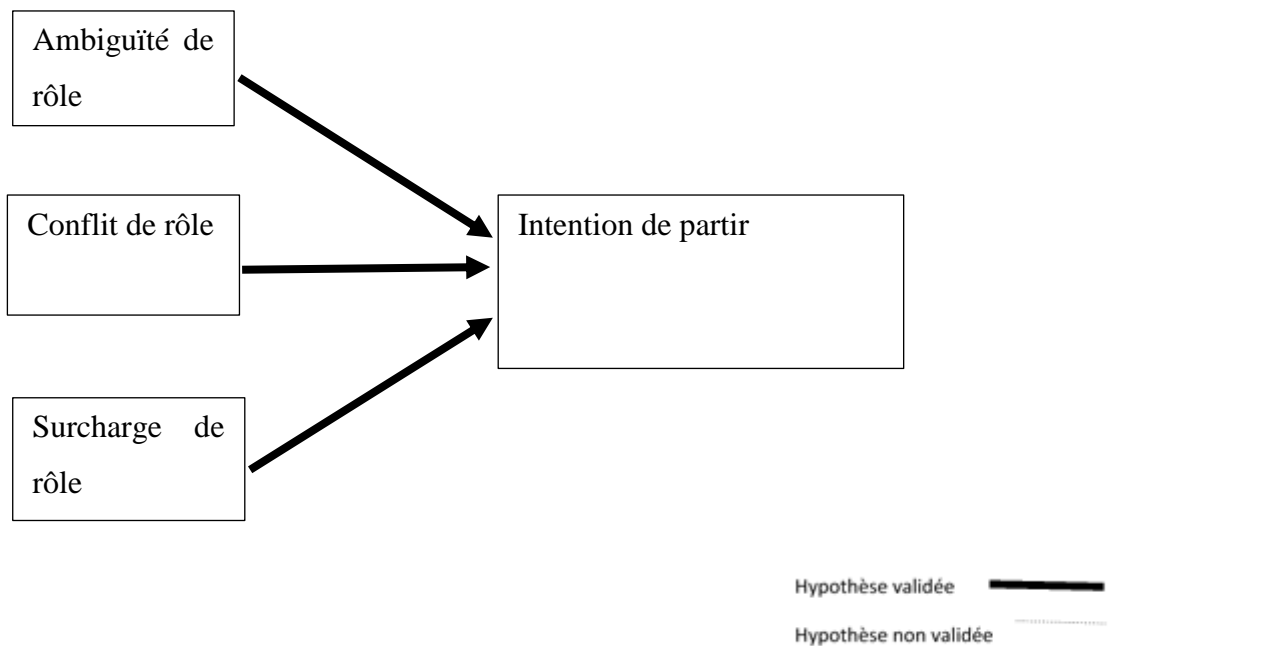
**Figure 38** : Modèle 2 synthèse des résultats. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur l'implication organisationnelle calculée



**Figure 39** : Modèle 3 synthèse des résultats. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur la satisfaction globale au travail



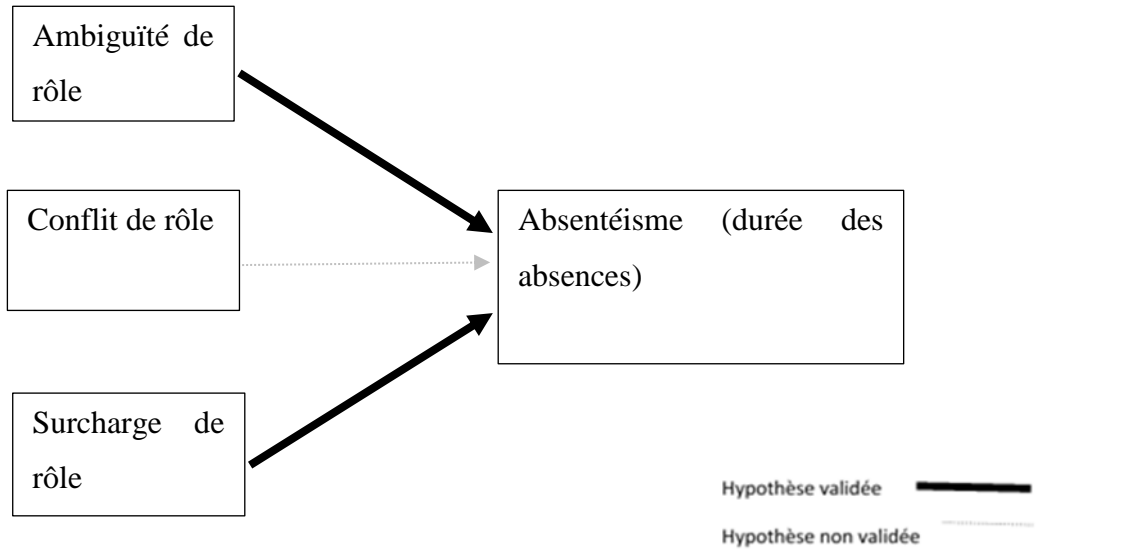
**Figure 40** : Modèle 4 synthèse des résultats. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur l'intention de partir



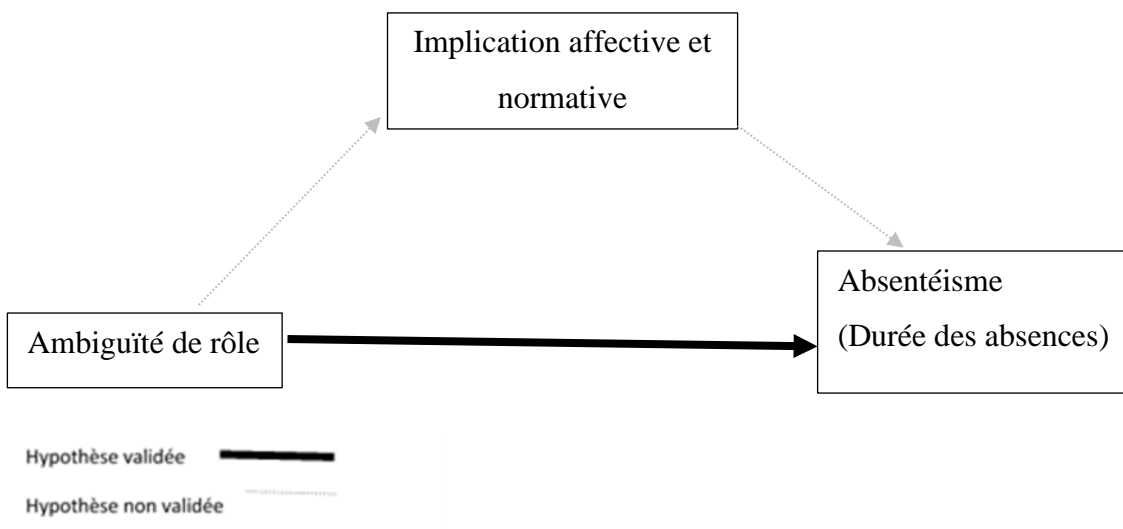
Pour les Figures 3 et 3, les relations dont nous avons fait l'hypothèse ne sont pas statistiquement significatives, mais s'avèrent néanmoins tendancielle et s'expriment bien dans le sens attendu (à savoir une relation positive de l'ambiguïté de rôle sur l'implication

organisationnelle calculée et une relation négative de la surcharge de rôle sur la satisfaction globale).

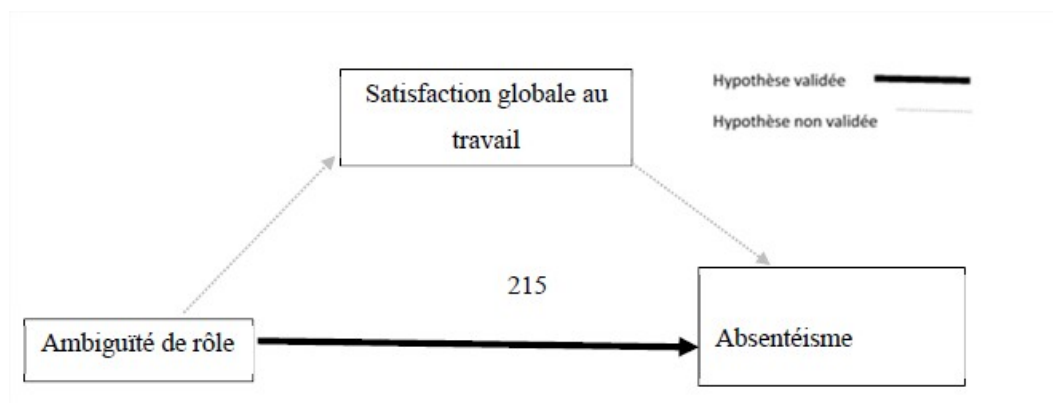
**Figure 41** : Modèle 5 synthèse des résultats. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur l'absentéisme (durée des absences)



**Figure 42**: Modèle 5a synthèse des résultats. L'effet médiateur de l'implication organisationnelle affectivo-normative sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme (durée des absences)



**Figure 43** : Modèle 5b synthèse des résultats. L'effet médiateur de la satisfaction globale au travail sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme (durée des absences)



# **CHAPITRE 5 : Discussion et apports de la thèse**

## **I. Discussion des résultats**

### **1.1 Résultats du modèle 1 relatif aux relations entre les trois formes de tensions de rôle et les dimensions affective et normative de l'implication organisationnelle**

La littérature nous a permis de faire l'hypothèse d'effets négatifs des trois formes de tensions de rôle sur la dimension affective et normative de l'implication organisationnelle. Un effet plus fort de l'ambiguïté de rôle pouvait être attendu (Örtqvist et Wincent, 2006) par rapport aux conflits de rôle. Cette supériorité s'est en effet retrouvée dans nos résultats. Ainsi, l'ambiguïté de rôle a un effet négatif plus fort que les conflits de rôle sur la dimension affectivo-normative de l'implication organisationnelle du personnel infirmier. Dans la littérature, la surcharge de rôle est une forme de tensions de rôle généralement analysée à part. Ainsi, notre partie théorique ne nous permettait pas d'attendre un effet plus fort ou plus faible que les autres formes de tensions de rôle. Nos résultats montrent un effet équivalent ( $\beta = -.23$ ) de la surcharge de rôle et de l'ambiguïté de rôle sur l'implication organisationnelle affective et normative des infirmières.

Autrement dit, nos données révèlent que la supériorité de l'ambiguïté de rôle souvent mise avant dans la littérature est à relativiser dès lors que la surcharge de rôle est prise en compte. Cette dernière s'avère en effet tout aussi importante dans l'explication de l'implication affectivo-normative que ne l'est l'ambiguïté de rôle.

Notre étude exploratoire n'avait pas permis de déceler d'ambiguïté de rôle au cours des entretiens tandis que la surcharge de rôle, elle, semblait être présente. Ce résultat résonne donc tout particulièrement à présent que notre étude quantitative révèle l'importance de l'influence de la surcharge de rôle sur l'implication affectivo-normative. Si la dimension normative de l'implication organisationnelle ne semblait pas être très présente chez le personnel infirmier interrogé, la dimension affective transparaissait. Ainsi, il peut apparaître non surprenant que dans notre étude quantitative, les deux facettes affective et normative de l'implication organisationnelle ne parviennent pas être distinguées et que seul un facteur commun affectivo-normatif se dégage des analyses factorielles.

## **1.2 Résultats du modèle 2 relatif aux relations entre les trois formes de tensions de rôle et l'implication organisationnelle calculée**

La littérature nous amenait à attendre des effets différenciés des tensions de rôle sur les dimensions affective et normative de l'implication organisationnelle relativement à sa dimension calculée. L'ambiguïté de rôle était supposée exercer un effet négatif sur la dimension affective de l'implication organisationnelle et positif sur sa dimension calculée. Meyer et al. (2002) soulignaient en effet dans leur méta-analyse que la dimension calculée de l'implication organisationnelle réagissait différemment des deux autres dimensions de l'implication organisationnelle (affective et normative).

Nos résultats n'ont pas permis de mettre en évidence une influence positive de l'ambiguïté de rôle sur l'implication calculée, aucune relation significative entre ces deux variables n'étant observée. Ce résultat conforte une partie de la littérature (Dubinsky et Harley, 1986 ; Irving et Coleman, 2003) pour laquelle cette relation n'est pas significative. Soulignons toutefois que nos analyses ont révélé un effet positif tendanciel de l'ambiguïté de rôle sur l'implication organisationnelle calculée ( $\beta = .09$  et  $p = .10$ ). L'existence de cette tendance apparaît d'ailleurs en accord avec les travaux parmi les plus récents, qui en intégrant une conception multidimensionnelle de l'ambiguïté de rôle, mettent en évidence une relation positivement clairement significative. En effet, c'est à ce résultat que sont parvenus Commeiras et Fournier (2002) entre deux dimensions d'ambiguïté de rôle interne (« par rapport aux perspectives de

de carrière » et « par rapport au soutien du responsable hiérarchique ») et la dimension calculée de l'implication organisationnelle. Dans de futures perspectives de recherche, nous nous attacherons à appréhender le concept de l'ambiguïté de rôle de façon multidimensionnelle.

Comme nous nous y attendions, nos résultats ne permettent pas de démontrer de relation significative entre les deux autres formes de tensions de rôle (conflit de rôle et surcharge de rôle) et la dimension calculée de l'implication organisationnelle tandis que l'effet négatif de ces dernières sur les dimensions affective et normative a été relevé. On peut donc supposer que la dimension calculée de l'implication organisationnelle n'a pas les mêmes antécédents que les deux autres dimensions du concept. La forme d'implication organisationnelle la plus étudiée est la dimension affective (Neveu, 2002) qui relève de « l'orientation positive envers l'organisation » (p.49). L'auteur souligne la redondance de cette dimension avec la dimension normative. Au contraire, s'agissant de la dimension calculée de l'implication organisationnelle, nos données révèlent qu'elle forme un facteur clairement indépendant. Elle renvoie au rapport utilitariste que l'individu entretient avec son organisation et est mesurée en faisant référence au « coût » qu'engendrerait le départ de l'individu de l'organisation (Exemple : IC3 « Trop de choses dans ma vie pourraient être perturbées si je décidais de quitter cet établissement actuellement ».) Cette dimension apparaît ainsi conceptuellement beaucoup plus éloignée des deux premières. Il n'est donc pas étonnant qu'elle n'ait pas les mêmes antécédents que les autres formes d'implication organisationnelle au moins s'agissant des 3 formes de tensions de rôle que nous avons étudiées. De futures recherches devront être menées afin d'étudier les antécédents propres à cette forme particulière d'implication organisationnelle.

### **1.3 Résultats du modèle 3 relatif aux relations des trois formes de tensions de rôle sur la satisfaction globale au travail**

La littérature nous permettait d'attendre des effets négatifs et significatifs des trois formes de tensions de rôle sur la satisfaction globale. Or, seuls l'ambiguïté de rôle et les conflits de rôle révèlent un effet négatif significatif sur cette variable dépendante, la relation entre la

surcharge de rôle et la satisfaction globale au travail n'étant pas significative. Difficile d'imaginer que la surcharge de rôle n'ait pas d'influence négative sur la satisfaction globale au travail. En effet, comment affirmer que « mes conditions de vie professionnelle ont toujours été excellentes » (JSG2) alors qu' « il me semble que j'ai trop de travail à faire pour une seule personne » (SR1) ?

On notera d'ailleurs, comme nous l'avons déjà souligné dans la section des résultats de nos analyses de régressions, que si la relation négative entre la surcharge de rôle et la satisfaction globale au travail n'est pas statistiquement significative, elle s'avère néanmoins tendancielle. Cette absence d'effet significatif nous ayant fortement interpellée, nous avons demandé à une quarantaine de cadres de santé en formation à Lyon, de décrire des situations vécues de tensions de rôle et

« L'augmentation d'activité de plus de 40% n'a donc pas été suivie » par un accroissement équivalent du nombre de secrétaires puisque celui-ci n'a augmenté que de 20%. »

notamment de surcharge de rôle, après avoir donné une définition précise de celles-ci. L'un des répondants déplore l'évolution des pratiques de gestion des ressources humaines au sein de la structure dont il dépend et dénonce une surcharge de travail l'obligeant à faire des choix qui l'amène à avoir « l'impression de mal remplir [ses] missions ». Un autre décrit une situation de sous-effectif entraînant une charge telle que la situation semble ingérable aux secrétaires en place qui se sentent « au bord du *burnout* » et qui accumulent du retard sur les dossiers à traiter. Ces répondants font référence à la perte de sentiment d'efficacité personnelle (self-efficacy), l'une des trois dimensions constituant le *burnout*. Ainsi, la surcharge de rôle a peut-être davantage d'influence sur le *burnout* que sur la satisfaction globale au travail.

De plus, cette absence de relation significative nous interpelle sur la construction des échelles de mesures des tensions de rôle et en particulier sur celle du conflit de rôle. A la lecture des différents items constituant cette dernière, une certaine redondance semble exister entre la surcharge de rôle et le conflit de rôle. En effet, comme évoqué dans la partie théorique de notre thèse, la surcharge de rôle a souvent été étudiée comme une forme de conflit de rôle et non comme une dimension particulière des tensions de rôle. Ainsi, dans l'échelle de Rizzo, House et Lirtzman (1970), certains items renvoient à la surcharge de rôle (Exemple : RC2 « On m'attribue une tâche sans le personnel nécessaire pour les réaliser »). Comme souligné par Perrot (1999), la construction de l'échelle de Rizzo, House et Lirtzman (1970) mérite d'être questionnée.

Ainsi, il serait intéressant dans de futures recherches d'évaluer l'impact de la surcharge de rôle sur le burnout des personnels infirmiers et de mobiliser d'autres échelles de mesure du conflit de rôle.

#### **1.4 Résultats du modèle 4 relatif aux relations entre les trois formes de tensions de rôle et l'intention de partir**

En accord avec la littérature, nos résultats démontrent des effets positifs des trois formes de tensions de rôle sur l'intention de partir des infirmières. Notre modèle de recherche explique 22% de la variance.

On pourrait imaginer que l'insertion dans notre modèle de recherche du conflit travail-famille, considéré par certains auteurs comme une forme à part entière de conflit de rôle, pourrait en augmenter le pouvoir explicatif. Grant-Vallone et Ensher (2001) définissent cette forme particulière de conflit inter-rôles comme une « incompatibilité mutuelle entre les demandes du rôle professionnel et celles du rôle familial ». Pour Duxbury et Higgins (2003), le conflit travail-famille survient lorsque « les exigences totales en matière de temps et d'énergie associées aux activités à entreprendre sont trop importantes pour remplir ses obligations adéquatement ou sans inquiétude ». Le personnel infirmier étant en majorité composé de femmes qui selon les derniers rapports des observatoires sur la vie domestique assument encore aujourd'hui la plupart des charges familiales, relativement aux hommes, nous semble en effet être un public particulièrement exposé au conflit travail-famille. De futures recherches seraient à conduire dans cette voie.

#### **1.5 Résultats du modèle 5 entre les trois formes de tensions de rôle et l'absentéisme avec discussion des deux médiations proposées.**

La littérature ne nous permettait pas d'être certain de l'existence d'un effet médiateur de l'implication organisationnelle affectivo-normative et de la satisfaction globale au travail sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme. Cependant, notre étude exploratoire et la réflexion autour de certains modèles de recherche nous ont amené à émettre des hypothèses relatives à de telles relations.



Les résultats obtenus ne nous ont pas permis de mettre en évidence l'existence d'effets médiateurs de l'implication organisationnelle affectivo-normative et de la satisfaction globale au travail. Si une relation positive et significative existe bien entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme du personnel infirmier (durée des absences), cette relation n'est médiatisée ni par la satisfaction globale au travail ni par l'implication organisationnelle.

L'absence de rôle médiateur des variables satisfaction au travail et implication organisationnelle affectivo-normative met en lumière que le mécanisme d'influence de l'ambiguïté de rôle sur l'absentéisme du personnel infirmier ne s'explique pas par l'implication affectivo-normative ou la satisfaction globale au travail. Ainsi, il conviendrait dans de futures recherches de tester l'influence d'autres variables potentiellement médiatrices sur cette relation. Comme pour la surcharge de rôle, le concept de burnout ou d'épuisement professionnel pourrait être mobilisé afin d'analyser le rôle de ce dernier sur l'absentéisme du personnel infirmier.

Comme nous l'avons déjà souligné, les modèles que nous avons construits sur l'absentéisme ne permettent d'expliquer qu'une part insignifiante (< à 5% de variance) de ce phénomène. Il en est ainsi de notre modèle 5 de recherche comme des deux modèles de médiation qui en découlent. Ce constat nous a incité à repenser ces modèles de médiation en les considérant non plus sur l'absentéisme mais sur une autre forme de désinvestissement de l'organisation qu'est l'intention de partir. Les résultats obtenus sur ces médiations que nous n'avions pas anticipées sont suffisamment probants pour être soulignés. Rappelons qu'ils révèlent une médiation totale de la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de départ par la satisfaction au travail et une médiation partielle par l'implication organisationnelle affectivo-normative. Ainsi, il semble bien, comme nous en avons fait l'hypothèse, que la satisfaction au travail et l'implication affectivo-normative soient de nature à rendre compte du déterminisme de l'ambiguïté de rôle sur le désinvestissement des personnels infirmiers au moins pour certaines manifestations de ce dernier. Notre travail de recherche demeure donc plutôt encourageant.

## **II. Apports de la thèse**

### **2.1 Apports théoriques**

Les analyses factorielles révèlent que les dimensions affective et normative de l'implication organisationnelle se confondent. La littérature avait déjà mis en évidence cette problématique (Belghiti et Mahut, 2004 ; Paillé, 2004). En effet, comme nous l'avons évoqué lors des analyses factorielles menées sur l'échelle d'implication organisationnelle, la dimension normative de l'implication organisationnelle fait souvent l'objet de critiques dans la littérature (Morrow, 1993, Blau, 2001 ; Meyer et Herscovitch, 2001), Nos résultats confortent celles-ci en particulier celles relatives à la proximité de la dimension affective vis-à-vis de la dimension normative.

Notre travail de recherche a permis de démontrer que les 3 formes de tensions de rôle (conflit de rôle, ambiguïté de rôle et surcharge de rôle) ont un effet spécifique sur l'intention de partir des infirmières et la dimension affectivo-normative de l'implication organisationnelle.

De plus, les résultats ont également mis en évidence l'absence de relation entre les différentes formes de tensions de rôle et la dimension calculée de l'implication organisationnelle tandis que cette relation existe avec la dimension affectivo-normative de l'implication organisationnelle.

Lors de notre travail d'appropriation de la littérature, nous avons noté, l'absence de revues de littérature permettant de récapituler les principaux résultats des recherches portant sur la satisfaction au travail du personnel infirmier. La réalisation de ce travail de thèse a, nous l'espérons, permis de traiter en partie cette lacune.

Dans ce travail de recherche, et pour la première fois, les trois formes principales de tensions de rôle identifiées dans la littérature ont été mesurées simultanément. Cela nous a permis de montrer l'influence respective et spécifique de ces trois formes de tensions et de parvenir ainsi à une meilleure compréhension de leur pouvoir explicatif. Bien que nos résultats s'avèrent décevants s'agissant de l'absentéisme, il n'en va pas de même sur nos autres variables dépendantes.

## **2.2 Apport managérial**

L'absentéisme et le turnover chez le personnel infirmier sont des enjeux importants avec de forts impacts organisationnels et motivationnels vis-à-vis du personnel présent ainsi que des impacts financiers. Une meilleure compréhension des mécanismes qui poussent cette population à se désengager d'une façon ou d'une autre de leur sphère professionnelle permet de mettre en place des leviers et des pratiques de management favorisant l'investissement du personnel dans cette sphère. Nos résultats montrent que s'il existe un recouvrement dans l'influence de ces trois formes de tensions de rôle, il reste qu'elles ont chacune un pouvoir explicatif spécifique au moins sur l'intention de partir et l'implication affectivo-normative. Cette démonstration de notre travail est importante du point de vue managérial car elle signifie que les efforts des organisations pour réduire le turnover et améliorer l'investissement des personnels doivent être orientés sur ces trois formes de tensions de rôle, lesquelles répondent à des définitions précises et devraient donc mobiliser des leviers d'actions ciblés et spécifiques. Autrement dit, on aurait tort d'appréhender les tensions de rôle de manière générique et indifférenciée. Quelles actions à privilégier pour enrayer, ou tout du moins réduire, quelles formes de tensions de rôles serait la question à laquelle le management devrait s'intéresser.

Des pratiques de gestion des ressources humaines et de management telles que la mise en place d'une gouvernance partagée, d'un management personnalisé, d'un leadership situationnel et transformationnel ou encore une responsabilisation des infirmières comme préconisés par certains auteurs (Song et al., 1997 ; Blegen, 1993) peuvent être des réponses à mettre en place afin de lutter contre ces effets négatifs. Ces pratiques s'attacheront à clarifier les rôles en définissant avec précision le périmètre de chacun avec des objectifs à atteindre et des priorités à respecter. Des actions visant à améliorer la communication entre les infirmières et les médecins, ainsi qu'entre les infirmières et les patients et leur famille, permettraient de réduire les tensions de rôle.

Plusieurs auteurs se sont attachés à proposer un modèle de stratégie des ressources humaines se traduisant par des typologies de pratiques de GRH. Selon Guérin, le modèle de stratégie des ressources humaines du *commitment* de Bamberger et Meshoulam (2000) ou du *high involvement* (Lawler, 1986) préconisent la mise en place d'actions visant à développer la carrière, favoriser la dotation interne, la communication et les systèmes d'expression, la résolution des conflits internes.

Parmi les pratiques de GRH prônées par ce modèle de stratégie des ressources humaines, et sur la base des définitions retenues pour les différentes formes de tensions de rôle, nous notons que certaines des pratiques de GRH préconisées permettraient de réduire la surcharge

de rôle. En effet, comme définie précédemment, la surcharge de rôle apparaît lorsque « *les attentes des émetteurs sont trop nombreuses et excèdent le temps et les ressources disponibles de la personne à qui s'adresse ces demandes* ». Des pratiques de GRH consistant à favoriser la dotation interne permettront de donner les ressources nécessaires à l'exercice de ses missions au personnel infirmier.

Les pratiques de GRH s'attachant à améliorer la communication et les systèmes d'expression sont susceptibles de réduire l'ambiguïté de rôle. En effet, cette forme de tension de rôle est relative au « *degré d'information manquante pour occuper une position dans l'organisation* ». L'ambiguïté de rôle apparaît lorsqu'il existe un déficit d'informations et un manque de clarté concernant les attentes et les responsabilités associées à la mission confiée. Des pratiques de GRH visant à une meilleure définition et compréhension du périmètre et des responsabilités de chacun permettront d'agir sur cette forme de tensions de rôle.

Enfin, des pratiques de GRH s'attachant à résoudre les conflits internes permettront d'agir sur les conflits de rôle et en particulier sur les conflits inter-émetteurs, qui se définissent comme la réception de deux demandes incompatibles ou ordres inadéquates émanant de deux ou plusieurs personnes appartenant à un sous-système identique. Un leadership situationnel et transformationnel ainsi qu'une gouvernance partagée peuvent également être des réponses adaptées à cette forme de tensions de rôle.

## **III. Limites**

Si notre travail de thèse présente un certain nombre d'apports, il connaît aussi des limites d'ordre méthodologique, d'une part, et d'ordre théorique d'autre part que nous allons à présent discuter.

### **3.1 Limites méthodologiques**

Nous aurions pu envisager des modèles explicatifs plus intégratifs en ayant recours à des équations structurelles permettant de les soumettre à l'épreuve des faits. Par manque de formation sur ces méthodes d'analyses avancées et de temps pour les déployer, nous n'avons pas fait ce choix.

L'utilisation de données déclaratives pour mesurer l'absentéisme sur l'année écoulée est sujet à caution car ces dernières peuvent comporter un biais de réponse y compris lorsque l'anonymat est préservé. En effet, les réponses peuvent être considérées comme peu fiables car susceptibles d'être modulées par la personnalité, les émotions, la désirabilité sociale, ou tout simplement l'effort de mémoire nécessaire. De plus, les non répondants peuvent également avoir une influence sur les résultats. En effet, Matrunola (1996) souligne que les infirmières ayant un haut taux de burnout sont celles qui font appel à des stratégies d'évitement ou de fuite, ces mêmes stratégies pouvant également concernées le fait de ne pas répondre ou partiellement à un questionnaire. Or, grâce à la double déclaration de l'absentéisme, d'une part des cadres de santé et d'autre part, des infirmières elles-mêmes, nous nous sommes prémunis de ce biais. Malgré cela, les résultats de notre recherche sur l'absentéisme sont décevants et ne permettent pas de grandes avancées concernant ce phénomène pourtant préoccupant au sein de la population infirmière. Ce constat trouve son origine en raison de deux éléments. En premier lieu, l'échantillon obtenu est trop faible pour avoir des résultats satisfaisants. En effet, par principe, seules les personnes interrogées ayant des absences sont concernées par l'absentéisme et c'est sur cette seule proportion que nous avons étudié les effets de nos variables dépendantes. Il n'est donc pas étonnant qu'avec un si faible échantillon, peu de résultats aient été obtenus. Bouville (2009) se basait sur les résultats d'une enquête nationale avec une taille d'échantillon bien plus importante. De plus, notre échantillon est peu « touché » par l'absentéisme avec un taux relativement faible. La forte proportion de personnel infirmier relevant du secteur privé et ayant des jours de carence a certainement un impact sur ce constat. Il existe probablement un biais de sélection due à la sélection d'infirmières issues des équipes de cadres de santé en cours de formation au sein de l'IFROSS.

Cependant, les résultats relatifs à l'intention de départ sont plus satisfaisants. En effet, des relations significatives ont été mises en évidence entre chaque forme de tensions de rôle et l'intention de départ. Nos résultats mettent en évidence une plus forte influence des conflits de rôle, la surcharge de rôle, qui n'est généralement pas mesurée simultanément des deux autres formes de tensions de rôle, arrive en seconde position, tandis que l'ambiguïté de rôle est la dernière forme de tensions de rôle quand on se réfère à son pouvoir explicatif de l'intention de partir. La littérature nous invitait à nous attendre à un pouvoir explicatif plus fort de l'ambiguïté de rôle sur l'intention de partir (Fisher et Gitelson, 1981) que les deux autres formes de tensions de rôle. Nos résultats ne permettent pas d'arriver à cette conclusion.

Ainsi, dans notre travail de recherche, c'est la surcharge de rôle plus que l'ambiguïté de rôle qui a un pouvoir explicatif plus fort de l'intention de partir du personnel infirmier.

La problématique qui se pose avec la population que nous étudions est le niveau par rapport auquel doivent être mesurées les variables. En effet, le personnel infirmier se réfère plus volontiers à son service d'appartenance qu'au centre hospitalier lui-même. A l'instar des chercheurs ayant étudié l'implication organisationnelle des infirmières, nous avons conservé le mot « établissement » dans l'échelle de mesure utilisé et avons donc fait référence explicitement à l'implication organisationnelle vis-à-vis de l'établissement de santé dans lequel travaille le répondant et non à son service. Or, nous avons conscience que le niveau d'implication organisationnelle des infirmières n'est pas le même vis-à-vis de l'établissement dans lequel elles travaillent que vis-à-vis du service dans lequel elle travaille. Ce choix a été fait de notre part pour plusieurs raisons. La première est que nous avons choisi le niveau d'implication organisationnelle le plus souvent retenu dans les études, ce qui facilite les comparaisons. La seconde raison est que certains établissements font « tourner » leurs infirmières dans plusieurs services comme c'est le cas dans l'un des établissements qui a fait l'objet de notre étude exploratoire. Il n'y avait donc pas beaucoup de sens dans un tel cas de faire référence au service plutôt qu'à l'établissement. De plus, le fait de se limiter au service aurait exclu d'office les infirmières appartenant au pool de remplacement, ce qui n'était pas une volonté de notre part.

## **3.2 Limites théoriques**

En raison de littérature encore rare sur la multi dimensionnalité de l'ambiguïté de rôle, nous avons choisi de l'aborder comme un concept à dimension unique. Or quelques travaux démontrent le fait que l'ambiguïté de rôle est composée de plusieurs formes et que ces différentes formes n'ont pas les mêmes effets sur les variables influencées. Des perspectives de recherches futures pourront s'attacher à tester les effets différenciés des différentes dimensions de l'ambiguïté sur l'absentéisme et l'intention de partir du personnel infirmier.

De plus, beaucoup de travaux sur la satisfaction du personnel infirmier s'attachent à mesurer leur implication par facette. Il serait enrichissant de comparer l'impact de la satisfaction

globale au travail et celle de la satisfaction par facettes sur l'absentéisme et l'intention de partir observés dans ce travail de thèse.

# CONCLUSION

L'absentéisme et le turnover infirmier posent de réelles questions pour la gestion des ressources humaines hospitalières. Le secteur de la santé est en pleine mutation et doit relever de nouveaux défis. Cela se traduit par une augmentation des tâches administratives, une baisse de la durée des séjours ou encore le développement de l'informatisation. Ces mutations et ces changements de mode de fonctionnement peuvent être vécus comme une perte de relations humaines et en particulier de diminution des relations avec les patients et une augmentation de la charge de travail. Les temps de transmission entre équipes sont réduits au minimum avec une perte d'information et de relations entre collègues. Le sentiment de travail dans l'urgence et les violences physiques et verbales subies par les personnels sont usantes. En nous appuyant sur une enquête qualitative auprès de 22 soignants nous avons adopté une lecture des phénomènes d'absentéisme et de turnover dans le cadre conceptuel des tensions de rôle. La littérature révèle également une influence de la satisfaction au travail et de l'implication organisationnelle sur ces comportements de désengagement. Les analyses factorielles révèlent que les dimensions affective et normative de l'implication organisationnelle se confondent. Ce point a déjà été révélé dans la littérature et se trouve ici conforté.

Suite à une enquête par questionnaire auprès de 300 infirmières et 30 cadres de santé, nous avons testé à l'aide de régressions linéaires hiérarchiques ascendantes 5 modèles de recherche afin d'évaluer les effets des trois formes des tensions de rôle (conflit de rôle, ambiguïté de rôle et surcharge de rôle) sur l'implication organisationnelle, la satisfaction globale au travail, l'intention de partir et l'absentéisme des infirmières. Cette démarche de mesure conjointe des trois formes de tensions de rôle n'avait jusqu'à présent jamais été réalisée.

Nos résultats se révèlent décevants sur l'absentéisme en particulier sur la fréquence des absences. Notre modèle de recherche ne permet pas d'expliquer une part notable de l'absentéisme des personnels, ce qui s'explique vraisemblablement par la taille insuffisante de notre échantillon, l'absentéisme concernant moins de 3.78% de notre échantillon. Les analyses de l'effet médiateur de l'implication organisationnelle affectivo-normative et de la satisfaction au travail dans la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme ne mettent pas en évidence de médiation partielle ou totale.



Nos investigations nous ont poussées à tester également les effets médiateurs de ces deux variables sur l'intention de partir. Cette fois, nos analyses révèlent l'existence d'une médiation partielle par l'implication affectivo-normative et une médiation totale par la satisfaction globale au travail avec un pouvoir explicatif respectivement de 16% dans le premier cas et 27% dans le second.

La littérature mettait en avant un effet plus fort de l'ambiguïté de rôle par rapport au conflit de rôle sur l'implication organisationnelle affective et normative. Nos résultats le confirment, mais surtout ils font apparaître que cette supériorité de l'ambiguïté de rôle est à relativiser dès lors que la surcharge de rôle est également prise en compte ce qui n'avait jamais été fait jusqu'ici. Nous montrons en effet, pour la première fois, que la surcharge de rôle s'avère tout aussi déterminante dans l'explication de l'implication affectivo-normative que ne l'est l'ambiguïté de rôle.

Nous montrons que s'il existe des recouvrements dans l'influence de ces 3 formes de tensions de rôle, elles expliquent chacune une part spécifique de l'intention de partir des personnels et dans des proportions sensiblement équivalentes. La prévalence du conflit de rôle vis à vis des deux autres formes de tensions de rôle s'expriment surtout sur la satisfaction au travail.

Notre travail renforce l'intérêt d'une analyse conjointe des trois formes de tensions de rôle permettant de mettre en évidence leur force respective sur des comportements tels que l'implication organisationnelle, la satisfaction globale au travail ou l'intention de partir. La littérature a, jusqu'à présent, négligé la surcharge de rôle comme forme de tension de rôle et s'est focalisée à tort sur le conflit de rôle. Or, force est de constater que les effets de la surcharge de rôle sont tout aussi importants que ceux des conflits de rôle et de l'ambiguïté de rôle au moins sur l'intention de partir des personnels.

# **ANNEXES**

[\\sybermedia\TheseLY3Plus\theseestrieessoutenances\\_2015\random\\_s\traitement\QUEST-IDE-ETUDE-2012vthès1.docx](file:///C:/Users/.../sybermedia/TheseLY3Plus/theseestrieessoutenances_2015/random_s/traitement/QUEST-IDE-ETUDE-2012vthès1.docx)

[\\sybermedia\TheseLY3Plus\theseestrieessoutenances\\_2015\random\\_s\traitement\QUEST-CADRE-ETUDE-2012v9FD.docx](file:///C:/Users/.../sybermedia/TheseLY3Plus/theseestrieessoutenances_2015/random_s/traitement/QUEST-CADRE-ETUDE-2012v9FD.docx)

[\\sybermedia\TheseLY3Plus\theseestrieessoutenances\\_2015\random\\_s\traitement\Consignes2012-V2.docx](file:///C:/Users/.../sybermedia/TheseLY3Plus/theseestrieessoutenances_2015/random_s/traitement/Consignes2012-V2.docx)

Retour des questionnaires à l'Ifross : fin juin maximum

[\\sybermedia\TheseLY3Plus\thesestrieessoutenances\\_2015\random\\_s\traitement\Consignes 2012 hors Ifross cadre1.docx](\\sybermedia\TheseLY3Plus\thesestrieessoutenances_2015\random_s\traitement\Consignes 2012 hors Ifross cadre1.docx)

Retour des questionnaires : 15 juillet maximum

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: La structure générale de la thèse.....	18
Figure 2 : Modèle de recherche sur l'absentéisme de Nicholson (1977).....	28
Figure 3 Modèle de l'absentéisme de Steers and Rhodes (1978) .....	30
Figure 4 Modèle de diagnostic de l'assiduité.....	31
Figure 5: Résumé des différentes modes d'étude de l'absentéisme selon Bouville (2007).....	33
Figure 6 : Arborescence des approches de l'absentéisme .....	33
Figure 7: synthèse des déterminants de l'absentéisme des infirmières identifiés par Davey et al. (2009) .....	49
Figure 8 : Principaux facteurs de la satisfaction au travail des soignants .....	57
Figure 9 Synthèse des variables explicatives de la satisfaction au travail des infirmières de notre revue de littérature .....	58
Figure 10 : Récapitulatif des principales variables expliquées par la satisfaction au travail chez les infirmières.....	60
Figure 11 : Synthèse des antécédents de l'implication organisationnelle.....	67
Figure 12 : Modèle de transmission de rôle proposé par Katz et Kahn (1966).....	73
Figure 13. Les profils d'engagement identifiés par Becker & Billings (1993).....	119
Figure 14 : Modèle des relations entre les attitudes organisationnelles et au travail et les intentions comportementales emprunté à Mc Farlane-Shore et al. (1990) .....	140
Figure 15 : Modèle alternatif d'intention de départ emprunté à Neveu (1996) .....	141
Figure 16 : Modèle de recherche 1. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur les dimensions affective et normative de l'implication organisationnelle.....	154
Figure 17 : Modèle de recherche 2. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur l'implication organisationnelle calculée.....	154
Figure 18 : Modèle de recherche 3. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur la satisfaction globale au travail .....	155
Figure 19 : Modèle de recherche 4. L'influence des trois formes de tension de rôle sur l'intention de partir.....	155
Figure 20 : Modèle de recherche 5. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur l'absentéisme.....	155

Figure 21: Modèle de recherche 5a. Médiation de la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme par les deux dimensions de l'implication organisationnelle (affective et normative) .....	156
Figure 22 : Modèle de recherche 5b. Médiation de la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme par la satisfaction globale au travail .....	156
Figure 23 Illustration du paradigme de Churchill (1979) .....	168
Figure 24: Résultats des régressions du Modèle de recherche 1 portant sur les relations entre les trois formes de tensions de rôle et l'implication organisationnelle affectivo-normative .	197
Figure 25: Résultats des régressions du Modèle de recherche 2 entre les trois formes de tensions de rôle et l'implication organisationnelle calculée.....	198
Figure 26 : Résultats des régressions du Modèle de recherche 3 sur les relations entre les trois formes de tensions de rôle et la satisfaction globale au travail .....	200
Figure 27 : Résultats des régressions du modèle de recherche 4 sur les relations entre les trois formes de tensions de rôle et l'intention de partir .....	202
Figure 28 : Résultats des régressions du Modèle de recherche 5 sur les relations entre les trois formes de tensions de rôle et l'absentéisme .....	205
Figure 29: 1 <sup>ère</sup> étape d'analyse d'une relation médiatrice .....	206
Figure 30: étapes suivantes d'analyse d'une relation médiatrice .....	206
Figure 31: Résultat de la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme .....	207
Figure 32: Résultats de l'effet médiateur de l'implication organisationnelle affectivo-normative sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme .....	207
Figure 33: Résultats de l'effet médiateur de la satisfaction globale au travail sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme.....	207
Figure 34 Résultat de la régression linéaire hiérarchique ascendante entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de partir.....	211
Figure 35 : Résultats de l'effet médiateur de l'implication organisationnelle affectivo-normative sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de partir .....	211
Figure 36 : Résultats de l'effet médiateur de la satisfaction au travail sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de partir .....	212
Figure 37 : Modèle 1 synthèse des résultats. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur les dimensions affective et normative de l'implication organisationnelle .....	215
Figure 38 : Modèle 2 synthèse des résultats. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur l'implication organisationnelle calculée.....	215

Figure 39 : Modèle 3 synthèse des résultats. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur la satisfaction globale au travail .....	216
Figure 40 : Modèle 4 synthèse des résultats. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur l'intention de partir .....	216
Figure 41 : Modèle 5 synthèse des résultats. L'influence des trois formes de tensions de rôle sur l'absentéisme (durée des absences) .....	217
Figure 42: Modèle 5a synthèse des résultats. L'effet médiateur de l'implication organisationnelle affectivo-normative sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme (durée des absences).....	217
Figure 43 : Modèle 5b synthèse des résultats. L'effet médiateur de la satisfaction globale au travail sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme (durée des absences) .....	217

Tableau 1 : Médiateurs mis en évidence entre les facteurs organisationnels et les formes d'absentéisme par Bouville (2009) .....	39
Tableau 2: Conséquences de l'ambiguïté de rôle mises en évidence dans la revue de littérature de notre travail de recherche .....	78
Tableau 3 : Conséquences des conflits de rôle mises en évidence par notre revue de littérature .....	79
Tableau 4 : Le guide d'entretien à destination des agents de l'étude exploratoire .....	85
Tableau 5 : Le guide d'entretien à destination des cadres de l'étude exploratoire .....	87
Tableau 6 : Composition de l'échantillon de l'étude exploratoire .....	90
Tableau 7 : L'opérationnalisation des conflits de rôle et codes associés .....	159
Tableau 8 : L'opérationnalisation de l'ambiguïté de rôle et codes associés .....	159
Tableau 9 : l'opérationnalisation de la surcharge de rôle et codes associés .....	160
Tableau 10 : Intitulé des items de l'ESVP de Fouquereau et Rioux (2002) .....	164
Tableau 11 : Echelle de mesure de l'implication organisationnelle de Allen et Meyer (1996) traduite en français .....	165
Tableau 12 : répartition par ancienneté dans la profession et dans l'établissement.....	171
Tableau 13 : répartition de l'échantillon par type d'établissement .....	171
Tableau 14 : Répartition par nombre d'enfants vivant au foyer .....	172
Tableau 15: répartition de l'échantillon par secteur d'activité.....	172
Tableau 16 : Comparaison de la durée des absences déclarée par les infirmières et celle renseignée par les cadres de santé. ....	173
Tableau 17 : Item sur l'organisation horaire des infirmières interrogées .....	174
Tableau 18 : Items relatifs à l'organisation du temps de travail des infirmières .....	175
Tableau 19 : Comparaison de nombre d'arrêts déclarés par les IDE et par les cadres .....	176
Tableau 20 Répartition de notre échantillon dans les différentes formes d'absentéisme auto-rapporté.....	178
Tableau 21 : Répartition de notre échantillon dans les différentes formes d'absentéisme rapportées par les cadres .....	178
Tableau 22 Cohérence des items en fonction du KMO .....	180
Tableau 23: Contributions factorielles des items de l'échelle de l'ambiguïté de rôle .....	181



Tableau 24 : contributions factorielles des items de l'échelle du conflit de rôle après rotation .....	183
Tableau 25 : Contributions factorielles des items de l'échelle de conflit de rôle avec extraction d'un seul facteur .....	184
Tableau 26 : Contributions factorielles des items de l'échelle de conflit de rôle avec extraction d'un seul facteur .....	185
Tableau 27 : Indice KMO et test de Bartlett de l'échelle de l'implication organisationnelle	186
Tableau 28 : Variance expliquée par l'échelle d'implication organisationnelle .....	186
Tableau 29 : Matrice des composantes lors de l'extraction à quatre dimensions de l'échelle d'implication organisationnelle.....	187
Tableau 30 : Matrice des composantes de l'échelle d'implication organisationnelle lors de la 2 <sup>nd</sup> e analyse factorielle.....	188
Tableau 31 : Matrice de structure de l'échelle d'implication organisationnelle lors de la 3 <sup>ème</sup> analyse factorielle.....	189
Tableau 32 : Part de variance expliquée lors de la 4 <sup>ème</sup> analyse factorielle de l'implication organisationnelle .....	190
Tableau 33 : Matrice de structure de l'échelle de l'implication organisationnelle lors de la 4 <sup>ème</sup> analyse factorielle.....	190
Tableau 34 : Indice KMO et test de Bartlett de l'échelle de satisfaction globale au travail ..	191
Tableau 35 : Variance totale expliquée lors de l'analyse factorielle de l'échelle de satisfaction globale au travail.....	192
Tableau 36 : Matrice des composantes <sup>a</sup> lors de l'analyse factorielle de l'échelle de satisfaction globale au travail.....	192
Tableau 37 : Alpha de Cronbach de l'échelle de satisfaction globale au travail .....	192
Tableau 38 : Indice KMO et test de Bartlett de l'échelle d'intention de partir .....	193
Tableau 39 : Variance totale expliquée lors de l'analyse factorielle de l'intention de partir.....	193
Tableau 40 : Matrice factorielle <sup>a</sup> lors de l'analyse factorielle de l'intention de partir...	193
Tableau 41 : Alpha de Cronbach de l'échelle d'intention de partir .....	194
Tableau 42 : Résultats des analyses de régressions linéaires hiérarchiques ascendantes de l'ensemble des variables de contrôle sur l'implication affectivo-normative .....	197
Tableau 43: Résultats des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes des trois formes de tensions de rôle sur l'implication affectivo-normative .....	197

Tableau 44: Résultats des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur l'implication organisationnelle calculée.....	198
Tableau 45 : Report des variables exclues des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur l'implication organisationnelle calculée .....	198
Tableau 46: Résultats des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur la satisfaction globale au travail.....	200
Tableau 47: Report des variables exclues des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur la satisfaction globale au travail.....	200
Tableau 48: Résultats des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur l'intention de partir.....	202
Tableau 49: Résultats des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur la durée des absences déclarées par IDE.....	204
Tableau 50 : Résultats des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur la fréquence des absences déclarée par les IDE .....	205
Tableau 51: Report des variables exclues des régressions linéaires hiérarchiques ascendantes sur la fréquence des absences déclarée par IDE.....	205
Tableau 52: Résultats des régressions sur l'effet médiateur de l'implication organisationnelle affectivo-normative sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme.....	208
Tableau 53: Résultats des régressions sur l'effet médiateur de la satisfaction globale au travail sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'absentéisme.....	209
Tableau 54 : Résultats des régressions sur l'effet médiateur de l'implication organisationnelle affectivo-normative sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de partir.....	212
Tableau 55 : Résultats des régressions sur l'effet médiateur de la satisfaction au travail sur la relation entre l'ambiguïté de rôle et l'intention de partir .....	212
Tableau 56 : Résultats des hypothèses formulées .....	213

# BIBLIOGRAPHIE

- Abdel-Halim, A. A. (1978). Employee affective responses to organizational stress: Moderating effects of job characteristics. *Personnel Psychology*, 31(3), 561–579.
- Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *International Journal of Nursing Studies*, 32(3), pp. 536-543.
- Adams, A., Bond, S., & Arber, S. (1995). Development and validation of scales to measure organisational features of acute hospital wards. *International Journal of Nursing Studies*(32), pp. 612-627.
- Aiken, L., Smith, H., & Lake, H. (1994). Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(8), pp. 771-787.
- Alexanderson, K. (1998). Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposures and theories utilized. *Scandinavian Journal of Public Health*, 26(4), 241–249.
- Ali, N. (2008). Factors Affecting Overall Job Satisfaction and Turnover Intention. *Journal of Managerial Sciences*, II(2), pp. 239-252.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63(1), 1–18.
- Allen, N., & Meyer, J. (1991). The measurement and antecedents of affective, continuance, and normative commitments to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63(1), pp. 1-18.
- Allen, N., & Meyer, J. (1996). Affective, continuance and normative commitment to the organization An examination of construct validity. *Journal of Vocational Behavior*, 49(3), pp. 252-276.

- Alter, N. (2010). Coopération, sentiments et engagement dans les organisations. *Revue du Mauss*, 2(36), pp. 347-369.
- Alter, N. (2011). Don, ingratitude et management. Suicide et désengagement au travail. *Revue française de gestion*, 2(211), pp. 47-61.
- Anton, C. (2009). The impact of role stress on workers' behaviour through job satisfaction and organizational commitment. *International journal of psychology*, 44(3), pp. 187-194.
- Apostolidis, B., & Polifroni, E. (2006). Nurse work satisfaction and generational differences. *Journal of Nursing Administration*, 36(11), pp. 506-509.
- Argyris, C. (1960). *Understanding Organizational Behavior*. Dorsey: Homewood.
- Arnaudo, B., Magaud-Camus, I., Nicolas, S., Coutrot, T., Floury, M., Guignon, N., . . . Waspilperger, D. (2004, Décembre). L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003. Premiers résultats de l'enquête SUMER 2003. *Premières Synthèses*(52.1).
- Baillod, J., & Semmer, N. (1994). Fluktuation und Berufsverläufe bei Computerfachleuten. *Zeitschrift für Arbeits - und Organisationspsychologie*, 38(4), pp. 152-163.

## B

- Bamberger, P., & Meshoulam, I. (2000). *Human Resource Strategy Formulation, Implementation, and Impact*. Sage.
- Baret, C., & Robelet, M. (2010). Quelles nouvelles pratiques pour réduire les tensions de la relation patient-soignant à l'hôpital. Dans D. Retour, M. Dubois, & M. Bobillier Chamon, *Relations de services. Nouveaux usages, nouveaux usagers*. Bruxelles: De Boeck.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173.
- Bateson, G. (1977). Une théorie du jeu et du fantasme. *Vers Une Écologie de L'esprit*, 1, 209–224.
- Becker, R. (1960). Notes on the concept of commitment. *American journal of sociology*, 66, pp. 32-40.
- Becker, T. (1992). Foci and bases of commitment : are they distinction worth making? *Academy of management journal*, 35, pp. 232-244.
- Becker, T. E., & Billings, R. S. (1993). Profiles of commitment: An empirical test. *Journal of organizational behavior*, 14, pp. 177-190.
- Becker, T. E., & Kernan, M. C. (2003). Matching commitment to supervisors and organizations to in-role and extra-role performance. *Human Performance*, 16(4), 327–348.
- Begley, T. M., & Czajka, J. M. (1993). Panel Analysis of the Moderating Effects of Commitment on Job Satisfaction, Intent to Quit, and Health Following Organizational Change. *Journal of Applied Psychology*, 78(4), pp. 552-556.
- Belghiti-Mahut, S. B. (2004). L'implication organisationnelle et les femmes cadres : une interrogation autour de la validation de l'échelle de Allen et Meyer (1996). *Psychologie du travail et des organisations*(10), pp. 145–164.
- Ben Mansour, J., Chiniara, M., & Bentein, K. (2009). L'engagement envers le groupe de travail et le supérieur. Dans J. Rojot, P. Roussel, & C. Vandenberghe, *Comportement organisationnel* (Vol. 3). Bruxelles: De Boeck.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1966). The social construction of knowledge: A treatise in the sociology of knowledge. *Open Road Media: Soho, NY, USA*.

- Best, M. F., & Thuston, N. E. (2004, June). Measuring Nurse Job Satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 34(6), pp. 283-290.
- Biddle, B. J. (1979). Role theory: Concepts and research. Retrieved from <http://www.citeulike.org/group/328/article/365095>
- Bienayme, A. (1971). La croissance des entreprises, tome 1: Analyse dynamique des fonctions de la firme. *Bordas, Paris et Montréal*.
- Bissoondial, O. (2002, Octobre). Sickness among nurses. *Nursing Management*, 9(6), pp. 26-29.
- Bjørk, I., Samdal, G., Hansen, B., Tørstad, S., & Hamilton, G. (2007). Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), pp. 747-757.
- Blais, M. R., Lachance, L., & Riddle, A. S. (1993). L'Echelle de satisfaction globale au travail (ESGT) : Une nouvelle mesure de bien-être subjectif au travail. Manuscrit non publié.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., G, P. L., & Btière, N. M. (1989). L'Echelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction With Life Scale. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 21(2), pp. 210-223.
- Blau, G. (2003). Testing for a four-dimensional structure of occupational commitment. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76, pp. 469–488.
- Blegen, M. A. (1993). Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1), pp. 36-41.
- Blegen, M. A. (1993). Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1), 36–41.
- Bolton, S. C. (2005, March). 'Making up' managers : the case of NHS nurses. *Work, employment & society*, 19(1), pp. 5-23.

- Bonmati, J.-M. (1998). *Les ressources humaines à l'hôpital: Un patrimoine à valoriser*. Berger-Levrault.
- Borda, R. G., & Norman, I. J. (1997). Factors influencing turnover and absence of nurses: a research review. *International Journal of Nursing Studies*, 34(6), 385–394.
- Borritz, M., & al. (2006). Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scand J. Soc. Health*, 34(1), pp. 49-58.
- Boumans, N. (1990). *Het werk van verpleegkundige in algemene ziekenhuizen: een onderzoek naar werkaspecten en hun invloed op verpleegkundigen*. Maastricht: University of Limburg.
- Boumans, N., & J.A., L. (1994). Leadership in the nursing unit: relationships with nurses well-being. *Journal of Advanced Nursing*, 18(5), pp. 767–775.
- Boumans, N., & Landeweerd, J. (1993). Working in an intensive or non-intensive care unit: does it make any difference? *Heart and Lung: Journal of Critical Care*, 23(1), pp. 71–79.
- Bouquin, S. (2008). *Résistances au travail*. Editions Syllepse.
- Bourgueil, Y., Dürr, U., de Pourville, G., & Rocamora-Houzard, S. (2002). *La régulation des professions de santé. Etudes monographiques*. Allemagne, Royaume-Uni, Québec, Belgique, Etats-Unis. Paris: DREES.
- Bouville, G. (2007). *L'audit social de l'absentéisme: quel regard, sur quelle mesure?*. Paris Dauphine University. Retrieved from <http://www.globecsi.ru/Articles/2007/Bouville.pdf>
- Bouville, G. (2009). *L'influence de l'organisation et des conditions de travail sur l'absentéisme. Analyse quantitative et étude de cas*. Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion. Université de Rennes 1.

- Bouville, G. (2010). La progression de l'absentéisme : nouveaux comportements des salariés ou nouvelles contraintes organisationnelles? Congrès AGRH, (p. 27). Rennes/Saint-Malo.
- Breaugh, J. A., & Colihan, J. . (1994). et ., (1994) “Measuring Facets of Job Ambiguity: Construct Validity Evidence”, , vol.79, n°2, p.191-202. *Journal of Applied Psychology*, 79(2), 191–202.
- Brief, A. P. (1998). Attitudes in and around organizations. Thousand Oaks: Sage publications.
- Brief, A. P., & Roberson, L. (1989). Job attitude organization: An exploratory study. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, pp. 717-727.
- Brooke, P. P. (1986). Beyond the Steers and Rhodes model of employee attendance. *Academy of Management Review*, 11(2), 345–361.
- Brooke, P. P., & Price, J. L. (1989). The determinants of employee absenteeism: An empirical test of a causal model\*. *Journal of Occupational Psychology*, 62(1), 1–19.
- Brown, S. P. (1996). A meta-analysis and review of organizational research on job involvement. *Psychological Bulletin*, 120(2), 235.
- Brunel, O. (2002). *Les stratégies d'ajustement au risque alimentaire: modèle théorique et test empirique*. Lyon 3. Retrieved from <http://www.theses.fr/2002LYO33036>
- Brunelle, Y. (2009). Un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et organisations des soins*, 40(1), pp. 39-48.
- Bureau, N., & Genin, M.-G. (1981). Absentéisme du personnel soignant. *Gestion Hospitalière*, (205), pp.356.
- Buschak, M., Craven, C., & Ledman, R. (1996). Managing Absenteeism for Greater Productivity. *SAM Advanced Management Journal*, 61(1), 26+.

## C



- Caers, R., Du Bois, C., Jegers, M., De Gieter, S., De Cooman, R., & Pepermans, R. (2008). Measuring community nurses' job satisfaction: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 62(5), pp. 521-529.
- Candau, P. (1989). *Audit social*. Paris: Vuibert.
- Carricaburu, D., & Menoret, M. (2004). *Sociologie de la santé, institutions, professions et maladies*. Paris: Edition A. Collin.
- Carson, K. D., Carson, P. P., Roe, C. W., Birkenmeier, & Phillips, J. S. (1999). Four Commitment Profiles and their relationships to empowerment, service recovery, and Work Attitudes. *Public Personnel Management*, 28(1), pp. 1-13.
- Chamak, A., & Fromage, C. (2006). *Le capital humain, comment le développer et l'évaluer*. Paris: Editions Liaisons.
- Charles-Pauvers, B., & Commeiras, N. (2002). *Chapitre 3: L'implication: le concept*. Neveu, J.-P. & Thévenet, M.
- Chevalier, A., & Goldberg, M. (1992). L'absence au travail: indicateur social ou indicateur de santé? *Sciences Sociales et Santé*, 10(3), 47-65.
- Chung-Yan, G. (2010). The nonlinear effects of job complexity and autonomy on job satisfaction, turnover, and psychological well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(3), pp. 237-251.
- Churchill Jr, G. A. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*, 64-73.
- Clark, A. E. (1995). *Job Satisfaction and Gender: Why Are Women so Happy at Work?* (DELTA Working Paper No. 95-10). DELTA (Ecole normale supérieure).
- Cohen, A., & Golan, R. (2007). Predicting absenteeism and turnover intentions by past absenteeism and work attitudes: An empirical examination of female employees in long term nursing care facilities. *Career Development International*, 12(5), 416-432.

- Combemale, M., & Igalens, J. (2005). *L'audit social*. Presses universitaires de France.
- Retrieved from
- Commeiras, N., & Georgescu, I. (2012). La pression à l'activité: une source de stress et d'épuisement professionnel? un regard croisé entre le contrôle de gestion et la gestion des ressources humaines: le cas des enseignants-chercheurs en sciences de gestion. *Actes Du XXIIème Congrès de l'AGRH, Nancy, Septembre*.
- Commeiras, N., Loubès, A., & Fournier, C. (2009). Les effets des tensions de rôle sur l'implication au travail : une étude auprès des managers de rayon. *Management international, 13*(4), 73.
- Coomber, B., & Barriball, L. K. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies, 44*, pp. 297-314.
- Cooper, H. (2010). *Research synthesis and meta-analysis : a step-by-step approach*. USA: Sage.
- Coulon, R. (2010). Le cadre de santé entre logiques d'utilité et logiques de soins hospitaliers. Journée de recherche AIMS/AGRH Management des organisations de santé, (pp. 1-15). Strasbourg.
- Cresswell, J. W. (2003). *Research Design: Qualitative. Quantitative and Mixed Methods*.
- Creswell, J. W., Shope, R., Plano Clark, V. L., & Green, D. O. (2006). How interpretive qualitative research extends mixed methods research. *Research in the Schools, 13*(1), 1–11.
- Cristallini, V. (2009). *L'habilité managériale, réalisme et courage en management*. Edition EMS management et Société.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*.

Curtis, E. (2007). Job satisfaction: a survey of nurses in the Republic of Ireland. *International Nursing Review*, 54(1), pp. 92-99.

## D

Davey, M. M., Cummings, G., Newburn-Cook, C. V., & Lo, E. A. (2009). Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 17, pp. 312-330.

Davey, M. M., Cummings, G., Newburn-Cook, C. V., & Lo, E. A. (2009). Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 312-330.

De Jonge, J. (1995). Job Autonomy, Well-being, and Health: A study among Dutch health care workers. PhD Thesis. Maastricht: Datawyse.

De Jonge, J., & Schaufeli, W. B. (1998). Job characteristics and employee well-being: a test of Warr's Vitamin Model in health careworkers using structural equation modelling. *Journal of organizational behavior*, 19, pp. 387-407.

De Singly, C. (2009). Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers. Paris: Ministère de la santé et des sports.

Degos, L., & Romaneix, F. (2009). Manuel de certification des établissements de santé V2010. Haute Autorité de Santé.

Detchessahar, M., & Grevin, A. (2009). Le "tournant gestionnaire" des établissements de santé et son impact sur la santé au travail : le cas d'un centre de soins de suite malade de "gestionnite". 77ème congrès international ACFAS, (pp. 1-17). Ottawa.

Dolbier, C. L., Webster, J. A., McCalister, K. T., Mallon, M. W., & Steinhardt, M. A. (2005). Reliability and validity of a single-item measure of job satisfaction. *American Journal of Health Promotion*, 19, pp. 194-198.

- Du Toit, D. (1995). A sociological analysis of the extent and influence of professional socialization on the development of a nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia. *Journal of Advanced Nursing*(21), pp. 164-171.
- Dumas, M. (2008). *Vie personnelle et vie professionnelle : vers un nouvel équilibre dans l'entreprise ?* Cormelles-Le-Royal: EMS.
- Dumond, J.-P. (2009). L'absentéisme pour raison de santé : comparaison méthodologique. *Santé Publique*, 21(1), 25.
- Dwyer, D. J., & Ganster, D. C. (1991). The effects of job demands and control on employee attendance and satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 12(7), 595–608.
- Dyer, S., & Quine, L. (1998). Predictors of job satisfaction and burnout among the direct care staff of a community learning disability service. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 11(4), 320–332.

## E

- Eberhardt, B. J., & Shani, A. B. (1984). The effects of full-time versus part-time employment status on attitudes toward specific organizational characteristics and overall job satisfaction. *Academy of Management Journal*, 27, pp. 893-900.
- Erickson, R. J., Nichols, L., & Ritter, C. (2000). Family influences on absenteeism: Testing an expanded process model. *Journal of Vocational Behavior*, 57(2), 246–272.
- Estryn-Béhar, M. (1997). *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Reconnaissance, analyse et prévention.* Paris: Estem.
- Estryn-Béhar, M. (2002). *Risques professionnels et santé des médecins.* Masson.
- Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe.* Paris: Presse de l'EHESP.
- Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe.* Paris: Presse de l'EHESP.

Estryn-Behar, M., Kaminski, M., PEIGNE, E., PELLETIER, A., MAILLARD, M.,

BERTHIER, C., ... LEROUX, J. (1989). Conditions de travail et pathologie ostéo-articulaire et musculaire parmi le personnel hospitalier féminin. *Rhumatologie*, 41(9), 267–285.

## F

Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health : a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, pp. 105-112.

Fenton-O'Creedy, M. (1995). Moderators of differences in job satisfaction between full-time and part-time female employees : a research note. *Human Resources Management Journal*, 5(5), pp. 75-82.

Ferrie, J. E., Kivimäki, M., Head, J., Shipley, M. J., Vahtera, J., & Marmot, M. G. (2005). A comparison of self-reported sickness absence with absences recorded in employers' registers: evidence from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 74–79.

Finn, C. (2001). Autonomy: an important component for nurses' job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*(38), pp. 349-357.

Fisher, C. D., & Gitelson, R. (1983). A meta-analysis of the correlates of role conflict and ambiguity. *Journal of Applied Psychology*, 68(2), 320.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571.

Fouquereau, E., & Rioux, L. (2002). Elaboration de l'Echelle de satisfaction de vie professionnelle (ESVP) en langue française : une démarche exploratoire. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 34(3), pp. 210-215.

- Fournier, C. (2012). La prise en compte des motivations des élèves soignants : éléments clé d'un recrutement et d'une fidélisation réussis. *Journal d'Economie Médicale*.
- Fox, M., Dwyer, D., & Ganster, D. (1993). Effects of stressful job demands and control on physiological and attitudinal outcomes in a hospital setting. *Academy of Management Journal*(36), pp. 289-318.
- French, J., & Caplan, R. (1973). *Organisational stress and individual strain*. New York: Marrow.
- Fried, Y., & Ferris, G. R. (1987). The Validity of the Job Characteristics Model: A Review and Meta-Analysis. *Personnel Psychology*, 40(2), 287–322.  
<http://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1987.tb00605.x>
- Fung-kam, L. (1998). Job satisfaction and autonomy of Hong Kong registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*(27), pp. 355-363.

## G

- Gagné, M., & Forest, J. (2009). La motivation au travail selon la théorie de l'autodétermination. Dans J. Rojot, P. Roussel, & C. Vandenberghe, *Comportement organisationnel* (Vol. 3, pp. 215-234). Bruxelles: De Boeck.
- Gagnon, S., Paquet, M., Courcy, F., & Parker, C. P. (2009). Measurement and management of work climate: Cross-validation of the CRISO Psychological Climate Questionnaire. *Healthcare Management Forum - Gestion des soins de santé*, pp. 57-65.
- Gallois, P., & Dubertrand, M. (2009). *L'absentéisme : Comprendre et agir* (2e édition). Rueil-Malmaison: Editions Liaisons.
- Gaudine, A., & Gregory, C. (2010). The accuracy of nurses' estimates of their absenteeism. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 599–605.

- Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2008). *Méthodologie de la recherche*. Paris: Pearson Education.
- Gaziel, H. (1989). Determinants of perceived deficiency of autonomy among elementary school administrators. *Social Behavior and Personality*, 17, pp. 57-65.
- Gellatly, I. (1995). Individual and group determinants of employee absenteeism: test of a causal model. *Journal of Organizational Behavior*, 16(5), pp. 469–485.
- Gellatly, I., & Luchak, A. (1998). Personal and organizational determinants of absence norms. *Human Relations*, 51(8), pp. 1085–1103.
- Georgescu, I. (2010). *La pression financière interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et les comportements : le cas de l'hôpital public français*. Université Montpellier I.
- Geurts, S. (2000). SWING: Survey Work–Home Interaction-Nijmegen (Internal Research Report). Nijmegen, the Netherlands: University of Nijmegen.
- Gibson, J. O. (1966, June). Toward a Conceptualization of Absence Behavior of Personnel in Organizations. *Administrative Science Quarterly*, 2(1), pp. 107-33.
- Gilboa, S., Shirom, A., Fried, Y., & Cooper, C. (2008). A Meta-Analysis of Work Demand Stressors and Job Performance: Examining Main and Moderating Effects. *Personnel Psychology*, 61(2), 227–271.
- Gillet, B., & Schwab, D. P. (1975). Convergent and Discriminant Validities of Corresponding Job Descriptive Index and Minnesota Satisfaction Questionnaire Scales. *Journal of Applied Psychology*, 60(3), pp. 313-317.
- Giraud, C. (1987). L'absentéisme : un symptôme organisationnel. Une lecture sociologique. *Sociologie du travail*, 3, pp. 323-337.
- Giraud, C. (1987). L'absentéisme: un symptôme organisationnel. Une lecture sociologique du cas d'une administration au plan régional. *Sociologie Du Travail*, 323–337.

- Giraud, L. (2012). *L'intention de quitter l'entreprise : une approche par l'étape de carrière et l'appartenance générationnelle du salarié*. Université Lyon 3.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2002). Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie. *Gestion*, 27(3), pp. 12-22.
- Goldberg, C., & Waldman, D. (2000). Modeling employee absenteeism: testing alternative measures and mediated effects based on job satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 6(21), pp. 665–676.
- Goodman, P. S., & Atkin, R. S. (1984). *Absenteeism*. Jossey-Bass Incorporated Pub.
- Gormley, D. K. (2003). Factors affecting job satisfaction in nurse faculty: a meta-analysis. *Journal of Nursing Education*, 42(4), pp. 174-178.
- Graham, K. R., Davies, B. L., Woodend, K. A., Simpson, J., & Mantha, S. L. (2011, November/December). Impacting Canadian Public Health Nurses' Job Satisfaction. *Canadian Journal of Public Health*, 102(6), pp. 427-31.
- Gray, M., & Smith, L. N. (1999). The professional socialization of diploma of higher education in nursing students (Project 2000): a longitudinal qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, (3)(29), pp. 639-647.
- Greenhaus, J. H. (1971). An investigation of the role of career salience in vocational. *Journal of Vocational Behavior*, pp. 209-216.
- Greenhaus, J. H. (1971). An investigation of the role of career salience in vocational behavior. *Journal of Vocational Behavior*, 1(3), 209–216.
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academic of Management Review*, 10(1), pp. 76-88.
- Greiner, B. A., Krause, N., Ragland, D. R., & Fisher, J. M. (1998). Objective stress factors, accidents, and absenteeism in transit operators: a theoretical framework and empirical evidence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(2), 130.



Groux, G., & Pernot, J.-M. (2008). *La grève*. Presses de Sciences Po.

Guérin, G., & Wils, T. (2002). La gestion stratégique des ressources humaines. *Gestion, Vol.* 27(2), 14–23.

## H

Hackett, R. D., & Bycio, P. (1996). An evaluation of employee absenteeism as a coping mechanism among hospital nurses. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69, pp. 327-338.

Hackett, R. D., & Guion, R. M. (1985). A reevaluation of the absenteeism-job satisfaction relationship. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 35(3), 340–381.

Hackett, R. D., Bycio, P., & Guion, R. M. (1989). Absenteeism among hospital nurses: An idiographic-longitudinal analysis. *Academy of Management Journal*, 32(2), 424–453.

Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60, pp. 159-170.

Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Massachusetts: Addison-Wesley.

Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & William, C. (1998). *Black (1998), Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Hammer, T. H., & Landau, J. C. (1981). Methodological issues in the use of absence data. *Journal of Applied Psychology*, 66(5), 574–581. <http://doi.org/10.1037/0021-9010.66.5.574>

Hanisch, K. A., & Hulin, C. L. (1991). General attitudes and organizational withdrawal: An evaluation of a causal model. *Journal of Vocational Behavior*, 39(1), 110–128.

Harrison, D., & Martocchio, J. (1998). Time for absenteeism: A 20-year review of origins, offshoots, and outcomes. *Journal of Management*, (24), 149–206.

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach* (1 edition). New York: The Guilford Press.

- Hayes, B., Bonner, A., & Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 804-814.
- Health, D. o. (1999). *Making a Difference: Strengthening the Nursing, Midwifery and Health Visiting Contribution to Health and Healthcare*. London: HMSO.
- Herscovitch, L., & Meyer, J. P. (2002). Commitment to organizational change: extension of a three-component model. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 474.
- Hill, J., & Trist, E. (1953). A Consideration of Industrial Accidents as Means of Withdrawal from the Work Situation. *Human Relations*, 6(4), pp. 357-80.
- Hill, J., & Trist, E. (1955). Changes in Accidents and Other Absences with Length of Service. *Human Relations*, 8(2), pp. 121-52.
- Hirschman, A. (1972). *Face au déclin des entreprises et des institutions*. Paris: Editions ouvrières.
- Hong Lu, A. E. W. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 211–27.
- Hoppock, R. (1935). *Job satisfaction*. New York: Harper.
- Horneij, E. L., Jensen, I. B., Holmström, E. B., & Ekdahl, C. (2004). Sick leave among home-care personnel: a longitudinal study of risk factors. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 5(1), 38.
- House, R. J., & Rizzo, J. R. (1972). Role conflict and ambiguity as critical variables in a model of organizational behavior. *Organizational Behavior and Human Performance*, 7(3), 467–505.
- Hulin, C. (1991). *Adaptation, persistence, and commitment in organizations*.

Hulin, C. L., Roznowski, M., & Hachiya, D. (1985). Alternative opportunities and withdrawal decisions: Empirical and theoretical discrepancies and an integration. *Psychological Bulletin*, 97(2), 233.

## I

Igalens, J. (1999). Satisfaction au travail. Dans R. Le Duff, *Encyclopédie de la gestion et du management* (pp. 1246-1247). Paris: Dalloz.

Iglesias, K., Renaud, O., & Tschan, F. (2010). La satisfaction au travail. Une conséquence du choix des outils statistiques et des instruments de mesure en GRH. *Revue internationale de psychosociologie*, pp. 245-270.

Iglesias, K., Renaud, O., & Tschan, F. (2010). Satisfaction au travail : conséquences du choix des outils statistiques et des instruments de mesure en GRH. XXIème congrès AGRH. Rennes/Saint-Malo.

Ironson, G., Smith, P., Brannick, M., Gibson, W., & Paul, K. (1989). Construction of a job in general scale: A comparison of global, composite and specific measures. *Journal of Applied Psychology*(74), pp. 193-200.

Irvine, D., & Evans, M. G. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies. *Nursing research*, 44(4), pp. 246-253.

Irving, P. G., Coleman, D. F., & Cooper, C. L. (1997). Further assessments of a three-component model of occupational commitment: Generalizability and differences across occupations. *Journal of Applied Psychology*, 82(3), 444.

## J

Jackson, S. E., & Schuler, R. S. (1985). A meta-analysis and conceptual critique of research on role ambiguity and role conflict in work settings. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 36(1), 16-78.

- Jansen, P. G., Kerkstra, A., Abu-Saad, H. H., & Van Der Zee, J. (1996). The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal Of Nursing Studies*, 33(4), pp. 407-421.
- Johns, G. (1997). Contemporary research on absence from work: Correlates, causes and consequences international review of industrial and organizational psychology.(12), 115-174. *Johnson, J.(2004)*.
- Jolibert, A., & Jourdan, P. (2006). *Marketing Research*. Paris: Dunod.
- Jourdan, P. (1999). Creation and Validation of an Advertising Scale Based on the Individual Perception of the Emotional or Informational Intent of the Advertisement. *Advances in Consumer Research*, 26(1).
- Judge, T., Bono, J., Thoresen, C., & Patton, G. (2001). The job satisfaction-Job performance relationship : a qualitative and quantitative review. *Psychological Bulletin*, 127, pp. 376-407.

## K

- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R., & Snoek, J. D. (1964). *Organizational stress: studies in rôle conflict and ambiguity*. J. Wiley&Sons.
- Kanungo, R. (1982). *Work alienation*. New York: Praeger.
- Kanungo, R. N. (1982). Measurement of job and work involvement. *Journal of Applied Psychology*, 67(3), 341.
- Kaplan, S. A., Warren, C. R., Barsky, A. P., & Thorensen, C. J. (2009). A note on the relationship between affect(ivity) and differing conceptualizations of job satisfaction : some unexpected meta-analytic findings. *European Journal of Work and Organizational psychology*, 18(1), pp. 29-54.
- Karasek, R. J. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, pp. 285-307.

- Karasek, R. J., Gardell, B., & Lindell, J. (1987). Work and non-work correlates of illness and behaviour in male and female Swedish white collar workers. *Journal of Occupational Behaviour*(8), pp. 187-207.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work. Stress, Productivity, and Reconstruction of Working life*. New York: Basic Book.
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1966). *The social psychology of organizations*. New York: Wiley.
- Khan, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., & Snoek, J. D. (1964). *Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity*. J. Wiley & Sons.
- King, L. A., & King, D. W. (1990). Role conflict and role ambiguity: A critical assessment of construct validity. *Psychological Bulletin*, 107(1), 48.
- Kirkpatrick, I., Dent, M., & Kragh-Jespersen, P. (2011). The contested terrain of hospital management: professional projects and healthcare reforms in Denmark. *Current Sociology*, pp. 490-506.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., & Vahtera, J. (2000). Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and Environmental Medicine*, 57(10), 656–660.
- Kristensen, T. S., & al. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scand. J. Work Environ. Health*, 31(6), pp. 438-449.
- Kuemmerling, A., & al. (2003). Psychometric properties of the scales used in the NEXT-Study. Dans H. M. Hasselhorn, P. Tackenberg, & B. Mueller, *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*. Stockolm: National Institute for Working Life.
- Kunin, T. (1955). The construction of a new type of attitude measure. *Personnel Psychology*, 8, pp. 65-77.

## L

- Lachance, L., Tetreau, B., & Pepin, D. (1997). Validation canadienne-française de la mesure de conflit et d'ambiguïté de rôle de Rizzo et al.(1970). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 29(4), 283.
- Lacroux, A. (2008). *Implication au travail et relation d'emploi atypique: le cas des salariés intérimaires*. Aix-Marseille 3.
- Landeweerd, J. A., & Boumans, N. P. (1994). The effect of work dimensions and need for autonomy on nurses' work satisfaction and health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 67, pp. 207-217.
- Lawler III, E. E. (1986). *High-Involvement Management. Participative Strategies for Improving Organizational Performance*. ERIC.
- Lawler, E. E., & Porter, H. W. (1967, May). Antecedent Attitudes and Effective Managerial Performance. *Organizational Behavior and Human Performance*, 2(2), pp. 122-42.
- Le Lan, R. (2004, Août). Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. *Etudes et Résultats DREES(335)*, p. 12.
- Lee, H., & Cummings, G. G. (2008). Factors influencing job satisfaction of front line nurse managers: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 16, pp. 768-783.
- Lepesqueux, M. (2010, Mai). Attirer ou fidéliser, un acte éthique? *Soins cadres(74)*, pp. 40-41.
- Leteurtre, H. (1991). *L'audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*. Berger-Levrault.
- Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. New York: Mc Graw-Hill.
- Lheureux, F. (2010, Décembre). Représentations professionnelles, satisfaction au travail et choix de carrière des personnels infirmiers : le rôle des valeurs d'autonomie. *Psychologie du travail et des organisations*, 16(4), pp. 312-324.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, 1, 1297-1343.

- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. Dans M. Dunette, *Handbook of industrial and Organisational Psychology* (pp. 1297-1349). Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Louart, P. (1991). *Gestion des ressources humaines*. Eyrolles Paris;
- Loubès, A. (1997, janvier 7). 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, 451. Montpellier 2.
- Lourel, M., Gana, K., & Wawrzyniak, S. (2005). L'interface « vie privée–vie au travail » : adaptation et validation française de l'échelle SWING (survey work–home interaction-Nijmegen). *Psychologie du travail et des organisations*, 11, pp. 227-239.
- Lu, H., White, A. E., & Barriball, L. K. (2005). Job Satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), pp. 211-227.
- Lynn, M. R., Morgan, J. C., & Moore, K. A. (2009). Development and Testing of the Satisfaction in Nursing Scale. *Nursing Research*, 58(3), pp. 166-174.

## M

- Malhotra, N. (2011). *Etudes marketing*. Paris: Pearson.
- March, J., & Simon, H. (1958). *Les organisations*. Paris: Dunod.
- Marmot, M., Feeney, A., Shipley, M., North, F., & Syme, S. L. (1995). Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49(2), 124–130.
- Martory, B. (2004). *Tableaux de bord sociaux*. Wolters Kluwer France.
- Mathieu, J. E., & Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108(2), pp. 171-194.

- Matrunola, P. (1996). Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism? *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 827–834.
- Mayer, R., & Schoorman, F. (1998). Differentiating antecedents of organizational commitment: A test of March and Simon's model. *Journal of Organizational Behavior*, 19(1), pp. 15-28.
- McFarlane-Shone, L., Newton, L. A., & Thornton, G. C. (1990). Job and organizational attitudes in relation to employee behavioural intentions. *Journal of Organizational Behavior*, 2, pp. 57-67.
- McGlynn, K., Griffin, M. Q., Donahu, M., & Fitzpatrick, J. J. (2012). Registered nurse job satisfaction and satisfactio with professional practice model. *Journal of Nursing Management*, 20, pp. 260-265.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), pp. 61-89.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1993). Commitment to Organizations and Occupations: Extension and Test of a Three-Component Conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78(4), pp. 538-551.
- Meyer, J. P., & Herscovitch, L. (2001). Commitment in the workplace: Toward a general model. *Human Resource Management Review*, 11(3), 299–326.
- Meyer, J., Stanley, D., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequenes. *Journal of Vocational Behavior*, 61(1), pp. 20-52.
- Meyssonnier, R., & Roger, A. (2006). L'impact du cocooning organisationnel et des opportunités d'emploi sur le lien entre satisfaction au travail et intention de quitter. AGRH, (p. 23). Reims.



- Mignonac, K. (2004). Que mesure-t-on réellement lorsque l'on invoque le concept de satisfaction au travail. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 53, pp. 80-93.
- Mignonac, K. (2004b). Que mesure-t-on réellement lorsque l'on invoque le concept de satisfaction au travail? Congrès AGRH, (p. 23). Montréal.
- Miles, R. H., & Perreault, W. D. (1976). Organizational role conflict: Its antecedents and consequences. *Organizational Behavior and Human Performance*, 17(1), 19–44.
- Mobley, W. H. (1977). Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 62(2), 237.
- Moreno, J. L. (1970). *Fondements de la sociométrie*. Presses universitaires de France.
- Morgan, L. G., & Herman, J. B. (1976). Perceived consequences of absenteeism. *Journal of Applied Psychology*, 61(6), 738.
- Morrow, P. C. (1993). *The theory and measurement of work commitment*. Jai Press.
- Mottay, D. (2010). Le recrutement et la fidélisation des IDE en Midi-Pyrénées. Congrès de l'AGRH, (pp. 1-33).
- Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. M. (1982). *Employee-organization Linkages: The Psychology of Commitment, Absenteeism, and Turnover*. New York: Academic Press.
- Mowday, R. T., Steers, R. M., & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14(2), 224–247.
- Muchinsky, P. M. (1977). Employee absenteeism: A review of the literature. *Journal of Vocational Behavior*, 10(3), 316–340.
- Muller, C. W., & McCloskey, J. C. (1990). Nurses job satisfaction: a proposed measure. *Nursing Research*, 39(2), pp. 113-117.
- Murells, T., Clinton, M., & Robinson, S. (2005). Job satisfaction in nursing: validation of a new instrument for the UK. *Journal of Nursing Management*, 13(4), pp. 296-311.

- Nadler, D. A., Jenkins, G. D., Cammann, C., Lawler, E., & III. (1975). The Michigan organizational assesment package : progress report II. Dans A. Arbor. University of Michigan: MI : Institute for Social Research.
- Nagy, M. S. (2002). Using a single-item approach to measure facet job satisfaction. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75, pp. 77-86.
- Neveu, J. (2006). Théories de l'implication. Dans J. Allouche, Encyclopédie des Ressources Humaines. Paris: Vuibert.
- Neveu, J.-P. (1994). A propos de l'intention de départ. *Revue de Gestion Des Ressources Humaines*, (12), 27–38.
- Neveu, J.-P. (1996). *La démission du cadre d'entreprise: étude sur l'intention de départ volontaire*. Economica.
- Neveu, J.-P., & Thévenet, M. (2002). L'implication au travail. Cahors: Vuibert.
- Nicholson, N. (1977). Absence behaviour and attendance motivation: a conceptual synthesis. *Journal of Management Studies*, 14(3), pp. 231-252.
- Nicholson, N., & Johns, G. (1985). The absence culture and the psychological contract: who's in control of absence? *Academy of Management*, 10(3), pp. 397-407.
- Nicholson, N., Brown, C. A., & Chadwick-Jones, J. K. (1976). Absence from work and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 61(6), 728.
- O'Reilly, C., & Chatman, J. (1986). Organizational Commitment and psychology attachment: the effect of compliance, identification and internalisation on prosocial behavior. *Journal of Applied Psychology*, 71(3).
- Örtqvist, D., & Wincent, J. (2006). Prominent consequences of role stress: A meta-analytic review. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 399.

## P

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences sociales et humaines. Armand Colin, Paris.*
- Paquet, M., & Gagnon, S. (2010). "Collective climate" in hospital settings: A tool to better target work climate improvement strategies. *Healthcare Management Forum - Gestions des soins de santé*, pp. 25-65.
- Parker, P. A., & Kulik, J. A. (1995). Burnout, self-and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses. *Journal of Behavioral Medicine*, 18(6), 581–599.
- Patterson, M., Rick, J., Wood, S., Carroll, C., Balain, S., & Booth, A. (2010). Systematic review of the links between human resource management practices and performance. *Health Technology Assessment*, 14(51), p. 380.
- Peretti, J.-M., & Vachette, J.-L. (1984). *Audit social*. Les éditions d'organisation.
- Perrot, S. (2001). *L'entrée dans l'entreprise des jeunes diplômés*. Paris: Economica.
- Petty, M., McGee, G. W., & W, C. J. (1984). A meta-analysis of the relationships between individual job satisfaction and individual performance. *Academy of Management Review*, 9(4), pp. 712-721.
- Pierre, L. (2010, mai). Nomadisme et maintien des compétences infirmiers. *Soins cadres*(74), pp. 20-21.
- Porter, L. W., Steers, R. M., Mowday, R. T., & Boulian, P. V. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59(5), 603.
- Price, J. L. (1977). *The study of turnover*. Iowa State Press.

## R

- Raatikainen, R. (1997). Nursing care as a calling. *Journal of Advanced Nursing*, 25, pp. 1111–1115.

- Rajbhandary, S., & Basu, K. (2010). Working conditions of nurses and absenteeism: Is there a relationship? An empirical analysis using National Survey of the Work and Health of Nurses. *Health Policy*, 97(2), 152–159.
- Randon, S., Pourin, C., Sibé, M., Tricaud, S., & Michel, P. (2011). Actualisation 2011 de la revue de littérature sur la satisfaction au travail conduite par le CCECQA en 2000. CCECQA.
- Raveyre, M., & Ughetto, P. (2003). La travail, part oubliée des restructurations hospitalières. *Revue Française des Affaires Sociales*(3), pp. 97-119.
- Raveyre, M., & Ughetto, P. (2003). Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières. *Revue française des affaires sociales*, 3(3), 95–119.
- Reichers, A. (1985). Review and Reconceptualization of Organizational Commitment. *Academy of Management Review*, 10(3), pp. 465-476.
- Rhoads, G. K., Singh, J., & Goodell, P. W. (1994). The multiple dimensions of role ambiguity and their impact upon psychological and behavioral outcomes of industrial salespeople. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 14(3), 1–24.
- Rhodes, S. R. (1990). *Managing employee absenteeism*. Addison Wesley Publishing Company.
- Rijk, A. E., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & De Jonge, J. (1998). Active coping and need for control as moderators of the job demand-control model: Effects on burnout. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, pp. 1-18.
- Rizzo, J. R., House, R. J., & Lirtzman, S. I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 150–163.
- Rocheblave-Spenlé, A.-M., & Rocheblave-Spenlé, A.-M. (1969). *La notion de rôle en psychologie sociale: étude historico-critique*. Presses universitaires de France.

- Rojot, J., Roussel, P., & Vandenberghe, C. (2009). *Comportement organisationnel, volume 3: Théories des organisations, motivation au travail, engagement organisationnel*. De Boeck.
- Rosse, J. G., & Miller, H. E. (1984). Relationship between absenteeism and other employee behaviors. *Absenteeism, 1*, 194–228.
- Roussel, P. (1996). Rémunération, motivation et satisfaction au travail. Paris: Economica.
- Roussel, P. (2000). La motivation au travail - concept et théories. Les notes du LIRHE(326), p. 20.
- Roussel, P. (2005). Chapitre 9. Méthodes de développement d'échelles pour questionnaires d'enquête. *Méthodes & Recherches*, 245–276.
- Roussel, P., Dalmas, M., Manville, C., & Mottay, D. (2009). Théories de la motivation au travail et management. Dans J. Rojot, P. Roussel, & C. Vandenberghe, *Comportement organisationnel* (Vol. 3, pp. 171-214). Bruxelles: De Boeck.
- Ruiller, C. (2008). *Le soutien social au travail: conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle: l'étude d'un cas hospitalier*. Université Rennes 1.

## S

- Saane van, N., Sluiter, J. K., Verbeek, H., & Frings-Dresen, M. (2003). Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction - a systematic review. *Occupational Medicine*, 53, pp. 191-200.
- Santé, H. A. (2010). Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé., (p. 48). La Plaine Saint Denis.
- Sarazin, B. (2010, Novembre/Décembre). Quels indicateurs de la qualité de vie au travail? *Travail & Changement*(334), 2-3.
- Savall, H., & Zardet, V. (1987). *Maîtriser les coûts et les performances cachés* (Economica).

- Scarpello, V., & Campbell, J. P. (1983). Job satisfaction: are all the parts there? *Personnel Psychology*, 36(3), pp. 577-600.
- Schaubroeck, J., Cotton, J. L., & Jennings, K. R. (1989). Antecedents and consequences of role stress : a covariance structure analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 10, pp. 35-58.
- Schleicher, D. J., Watt, J. D., & Greguras, G. J. (2004). Reexamining the job satisfaction-performance relationship: The complexity of attitudes. *Journal of Applied Psychology*, 89, pp. 165-177.
- Schuler, R. S. (1977). Role conflict and ambiguity as a function of the task—structure—technology interaction. *Organizational Behavior and Human Performance*, 20(1), 66–74.
- Scott, K. D., & Taylor, G. S. (1985). An examination of conflicting findings on the relationship between job satisfaction and absenteeism: A meta-analysis. *Academy of Management Journal*, 28(3), 599–612.
- Serieyx, H. (2002). *Les jeunes et l'entreprise : des noces ambiguës*. Edition Eyrolles.
- Shamian, J., Kerr, M. S., Laschinger, H. K. S., & Thomson, D. (2002). A hospital-level analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in Ontario's acute-care hospitals. *CJNR: Canadian Journal of Nursing Research*. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2002-17384-003>
- Shelledy, D. C., Mikles, S. P., May, D. F., & Youtsey, J. W. (1992). Analysis of job satisfaction, burnout, and intent of respiratory care practitioners to leave the field or the job. *Respiratory Care*, 37(1), 46–60.
- Sicart, D. (2011). *Les professions de santé au 1er janvier 2011* (No. 158).
- Siu, O. (2002). Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses\*. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 218–229.

- Smith, C., Tisak, J., & Shmieder, R. (1993). The measurement properties of the role conflict and role ambiguity scales: A review and extension of the empirical research. *Journal of Organizational Behaviour*, 14, pp. 37-48.
- Smith, P. C., Kendall, L. M., & Hulin, C. L. (1969). *The measurement of job satisfaction in work and retirement*. Chicago: Rand McNally.
- Smulders, P. G. (1980). Comments on employee absence/attendance as a dependent variable in organizational research. *Journal of Applied Psychology*, 65(3), 368.
- Snape, E., & Redman, T. (2003). An evaluation of a three-component model of occupational commitment: dimensionality and consequences among United Kingdom human resource management specialists. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 152.
- SOFCAH. (2011). Absences au travail pour raison de santé dans les établissements de santé - 2010. *Analyse & Conjoncture*.
- Somers, M. J. (1995). Organizational commitment, turnover and absenteeism: An examination of direct and interaction effects. *Journal of Organizational Behavior*, 16(1), 49-58.
- Somers, M., & Birnbaum, D. (2000). Exploring the relationship between commitment profiles and work attitudes, employee withdrawal, and job performance. *Public Personnel Management*, 29(3), pp. 353-364.
- Song, R., Daly, B. J., Rudy, E. B., Douglas, S., & Dyer, M. A. (1997). Nurses' job satisfaction, absenteeism, and turnover after implementing a special care unit practice model. *Research in Nursing & Health*, 20, pp. 443-452.
- Sparks, A. M. (2012). Psychological empowerment and job satisfaction between Baby Boomer and Generation X nurses. *Journal of Nursing Management*(20), pp. 451-460.
- Spector, P. (1985). Measurement of Human service staff satisfaction : development of the job satisfaction survey. *American Journal of community psychology*, 13(6), pp. 693-713.

- Spector, P. E. (1986). Perceived Control by Employees: A Meta-Analysis of Studies Concerning Autonomy and Participation at work. *Human Relations*, 39(11), pp. 1005-1016.
- Spector, P., & O'Connell, B. (s.d.). The contribution of personality traits, negative affectivity, locus of control and Type A to the subsequent reports of job stressors and job strains. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*(67), pp. 1-11.
- Spector. (1997). *Job satisfaction: Applications, assessment, causes and consequences*. Thousand Oaks: Sage.
- Stamps, P. L. (1997). *Nurses and work satisfaction: an index for measurement* (2nd edition). Chicago: Health Administration Press.
- Stamps, P. L. (1997). Using the index of work satisfaction in an organizational setting. *Nurses and Work Satisfaction: An Index for Measurement*, 2.
- Stamps, P. L., & Piedmonte, E. B. (1986). *Nurses and work satisfaction: An index for measurement*. Ann Arbor: Health Administration Press Perspectives.
- Staw, B. M., & Oldham, G. R. (1978). Reconsidering our dependent variables: A critique and empirical study. *Academy of Management Journal*, 21(4), 539–559.
- Steel, R. P. (2003). Methodological and operational issues in the construction of absence variables. *Human Resources Management Review*, 13(2), pp. 243-251.
- Steel, R. P., & Lounsbury, J. W. (2009). Turnover process models: Review and synthesis of a conceptual literature. *Human Resource Management Review*, 19(4), 271–282.
- Steers, R. M., & Rhodes, S. R. (1978). Major influences on employee attendance: A process model. *Journal of Applied Psychology*, 63(4), 391.
- Swetrz, P. (1974). *Éléments de sociologie hospitalière*. Paris: Edition du centurion.

## T

- Tadd, V. (1994). Professional codes: an exercise in tokenism? *Nursing Ethics*, 1(1), 15–23.



- Taunton, R. L., Hope, K., Woods, C. Q., & Bott, M. J. (1995). Predictors of absenteeism among hospital staff nurses. *Nursing Economic\$, 13*(4), 217–229.
- Tett, R., & Meyer, J. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: Path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology, 46*(2), pp. 259-293.
- Theorell, T., & others. (1992). The psycho-social environment, stress, and coronary heart disease. *Coronary Heart Disease Epidemiology, 256–273*.
- Thévenet, M., & Vachette, J.-L. (1992). *Culture et comportements*. Vuibert.
- Tolman, E. C. (1932). Purposive behavior in animals and men. New York: Century Co.
- Toupillier, M., & Yahiel, M. (2011). Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé.
- Traynor, M., & Wade, B. (1993). The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts. *Journal of Advanced Nursing, pp. 127-136*.
- Trinkoff, A. M., Storr, C. L., & Lipscomb, J. A. (2001). Physically demanding work and inadequate sleep, pain medication use, and absenteeism in registered nurses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 43*(4), 355–363.

## U

- Unruh, L., Joseph, L., & Strickland, M. (2007). Nurse absenteeism and workload: negative effect on restraint use, incident reports and mortality. *Journal of Advanced Nursing, 60*(6), 673–681. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04459.x>
- Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2009). Hospital nurses' job satisfaction : a literature review. *Journal of Nursing Management*(17), pp. 1002-1010.

## V

- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30(4), pp. 662-680.
- Van Sell, M., Brief, A. P., & Schuler, R. S. (1981). Role conflict and role ambiguity: Integration of the literature and directions for future research. *Human Relations*, 34(1), 43–71.
- Vandenberghe, C., Landry, G., & Panaccio, A.-J. (2009). L'engagement organisationnel. Dans J. Rojot, P. Roussel, & C. Vandenberghe, *Comportement organisationnel* (Vol. 3, p. 396). Bruxelles: De boeck.
- Vandenberghe, C., Stordeur, S., & d' Hoore, W. (2009). Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers.
- Voss, M., Stark, S., Alfredsson, L., Vingård, E., & Josephson, M. (2008). Comparisons of self-reported and register data on sickness absence among public employees in Sweden. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(1), 61–67.
- Vroom, V. H. (1964). *Work and Motivation*. New York: Wiley.

## W, Y, Y, Z

- Wacheux, F. (1996). *Méthodes qualitatives et recherche en Gestion*. Paris: Economica.
- Wade, G. H. (1999). Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), pp. 310-318.

- Wanous, J. P., Reichers, A. E., & Hudy, M. J. (1997). Overall Job Satisfaction: How Good Are Single-Item Measures? *Journal of Applied Psychology*, 82(2), pp. 247-252.
- Warr, P. (1987). *Work, Unemployment, and Mental Health*. Oxford: Clarendon Press.
- Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work and stress*, 8(2), pp. 84-97.
- Wayne, S. J., Shore, L. M., & Liden, R. C. (1997). Perceived Organizational support and leader-member exchange : a social exchange perspective. *Academy of Management Journal*, 40, pp. 82-111.
- Weir, C. J., Murray, G. D., Dyker, A. G., & Lees, K. R. (1997). Is hyperglycaemia an independent predictor of poor outcome after acute stroke? Results of a long term follow up study. *Bmj*, 314(7090), 1303.
- Weiss, D. (1979). L'absentéisme. *Revue française des Affaires sociales*, 10-12(4), pp. 49-95.
- Weiss, D. J., Dawis, R. V., & England, G. W. (1967). Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation*(22), p. 120.
- Widger, K., Pye, C., Cranley, L., Wilson-Keates, B., Squires, M., & Tourangeau, A. (2007). Generational difference in acute care nurses. *Nursing Leadership (Toronto, Ont)*, 20(1), pp. 49-61.
- Wiener, Y. (1982). Commitment in Organizations: A Normative View. *Academy of Management Review*, 7, pp. 418-428.
- Williams, E. S., & Skinner, A. C. (2003, Apr-Jun). Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Manage Rev*, 28(2), pp. 39-119.
- Yahiel, M., & Mounier, C. (2010). *Quelles formations pour les cadres hospitaliers*. Paris: IGAS.

Zangaro, G. A., & Soeken, K. (2005). Meta-analysis of the Reliability and Validity of Part B of The Index of Work Satisfaction Across Studies. *Journal of Nursing Measurement*, 13(1), pp. 7-22.

Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing and Health*, 30(4), pp. 445-458.

Zurmehly, J. (2008). The relationship of educational preparation, autonomy, and critical thinking to nursing job satisfaction. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), pp. 453-460.