

THÈSE EN COTUTELLE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
ET DE L'UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES

ÉCOLE DOCTORALE UBX : Sociétés, Politique, Santé Publique (SP2)

ÉCOLE DOCTORALE DU PARTENAIRE : Sciences psychologiques et sciences de
l'éducation (PSYCEDUC)

SPÉCIALITÉ : Psychologie du Travail et des Organisations

Par Abdelhamid DJEDIAT

**Les exigences du travail et le bien-être dans la profession
infirmière : le rôle des ressources émotionnelles.**

Sous la direction de Madame le Professeur Adalgisa BATTISTELLI
et de Madame le Professeur Sabine POHL

Soutenue le 13/07/2018

Membres du jury :

Mme HELLEMANS, Catherine	Professeur	Université libre de Bruxelles	Président
Mme DESRUMAUX, Pascale	Professeur	Université de Lille 3	Rapporteur
Mme LAGABRIELLE, Christine	Professeur	Université Toulouse - Jean Jaurès	Rapporteur
Mme FOUQUEREAU, Evelyne	Professeur	Université François Rabelais de Tours	Examineur
Mme POHL, Sabine	Professeur	Université libre de Bruxelles	Directeur
Mme BATTISTELLI, Adalgisa	Professeur	Université libre de Bruxelles	Directeur

Titre : les exigences du travail et le bien-être dans la profession infirmière : le rôle des ressources émotionnelles.

Résumé :

Le secteur de santé a connu d'importantes transformations structurelles accentuant les contraintes du travail infirmier. Ces contraintes exposent le personnel infirmier à un stress important impactant, à long terme, leur bien-être au travail et la qualité des soins (Kornig, Levet, & Ghadi, 2016). Confronté à la souffrance et à la mort, le travail infirmier suppose aussi des interactions chargées émotionnellement où les expressions émotionnelles comme la colère, le dégoût ou même la peine sont régies par des normes déontologiques, éthiques ou sociales appelées « règles d'affichage émotionnel » (Diefendorff, Erickson, Grandey, & Dahling, 2011). Les émotions réellement ressenties par le soignant ne concordent pas toujours avec ces règles d'affichage émotionnel. Dans ce cas, le soignant expérimentera une dissonance émotionnelle (Zapf, 2002) génératrice de tension, d'une aliénation des émotions, d'une perte d'estime de soi, altérant ainsi le bien-être au travail (Diefendorff, Croyle, & Gosserand, 2005 ; Dal Santo, Pohl, & Battistelli, 2016). Le modèle exigence-ressource de Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli (2001), propose de s'intéresser au potentiel ressource dont dispose le travail, l'organisation ou l'individu lui-même. Suivant cette voie, les chercheurs mettent au premier plan des concepts tels que le soutien émotionnel perçu du supérieur (Pohl & Galletta, 2017) et les stratégies de régulation émotionnelle (Andela, Truchot, & Borteyrou, 2015) comme des ressources permettant d'atténuer les effets néfastes des tensions émotionnelles et psychologiques du travail. À notre connaissance, peu de recherches se sont penchées sur l'influence de la dimension émotionnelle du soutien du supérieur sur la population infirmière. De plus, l'examen de la littérature révèle une incohérence quant au sens de la relation entre la régulation émotionnelle et le bien-être au travail (Andela et al., 2015). Pour ce faire, ces auteurs proposent une nouvelle construction de la régulation émotionnelle en quatre dimensions qui a été adoptée dans la présente thèse.

La question de départ de cette recherche doctorale est de comprendre dans quelle mesure le bien-être au travail est affecté par les exigences et les ressources émotionnelles du travail infirmier. Pour ce faire, trois études empiriques ont été menées utilisant la modélisation en équation structurelle avec le logiciel *Mplus*. Les résultats démontrent que les exigences du travail en termes d'effort extrinsèque, de conflit travail/famille et de dissonance émotionnelle entretiennent une relation négative avec les indicateurs du bien-être au travail (engagement au travail, engagement affectif, satisfaction au travail et l'épuisement émotionnel). Cette relation se trouve expliquée (partiellement ou complètement selon l'indicateur du bien-être au travail) à court et à long terme par le soutien émotionnel perçu du supérieur. D'autre part, la validité factorielle de la structure quadridimensionnelle des stratégies de régulation émotionnelle (déploiement attentionnel, réévaluation cognitive, suppression et amplification positive) révélée par Andela et al. (2015) a été démontré. Parmi ces quatre stratégies, le déploiement attentionnel a permis de médier partiellement la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail. Ces résultats ainsi que leur implication pratiques et théoriques sont discutés.

Mots clés : Dissonance émotionnelle, Efforts intrinsèques, Conflit travail/famille, Soutien émotionnel perçu du supérieur, Stratégies de régulation émotionnelle, Bien-être au travail.

Title: Job demands and well-being among nurses: the role of emotional resources

Abstract:

The health sector has undergone significant structural changes, accentuating the constraints of nursing work. These constraints put nurses under significant stress, impacting on their well-being at work and the quality of care in the long term (Kornig, Levet, & Ghadi, 2016).

Faced with suffering and death, nursing also involves emotionally charged interactions where emotional expression such as anger, disgust or even punishment is governed by ethical or social standards called "emotional display rules" (Diefendorff, Erickson, Grandey, & Dahling, 2011). The emotions really felt by the caregiver do not always match these emotional display rules. In this case, the caregiver will experience emotional dissonance (Zapf, 2002) generating tension, alienation of emotions, loss of self-esteem, thus impairing well-being at work (Diefendorff, Croyle, & Gosserand, 2005, Dal Santo, Pohl, & Battistelli, 2016). However, a reorientation of research, supported by models such the job-demand model of Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli (2001), requires an interest in the resource potential available to the work, organization or the person himself. Following this path, researchers are putting forward concepts such as the perceived emotional support of the supervisor (Pohl & Galletta, 2017) and emotional regulation strategies (Andela & al., 2015) as resources to mitigate the harmful effects of the emotional and psychological tensions of work. To our knowledge, there has been little research into the influence of the emotional dimension of supervisor support on the nursing population. In addition, the review of the literature reveals an inconsistency in the sense of the relationship between emotional regulation and well-being at work (Andela et al., 2015). To do this, these authors propose a new construction of emotional regulation in four dimensions that has been adopted in this thesis.

The starting point for this doctoral research is then to understand the extent to which well-being at work is affected by the job demands and emotional resources of nursing work. To do this, three empirical studies were conducted using structural equation modeling with the Mplus software. The results show that job demands in terms of extrinsic effort, work/family conflict and emotional dissonance are negatively related to the indicators of well-being at work (affective commitment, job engagement, job satisfaction emotional exhaustion). This relationship is explained (partially or completely according to the indicator of well-being at work) in the short and long term by the perceived emotional support of the supervisor. On the other hand, the factorial validity of the four dimensional structure of emotional regulation strategies (attentional deployment, cognitive reappraisal, expressive suppression and amplification) revealed by Andela & al. (2015) has been demonstrated. Of these four strategies, attentional deployment has partially mediated the relationship between emotional dissonance and well-being at work. These results are discussed in each chapter of the articles.

Keywords: Emotional dissonance, Extrinsic effort, Work/family conflict, perceived supervisor emotional support, Emotional regulation strategies, Wellbeing at work.

Unité de recherche

1. Laboratoire de psychologie, EA4139, Université de Bordeaux 3 ter, place de la Victoire 33076 Bordeaux cedex - France
2. Centre de Recherche en Psychologie du Travail et de la Consommation (PsyTC), Av. Fr. D. Roosevelt, 50 (CP 122) – B-1050 Bruxelles - Belgique

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent à mes directrices de thèse, Professeur Adalgisa Battistelli et Professeur Sabine Pohl, pour m'avoir accompagné à travers mon parcours de doctorat. Grâce à leur posture bienveillante, leur confiance et l'autonomie concédée, je me suis véritablement épanoui au fil de ces trois années de recherches. Leur expertise m'a permis d'évoluer tant sur le plan conceptuel que méthodologique. Soyez assurées mesdames les professeurs de ma profonde gratitude.

Je tiens aussi à adresser mes vifs remerciements aux membres du jury qui m'ont fait l'honneur d'évaluer ce travail de recherche :

Professeur Cécile Van De Leemput et professeur Catherine Hellemans (université libre de Bruxelles), d'avoir accepté d'être dans mon jury de thèse, mais aussi de m'avoir guidé et orienté tout au long de mon parcours doctoral lors du comité de suivi de thèse. Leur expertise m'a permis de mieux cibler certains points essentiels de mon thème de recherche.

Professeur Christine Lagabrielle (université de Toulouse Jean Jaurès) et professeur Pascale Desrumaux (université de Lille 3), d'avoir accepté d'être rapporteur lors de ma soutenance de thèse, merci pour votre lecture, vos corrections, vos remarques et les échanges passionnants que nous avons pu avoir lors de ma soutenance.

Professeur Évelyne Fouquereau (université François Rabelais de Tours), d'avoir accepté de participer en tant que membre du jury à ma soutenance, d'avoir examiné mon travail, pour les échanges de qualité et les perspectives évoquées qui font d'ores et déjà partie de mes projets de recherche.

J'adresse mes remerciements aux professeurs, aux amis et aux collègues de la fabuleuse équipe du laboratoire de psychologie EA4139 de l'université de Bordeaux, Vincent Angel, Marie Andela, Jacques Pouyaud et Sonia Laberon pour leur soutien. Mes collègues doctorants et docteurs en psychologie du travail et des organisations (PTO), Anna-Malika Camblats, Jorge Velilla, Claire Allain, Lucie Pierre. Mais aussi docteur Guillaume Deprez pour son aide sur les analyses statistiques sur logiciel *Mplus*. Je remercie également mesdames : Fabienne Lapébie, Najat Mayet, Solenne Roux, Aline Costet et Ghislaine Laflaquière pour leur accompagnement et leur aide tout au long de mon parcours à l'université de Bordeaux.

De la même façon, je remercie tout particulièrement la merveilleuse équipe du centre de recherche en psychologie du travail et de la consommation (PsyTC) de l'université libre de Bruxelles, professeur Pierre Salengros, professeur Caroline Closon. Mes collègues doctorants et docteurs : Orchidée Doudy-Michez, Jan Van der Linden, Davide Dal Cason, Sara Aguirre Sanchez Beato, Valérie De Cock et Jade Cauwe. Je remercie aussi tout particulièrement Marie Gueuning et Lucie Lemaître pour toute leur aide et leur accompagnement tout au long de mon

parcours à l'université libre de Bruxelles. Enfin, pour leur accueil et leur joie de vivre, je remercie la famille Pohl, Monsieur Luc et les filles Laura et Lucie.

Bien entendu, je souhaite remercier particulièrement monsieur Dahar Yahia, directeur général du centre hospitalo-universitaire de Bab-El-Oued, de m'avoir permis et faciliter le recueil des données, ainsi que les cadres infirmiers, les infirmières et les infirmiers qui ont acceptés de partager avec moi un peu de leurs vécus professionnel et personnel.

Toute ma gratitude et mes remerciements à mon épouse HAYET, la personne qui a fait que ce travail a été mené à terme, par son courage, sa patience et son amour. Sa foi en mes capacités et son aide illustrent toutes les dimensions du soutien. Accepte ma gratitude et mon amour au cadeau de ta présence à mes côtés tout au long de ces années de pur bonheur passé en ta compagnie.

Enfin, je dois sans aucun doute, ma passion pour la recherche scientifique à mes parents férus de science. Mon défunt père Ali, bien qu'il fut un autodidacte, m'a transmis sa passion pour le savoir et la culture. Ainsi que m'a mère Djoheur, qui en étant tout petit, m'a initié à la connaissance à travers la célèbre revue « Science & Vie». Je ne vivrais surement pas assez pour pouvoir vous remercier pour tous vos sacrifices et votre amour. Sans oublier ma sœur Dalila et mes frères Lyes, Djamel et Tarek pour leur soutien et leur encouragement.



Cette liste n'ayant pas de prétention à l'exhaustivité, je tiens à saluer toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la concrétisation de ma thèse. Qu'ils en soient ici très chaleureusement remerciés!

Ces remerciements tracent peut-être la fin de la thèse, mais ils ouvrent à mon sens une nouvelle page qui sera (je l'espère) le point de départ d'une longue et riche collaboration avec toutes les personnes sus-citées.

Table des matières

PREMIERE PARTIE : CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE

Résumé.....	ii
Remerciements.....	iv
Introduction générale.....	1
Chapitre 1 : Les demandes du travail dans la profession infirmière.....	6
Préambule.....	6
1.1 Secteur hospitalier : un secteur en perpétuel changement	6
1.2 La profession infirmière : Quelques spécificités liées au contexte.....	9
1.3 L'impact des réformes sur le travail infirmier.....	13
1.4 Les demandes du travail à travers les modèles théoriques	15
1.4.1 Le modèle demandes-contrôle (soutien)	16
1.4.2 Le modèle de déséquilibre effort-récompense	19
1.4.3 Le modèle demandes-ressources.....	21
Synthèse.....	25
1.5 Les demandes du travail considérées dans la présente étude.....	26
1.5.1 Les demandes psychologiques du travail infirmier.....	27
1.5.1.1 La pression du temps.....	28
1.5.1.2 Les horaires de travail	28
1.5.1.3 Le conflit travail/famille	29
1.5.1.4 Les interruptions et perturbations durant l'exécution des tâches.....	30
1.5.1.5 Le poids des responsabilités professionnelles.....	31
1.5.1.6 La complexité du travail.....	32
1.5.1.7 Le volume du travail (la surcharge du rôle).....	33
1.5.2 Les demandes physiques du travail infirmier.....	34
1.5.3 Les demandes émotionnelles du travail infirmier	35
1.5.3.1 La dissonance émotionnelle.....	37
Synthèse du chapitre 1.....	39
Chapitre 2 : Le bien-être dans la profession infirmière	40
Préambule.....	40
2.1 Origine et définitions du concept	40
2.2 Indicateurs du bien-être au travail considérés.....	41
2.2.1 La satisfaction au travail.....	42
2.2.3 L'engagement organisationnel affectif.....	44
2.2.2 L'engagement au travail	47
2.2.4 L'épuisement émotionnel.....	49
Synthèse.....	52
Chapitre 3 : Les ressources dans la profession infirmière.....	53
Préambule.....	53
3.1 Travail émotionnel : une ressource personnelle.....	54
3.1.1 Les émotions dans la profession infirmière.....	55
3.1.2 Les règles d'affichage émotionnel.....	58
3.1.3 Le travail émotionnel : définitions et conceptualisations.....	60
3.1.3.1 La conceptualisation originale de Hochschild.....	62
3.1.3.2 Perspective d'Ashforth et Humphrey.....	64
3.1.3.3 Le modèle interactionniste de Morris et Feldman.....	66
3.1.3.4 Le model des stratégies de régulation émotionnellr de Grandey.....	67
Synthèse et positionnement conceptuel.....	70
3.2 Soutien émotionnel perçu du supérieur : une ressource organisationnelle.....	75
3.2.1 SOP au SSP : définition et conceptualisation.....	75

3.2.2 Le soutien émotionnel perçu du supérieur : Définition et perspective.....	78
Synthèse de la partie théorique et proposition d'un modèle.....	82
DEUXIEME PARTIE : ETUDES EMPIRIQUES	
Objectifs général de l'étude.....	83
Chapitre 4 : Etude 1. Les demandes du travail et le bien-être dans la profession infirmière : le rôle médiateur du soutien émotionnel perçu du supérieur	86
4.1 Introduction.....	86
4.2 Les demandes du travail à travers les modèles théoriques	88
4.2.1 Les demandes du travail en termes d'efforts extrinsèques.....	89
4.2.1.1 Efforts extrinsèques et bien-être dans le contexte infirmier.....	90
4.2.2 Les demande du travail en termes de conflit travail/famille	92
4.2.2.1 Conflit travail/famille et bien-être dans le contexte infirmier.....	93
4.3 Soutien émotionnel perçu du supérieur : une ressource au service du bien-être..	95
4.4 Méthode	99
4.4.1 Echantillon et procédure.....	99
4.4.2 Mesures.....	99
4.4.3 Considération éthique de la recherche.....	101
4.5 Résultats.....	101
4.6 Discussion.....	104
4.7 Conclusion	109
4.8 Implications.....	109
4.9 Limites et perspectives.....	109
4.10 Sources de financement et Conflit d'intérêt.....	109
Chapitre 5 : Etude 2. Dissonance émotionnelle et bien-être dans la profession infirmière : le rôle médiateur des stratégies de régulation des émotionnelles.....	110
5.1 Introduction.....	110
5.2 Dissonance émotionnelle : positionnement conceptuel	112
5.2.1 Dissonance émotionnelle et bien-être au travail.....	114
5.3 Stratégies de régulation émotionnelle et bien-être : une relation incertaine	116
5.3.1 Stratégies de régulation émotionnelle : variables médiatrices	119
5.4 Méthode	123
5.4.1 Echantillon et procédure.....	123
5.4.2 Mesures.....	123
5.4.3 Considération éthique de la recherche	125
5.5 Résultats.....	125
5.6 Discussion.....	128
5.7 Conclusion	133
5.8 Implications.....	134
5.9 Limites et perspectives.....	134
5.10 Sources de financement et Conflit d'intérêt.....	134
Chapitre 6 : Etude 3 .La dissonance émotionnelle et le bien-être dans la profession infirmière : le rôle médiateur du soutien émotionnel perçu du supérieur.....	135
6.1 Introduction.....	135
6.2 Dissonance émotionnelle et bien-être au travail : Lien de Temporalité	136
6.3 Soutien émotionnel perçu du supérieur : une ressource du travail	141
6.4 Méthode	143
6.4.1 Echantillon et procédure.....	143
6.4.2 Mesures temps 1 et 2	144
6.4.3 Considération éthique de la recherche.....	145
6.5 Résultats.....	145
6.6 Discussion.....	149
6.7 Implications et perspectives.....	151

6.8 Limites.....	151
6.9 Conclusion.....	152
6.10 Sources de financement et Conflit d'intérêt.....	152
Chapitre 7 : Discussions général	153
Préambule.....	153
7.1 Propriétés psychométriques des mesures utilisées.....	154
7.2 Les principaux résultats obtenus.....	155
7.2.1 La relation entre les demandes et le bien-être au travail.....	157
7.2.2 La relation entre les ressources et le bien-être au travail.....	157
7.3 Discussions.....	158
7.4 Limites.....	168
7.5 Implications et Perspectives.....	169
7.6 Conclusion.....	171
Référence.....	173
Annexe.....	264

Liste des tableaux

Tableau 3.1.	Résumé des définitions du travail émotionnel.....	61
Tableau 4.1.	Analyse factorielle confirmatoire (étude 1).....	101
Tableau 4.2.	Statistiques descriptives (étude 1).....	102
Tableau 4.3.	Liens directs et indirects entre les demandes et le bien-être au travail (étude 1).....	102
Tableau 5.1.	Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle de régulation émotionnelle (étude 2).....	125
Tableau 5.2.	Statistiques descriptives (étude 2).....	126
Tableau 5.3.	Analyse factorielle confirmatoire modèle de mesure global (étude 2)..	127
Tableau 5.4.	Liens directs et indirects du modèle alternatif (étude 2).....	127
Tableau 6.1.	Analyse factorielle confirmatoire du model de mesure (étude 3)...	146
Tableau 6.2.	Statistiques descriptives (étude 3).....	147
Tableau 6.3.	Liens directs et indirects (médiateurs) du modèle final (étude 3)...	147
Tableau 7.1.	Résumé des analyses factorielles confirmatoire (études 1, 2 et 3)...	155
Tableau 7.2.	Principaux résultats obtenus (études 1, 2 et 3).....	155

Liste des figures

Figure 1.	Plan de la thèse.....	5
Figure 1.1.	Modèle Demandes-Contrôle (Karasek, 1979)	17
Figure 1.2.	Modèle Demandes-contrôle-soutien (Karasek & Theorell, 1990)	18
Figure 1.3.	Modèle déséquilibre effort-récompenses (Siegrist, 1996)	20
Figure 1.4.	Modèle demandes-ressources révisé (Bakker & Demerouti, 2007)...	23
Figure 3.1.	Modèle du travail émotionnel (Hochschild, 1983)	63
Figure 3.2.	Modèle du travail émotionnel (Ashforth & Humphrey 1993).....	65
Figure 3.3.	Modèle du travail émotionnel (Morris & Feldman, 1997).....	67
Figure 3.4.	Modèle du travail émotionnel (Gross & John, 2003).....	68
Figure 3.5.	Modèle du travail émotionnel (Grandey, 2000).....	70
Figure 3.6.	Origine du concept du soutien émotionnel perçu du supérieur	75
Figure 3.7.	Antécédents et conséquents (SSP et POS) (Kurtessis et al., 2017)...	77
Figure 3.8.	Cadre conceptuel général de la thèse.....	83
Figure 4.1.	Effet médiateur du SESP dans la relation entre demandes et bien-être au travail (étude 1).....	103
Figure 5.1.	Effet médiateur des stratégies de régulation émotionnelle dans la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail (étude 2).....	126
Figure 5.2.	Effet médiateur du déploiement attentionnel dans la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail (étude 2).....	128
Figure 6.1.	Effet médiateur du SESP dans la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail (étude 3).....	148
Figure 7.2.	Synthèse globale des effets médiateurs obtenus (étude1, 2 et 3).....	156

Introduction générale

Les services de santé représentent l'un des piliers fondamentaux des services sociaux qui contribuent au maintien du capital humain et au fondement de base pour le développement des nations. Ce secteur a connu d'importantes transformations structurelles au cours des quinze dernières années, l'organisation du travail en soins infirmiers a été profondément bouleversée. Les réformes hospitalières transforment les schémas organisationnels et les rapports entre ses acteurs, comme en témoigne Mas Pierru, Smolski, & Torrielli (2011) dans une publication intitulée « *l'Hôpital en réanimation* ». Dans le secteur hospitalier, quel que soit le métier exercé, le personnel accomplit davantage de tâches dans un milieu complexifié par les différentes réformes, où la surcharge et la pression de travail physique, mentale et émotionnelle s'accroissent (Alarcon, 2011 ; Lee, An, & Noh, 2015 ; Kantor, 2010 ; Adriaenssens, De Gucht, & Maes, 2015 ; Cañadas-De la Fuente, Vargas, San Luis, García, Cañadas, & Emilia, 2015). La pénibilité des conditions de travail des établissements de santé a été évaluée dans l'enquête SUMER (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) au même niveau, voire à un niveau plus important que celle du secteur du bâtiment (Arnaudo, Léonard, Sandret, Cavet, Coutrot, Rivalin, & Thiéru, 2013).

Dans ce sens, une récente revue de littérature portant sur le bien-être au travail et la qualité des soins commandée par la HAS (haute autorité de santé Française) et réalisée par Kornig et son équipe en 2016, révèle que les différentes études qui se sont intéressées aux conditions de travail en milieu hospitalier, ont mis en exergue plusieurs types de contraintes dont les contraintes de travail en horaire atypique, mettant à mal la conciliation entre les obligations professionnelles et familiales, les contraintes physiques, psychologiques et émotionnelles accentuées par un rythme de travail élevé. Ces contraintes exposent le personnel infirmier à un stress important qui, sur le plus long terme, peut engendrer un épuisement professionnel, une insatisfaction vis-à-vis du travail et un désengagement envers la profession (Kornig, Levet, & Ghadi, 2016).

C'est dans ce contexte que les professionnels du soin travaillent, confrontés à la souffrance et à la mort, où il est fréquent d'entendre que face à des situations difficiles comme le décès d'un patient, le soignant doit rester « professionnel ». Il est demandé au soignant de ne pas montrer ses émotions ni se laisser submerger par celles-ci, il ne peut exprimer sa colère, sa peur, sa tristesse ou son dégoût face aux patients, cela est réprimé par la déontologie, l'éthique et les normes. Ces normes sont identifiées par la littérature scientifique comme les règles d'affichage émotionnel « *Emotional display rules* » (Diefendorff, Erickson, Grandey, & Dahling, 2011). Face à une situation dans laquelle les émotions ressenties ne concordent pas avec les règles d'affichage, le soignant expérimentera un état de dissonance émotionnelle (Zapf, 2002). Cette dissonance crée une tension qui entraîne une aliénation des

émotions, une perte d'estime de soi, une insatisfaction et à terme conduit à l'épuisement professionnel (Diefendorff, Croyle, & Gosserand, 2005 ; Pohl, Dal Santo, & Battistelli, 2015 ; Dal Santo, Pohl, & Battistelli, 2013). D'autres études ont montré que la dissonance émotionnelle limite le sentiment d'appartenance et d'engagement à l'égard de l'organisation, voire à l'égard de la profession (Banville & Chênevert, 2006).

Ainsi, il apparaît que le volet émotionnel est particulièrement prégnant dans la profession infirmière. Or, si l'étude des émotions a une longue histoire en psychologie, la recherche organisationnelle sur ce thème n'est qu'à ses débuts. L'étude précise du rôle que les émotions jouent au sein de l'organisation semble avoir pour point de départ le début des années 80 avec la publication du livre « *The Managed Heart* » de Hochschild (1983). Depuis lors, les travaux issus de la littérature sur le travail émotionnel ou « *Emotional labour* » sont nombreux et offrent aujourd'hui plusieurs modèles d'analyse et d'outils de mesures, notamment dans le milieu des soins de santé, où la population infirmière semble encline à de fortes demandes émotionnelles (Loriol, 2013). Récemment, en se basant sur une vision positive du travail (bien-être au travail), les chercheurs mettent au premier plan des concepts tels que « le soutien émotionnel perçu du supérieur » et « les stratégies de régulation émotionnelle » comme des ressources permettant d'atténuer les effets néfastes des tensions émotionnelles et psychologiques du travail (Dal Santo, Pohl, & Battistelli, 2016 ; Pohl & Galletta, 2017 ; Andela et al., 2015).

Le soutien organisationnel du supérieur perçu se définit comme un ensemble de croyances globales d'un employé concernant le niveau pour lequel le supérieur prend en considération son bien-être et valorise ses contributions (Eisenbenger, Huntington, Hutchison, & Sowa., 1986). Ray et Miller (1991) soulignent que le supérieur hiérarchique est l'acteur majeur de la construction de la perception du soutien organisationnel des salariés. D'une part parce qu'il représente « humainement » l'organisation et d'autre part, parce qu'il entretient une relation privilégiée et proximale plus adaptée à l'expression d'un soutien émotionnel. Classiquement, le soutien du supérieur se compose de deux types : émotionnel et instrumental. A notre connaissance, peu de recherches se sont penchées sur l'influence de la dimension émotionnelle du soutien sur la population infirmière. Récemment, des chercheurs ont mis en évidence que le soutien émotionnel perçu du supérieur renforce l'engagement et la satisfaction au travail dans la population infirmière (Pohl & Galletta, 2017). De plus, comme le souligne McVicar (2003) dans une revue de littérature sur le stress au travail en soins infirmiers, l'efficacité des interventions ont présenté une certaine limite à moyen terme du fait du manque de pouvoir prédictif des outils d'évaluation et du manque de compréhension des interactions entre les facteurs personnels et professionnels à long terme. De ce postulat, nous tenterons d'expliquer la relation entre les demandes du travail et le bien-être dans la

population infirmière, à travers le soutien émotionnel perçu du supérieur, sous une optique transverse et longitudinale.

Par ailleurs, les stratégies de régulation émotionnelle constituent une ressource permettant entre autres de soulager l'état de dissonance émotionnelle (Holman, Chissick, & Todderell, 2002). Ce travail émotionnel révélé par Hochschild (1983) consiste en un processus de normalisation de l'expression des émotions afin de se conformer aux règles d'affichage. Grandey (2000) affine le concept de la régulation émotionnelle notamment à travers deux grandes stratégies : la régulation en profondeur « Deep-acting » et la régulation de surface « Surface-acting ». La régulation en profondeur consiste en un ajustement des émotions ressenties aux émotions qui doivent être affichées amenant la personne à ressentir et à exprimer l'émotion appropriée notamment en modifiant sa perception de l'événement. La régulation en surface, représente quant à elle la modification de l'aspect observable de l'émotion en simulant une émotion conforme aux règles d'affichage. Cependant, l'examen de la littérature ne permet pas de déterminer précisément l'effet des stratégies de régulation émotionnelle sur le bien-être au travail dans la population infirmière. Certaines études concluent à un effet positif de la régulation en profondeur sur le bien-être au travail par rapport à la régulation en surface alors que d'autres démontrent des résultats inverses (Andela et al., 2015 ; Badolamenti, Sili, Caruso, & Fida, 2017 ; Van De Weerd, 2009). Les auteurs expliquent ces résultats mitigés par des limites méthodologiques inhérentes à la mesure du concept (Andela et al., 2015).

De ce qui précède, la question de départ de notre recherche doctorale est alors de comprendre dans quelle mesure le bien-être au travail (appréhendé par l'engagement au travail, l'engagement organisationnel affectif, la satisfaction au travail et l'épuisement émotionnel) est affecté par les exigences du travail infirmier. Dans ce sens, Karasek et Theorell (1990) ont mis en évidence des facteurs qui reflètent les exigences vécues par les individus au travail à travers le concept des *demandes psychologiques du travail* qui traduit la charge de travail et les contraintes organisationnelles exercées sur l'individu (intensité et quantité du travail, temps disponible pour exécuter la tâche, tâches interrompues,...). Le modèle de Siegrist, (1996) « effort-reward imbalance : ERI » à sa suite, conçoit les exigences du travail entre autres, en termes d'effort extrinsèque à fournir. L'effort extrinsèque est lié à des exigences professionnelles telles que les contraintes de temps, les interruptions fréquentes, les nombreuses responsabilités, l'augmentation de la charge de travail et l'effort physique.

Si la majorité des recherches ont mis l'accent sur les variables négatives de l'environnement de travail, certains modèles choisissent de prendre le contrepied et de se centrer également sur les ressources potentielles. Le modèle « job demands-resources : JD-

R » de Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli (2001) s'inscrit parfaitement dans cette perspective et affirme que si chaque emploi comporte un certain nombre de facteurs de risque qui lui sont propres, il dispose aussi des facteurs qui constituent des ressources. D'ailleurs, pour Schaufeli, Bakker, & Van Rhenen (2009), les demandes du travail réfèrent à divers aspects du travail incluant la charge physique et psychologique de la tâche et le conflit travail/famille, tandis que les ressources réfèrent aux variables telles que les récompenses, la participation ou le soutien du supérieur. S'inspirant du modèle JD-R, la présente étude prendra en considération trois aspects reflétant les demandes du travail infirmier : l'effort extrinsèque, qui incarne l'aspect exigeant du travail tant physique que psychologique ; le conflit travail/famille, qui reflète une tension issue d'un débordement de rôle entre les deux sphères (travail et famille) ; et la dissonance émotionnelle, qui représente le volet émotionnel des exigences du travail. De plus, l'étude prendra en considération deux ressources du travail : le soutien émotionnel perçu du supérieur, un concept peu exploré qui sera appréhendé comme une ressource organisationnelle et les stratégies de régulation émotionnelle comme des ressources personnelles du travail.

Pour ce faire, la présente recherche s'articule autour de sept chapitres répartis en deux parties. Dans le premier chapitre nous ferons le constat des transformations survenues dans le milieu hospitalier qui ont engendré l'intensification des demandes du travail dans la profession infirmière, en tenant compte du contexte de l'étude (contexte algérien). Nous traiterons entre autres, des exigences professionnelles telles que les demandes psychologiques, physiques, le conflit travail/famille et la dissonance émotionnelle, tout en justifiant notre intérêt pour ce milieu pour l'étude des relations interpersonnelles au travail. Dans le deuxième chapitre, il sera question des concepts en rapport avec la notion du bien-être au travail dans la profession infirmière, notamment l'engagement organisationnel affectif, la satisfaction au travail, l'engagement au travail et l'épuisement émotionnel. Nous traiterons par la suite dans un troisième chapitre les ressources personnelles sous l'angle du travail émotionnel, nous définirons le concept et ses composantes à la lumière des différentes approches, afin de mettre en perspective l'approche globaliste des stratégies de régulation émotionnelle de Grandey (2000) et ses récents développements conceptuels révélés par Andela et al. (2015). Nous conclurons dans le même chapitre cette partie théorique par une réflexion sur les ressources organisationnelles à travers le concept du soutien émotionnel du supérieur perçu, à partir de sa naissance au cœur de la théorie de l'échange social et sa confrontation aux concepts voisins. La deuxième partie consistera à présenter les trois études menées en trois chapitres. Pour chacune, nous préciserons la méthodologie suivie, les résultats obtenus et nous en proposerons une discussion permettant de dégager les principaux apports, les limites et les perspectives de recherche. Enfin, le dernier chapitre permettra de dresser un

bilan général des résultats obtenus, qui seront discutés à la lumière des études similaires, afin d’entrevoir les implications théoriques et pratiques qui s’en dégagent.

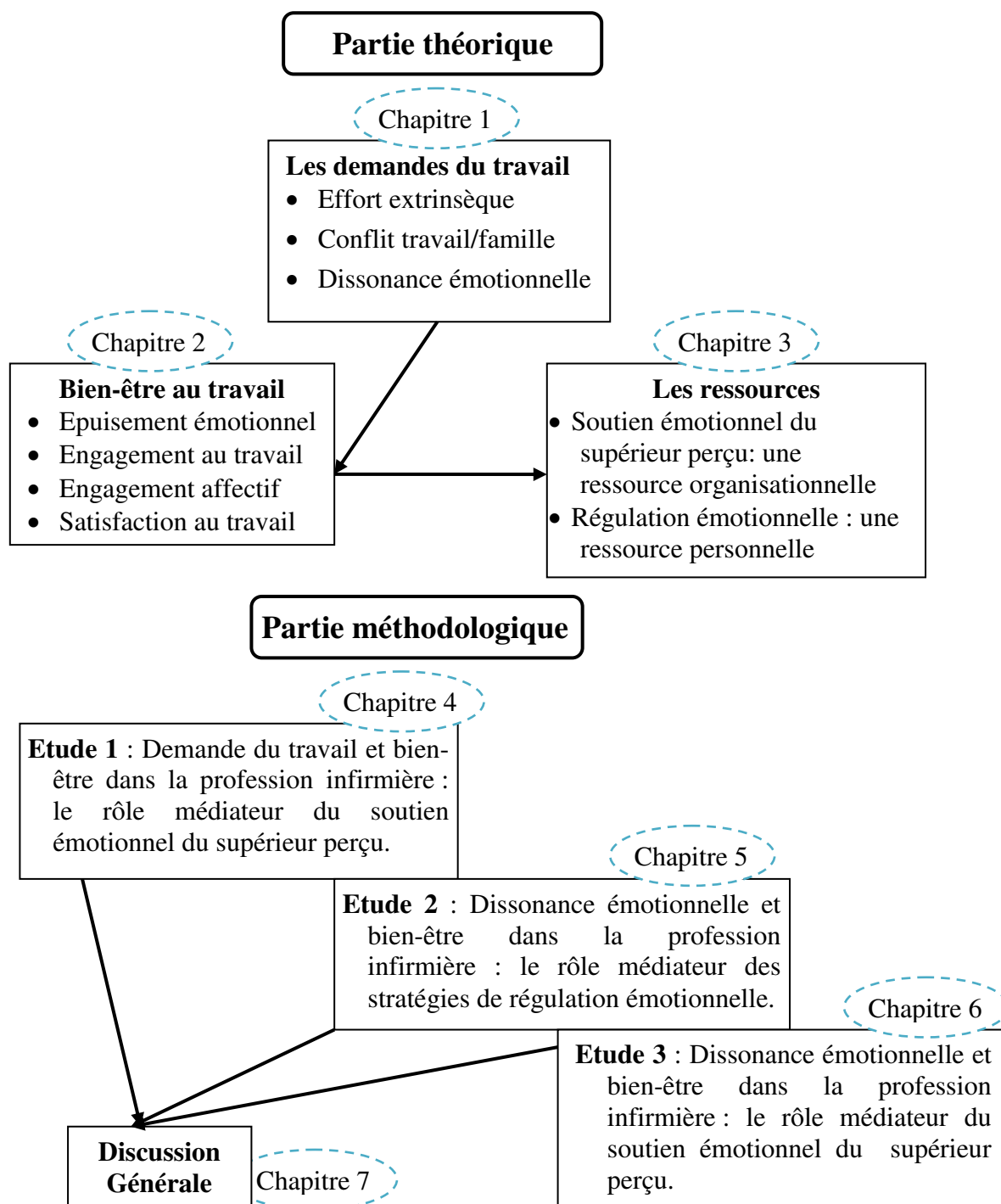


Figure 2. Plan de la thèse

Première partie : cadre de référence théorique

Chapitre 1 : les demandes du travail dans la profession infirmière

Préambule

Cette première partie dresse le portrait de l'état des connaissances sur les demandes spécifiques à la profession infirmière. Dans un premier temps, nous allons survoler la situation hospitalière actuelle à travers les étapes clés qui ont marqué sa transformation dans les dernières décennies, tout en évoquant les spécificités du système de santé Algérien qui constitue notre terrain d'étude. Par la suite, nous traiterons des demandes du travail sous une optique théorique à travers les différents modèles y afférents tout en justifiant notre référence au modèle de job-demands ressources. Enfin, nous conclurons cette partie en identifiant les facteurs retenus susceptibles d'être liés au bien-être au travail de la population infirmière.

1.1 Secteur hospitalier : un secteur en perpétuel changement

Selon Emeriat (2012) la santé représente l'une des conditions du développement économique, social et individuel. Pour ce faire, chaque pays dispose de son système de santé organisé en une superstructure qui coordonne l'action des multiples agents. L'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) définit l'Hôpital comme étant « un élément d'une organisation, une institution à caractère médical et social dont la fonction consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs, et dont les services extérieurs irradient jusqu'à la cellule familiale considérée dans son milieu ; c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de recherche biosociale » (Bridgman, 1971). L'Hôpital, de par son accessibilité à toutes les classes sociales et sa couverture géographique avec la création des complexes hospitaliers, contribue actuellement de façon particulière à l'épanouissement de la société, cela étant, ce rôle fut à l'origine de sa création au cours de la civilisation islamique médiévale, qui a concentré beaucoup d'énergie et de réflexion sur le développement des arts médicaux, à travers le développement des hôpitaux et des écoles de médecine (Savage-Smith, 1994). A cette époque, les écoles de médecine et les bibliothèques, où des médecins enseignaient aux étudiants les techniques médicales et comment appliquer pleinement leurs connaissances dans leurs relations avec leurs patients, étaient rattachées aux grands hôpitaux. Les hôpitaux établissent déjà, à cette époque, des examens pour leurs étudiants et délivraient des diplômes. Appelés « Bimaristans » (mot persan signifiant *bimar*, «malade» et *stans*, «endroits»), ces établissements tenaient des dossiers sur les patients, se consacraient à la promotion de la santé, à la guérison des maladies et à l'expansion et à la diffusion des connaissances médicales. Le Bimaristan était, en bref, le berceau de la médecine islamique et le prototype de l'hôpital moderne. Ils étaient non seulement essentiels à la diffusion de l'apprentissage médical, mais constituaient la base des hôpitaux et des écoles de médecine tels

que nous les connaissons aujourd'hui (Laget & Salaün, 2004). Les Bimaristans se devaient de « *garder tous les patients, hommes et femmes, jusqu'à ce qu'ils soient complètement guéris. Tous les frais doivent être pris en charge par l'hôpital, qu'ils soient résidents ou étrangers, forts ou faibles, riches ou pauvres, employés ou sans emploi, malades physiques ou mentaux, instruits ou illettrés, sans distinctions de religion ou d'ethnie...* » (Tschanz, 2003).

Aujourd'hui, dans une quête perpétuelle de rendement, d'efficacité et d'efficience, les systèmes de santé en général et les milieux hospitaliers en particulier ont connu de profondes transformations impactant le travail dans tous ces aspects. Dès les années 80, les discours des gestionnaires ont été centrés sur la maîtrise des dépenses, alors que la période récente et la régulation « économique » fut définie comme le meilleur résultat possible pour les ressources allouées (Béraud, 2002). Issus de l'économie, des concepts d'entreprise comme le rendement et la concurrence, ont été simplement appliqués à l'univers hospitalier (Gheorghiu, Guillemot, & Moatty, 2009). Les réformes telles les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROSS), la tarification à l'activité et les contrats pluriannuels entre les établissements et les agences régionales d'hospitalisation (ARH), les réorganisations des systèmes de financement comme le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ou la tarification à l'activité (T2A) en France (Acker, 2005), ou la Loi sur la protection des patients et l'accès aux soins pour tous, surnommée « Obamacare », aux Etats-Unis ont engendré à peine quelques années après leur entrée en vigueur, une accentuation des demandes du travail infirmier (Frogner & Spetz, 2013). Guidé par un principe de concurrence, les gestionnaires des établissements de santé s'affairent à réduire les coûts par la réduction de la durée du séjour (la durée d'hospitalisation des patients) et des mesures de compression de personnels soignants, ce qui impose au personnel restant toujours plus de sacrifice et un effort accru (Spetz, 2014).

Axées sur la performance et la rentabilité, les réformes avaient pour but l'amélioration du système de santé. Malgré des résultats notables pour la qualité des soins, ces changements ont entraîné néanmoins, une transformation du secteur hospitalier qui avait comme vocation le travail social plaçant les relations humaines à la tête de la mission hospitalière. Ils sont devenus des établissements jugés sur des résultats financiers, en témoignent Larivière, (2010) : « là où la performance se mesure uniquement par la quantité d'activités accomplies, nous assistons à une démobilisation qui se traduit déjà par une réduction certaine de l'efficience et une augmentation du roulement et de l'épuisement du personnel ». Ces changements structurels ont bouleversé le sens même du travail et de la mission des établissements de santé, où les soignants continuent, dans ce climat transformé, à faire face au volume de travail grandissant, avec le vieillissement de la population, et aux attentes des

usagers en matière d'humanisation de l'accompagnement (Benamouzig, 2015 ; Grenier, Bourque, & St-Amour, 2014).

En Algérie, la santé est non seulement un droit fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement individuel, social et économique. Compte tenu de ce principe, l'Algérie a consacré dans sa Constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé, il n'en demeure pas moins que le système national de santé algérien est confronté à de multiples contraintes qui altèrent son efficacité et ses performances face aux mutations socio-économiques que connaît le pays (Baghriche, 2009 ; Ait-Medjane, 2013).

Après l'indépendance en 1962, le système de soins a été radicalement changé, l'accès aux soins dans les structures publiques de santé a été institué et, la constitution de 1976 intègre le principe de gratuité, l'objectif étant de relever le niveau sanitaire et notamment d'améliorer rapidement la situation sanitaire des populations défavorisées. L'Etat était devenu alors l'organisateur direct des activités de soins et du financement des dépenses (Oufriha, 1993). Frappé par le contre-choc pétrolier de 1986, l'état a tenté de maîtriser les dépenses sociales et notamment de santé par la mise à contribution des ménages. En effet, Bougherbal (2010) constate un transfert des charges financières de l'Etat vers les ménages, transfert qui permet le maintien du système en place en réduisant les déficits publics. Ces réformes ont entraîné un coût social important. Aussi, il s'agit de l'autonomisation des centres hospitaliers suite à la promulgation du décret du 11 février 1986 portant statut type des centres hospitalo-universitaires (Voir [joradp.dz](http://www.joradp.dz) : Journal officiel N° 6 du 12 Février 1986, Page 77).

L'expansion budgétaire engagée depuis l'année 2000, grâce au pactole pétrolier (envolée du prix du baril de 30 à 147 dollars entre 2002 et 2008), et le déclenchement des différents plans de relance a permis de mettre le pays dans les rails de l'économie de marché (Omrani & Toumache, 2016). La carte sanitaire a elle aussi profité de cette richesse par la création de nouveaux hôpitaux pourvus d'équipements de pointe. Dans cette période, la rebaptisation du ministère de la santé comme « ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) », indique la volonté des dirigeants d'entreprendre un vaste chantier de restructuration du secteur sanitaire. Selon une récente étude publiée dans « The Lancet » en 2017, l'évolution positive du (HQS) ou « healthcare quality and access » du système de santé algérien passe de 48.2 sur une échelle de 100 en 1990 à 63.7 en 2015, mais reste néanmoins classé à la 101^e place au classement des systèmes de santé de 195 pays, loin derrière la France et la Belgique par exemple, classés respectivement à la 15^e et la 16^e place (Barber, Fullman, Sorensen, Bollyky, McKee, Nolte, ... & Abd-Allah, 2017). Cependant, du fait de l'hyper-dépendance aux hydrocarbures (98 % des recettes de l'état), un deuxième contre-choc pétrolier en 2014 vient ralentir tous les efforts consentis jusqu'alors, entraînant l'arrêt de certaines infrastructures et des programmes entamés (Mezouaghi, 2015). Cette nouvelle crise

a frappé de plein fouet le secteur hospitalier qui a vu officiellement, son budget divisé par deux, la note ministérielle n°1729 du 5 octobre 2015 du ministère des Finances, obligeant les gestionnaires des établissements de santé publique à ne consommer que 50% du budget alloué à l'établissement dans le cadre de la rationalisation des dépenses. Les efforts se concentrent actuellement, sur une utilisation plus rationnelle des ressources ainsi que sur l'optimisation de la prestation des soins de santé à travers une politique de rigueur, voire d'austérité. Il est encore tôt pour entrevoir les répercussions sur le personnel soignant mais, certains résultats suggèrent que les carences en matière de recrutements accentuent la charge de travail infirmier (Ayache & Ghalem, 2017).

En somme, ces évolutions ont un impact direct sur le fonctionnement de l'hôpital, elles supposent des changements de représentations : raisonner « qualité des soins » avec tout ce que cela comporte en termes de mesures, contrôles et restrictions budgétaires et humaines, une vision bien différente de celle des soignants fondée sur la prise en charge humaine. Les discours des directions véhiculent des représentations portant sur un fonctionnement idéal de l'hôpital, ou la durée des séjours, la durée du travail, les effectifs et les moyens matériels sont pensés dans une logique purement économique. Cela suppose un remaniement important du métier de soignant et des normes professionnelles. En moyenne, selon l'organisation mondiale de la santé, le ratio infirmier(e)/patient est de 79 pour 10 000 dans la région Européenne. En France, elle est de 80 pour 10 000 contre seulement 22 pour 10 000 en Algérie (Voir who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Table6.pdf). Ces contraintes peuvent impacter la vie des soignants tant professionnelle que personnelle.

1.2 La profession infirmière : Quelques spécificités liées au contexte

On peut percevoir, à juste titre, que s'engager dans une telle profession relève de la vocation, mais dans les sociétés primitives, la décision d'être infirmière était souvent prise pour une personne bien avant qu'elle ait la capacité de faire un tel choix. Par exemple, parmi les membres de la tribu d'Indiens Zunis, si un bébé était né avec une partie du placenta couvrant le visage, cela était pris comme le signe qu'il était destiné à être soignant (Henly & Moss, 2007). Dans de nombreuses sociétés, les soins infirmiers étaient assignés aux femmes. Parce que les femmes nourrissaient traditionnellement leur propre enfant, on supposait que cette attitude attentionnée pourrait être étendue aux membres de la communauté malades et blessés. Pourtant, dans d'autres sociétés, le soin des malades était un rôle assigné aux sorciers, aux chamans ou à d'autres hommes de la tribu. Parce qu'aucune éducation formelle dans les soins de santé n'était disponible à l'époque, les premières infirmières apprirent leur art par des traditions orales transmises de génération en génération, par l'observation d'autres personnes soignant les malades et, souvent, par un processus d'essais et d'erreurs. Les preuves disponibles indiquent que les infirmières se sont d'abord formées en

groupes organisés au début de l'ère chrétienne. Les idéaux infirmiers de la charité, du service aux autres et du sacrifice de soi étaient en harmonie avec les enseignements de l'église chrétienne primitive. Le rôle de diaconesse a donné aux femmes un moyen significatif de participer au travail de l'église. Les diaconesses étaient souvent des matrones romaines ou des veuves avec un peu d'éducation qui ont été choisies par les évêques de l'église pour visiter et prendre soin des malades dans leurs maisons. La sainte « Fabiola » était une diaconesse qui fut à l'origine de la création du premier hôpital chrétien à Rome. La diaconesse Phoebe est souvent citée comme la première « infirmière visiteuse » en raison des soins infirmiers à domicile qu'elle a fournis (Nutting & Dock, 1907, cité dans Egenes, 2017).

Aujourd'hui, certains pensent encore que le rôle du personnel infirmier se résume simplement à aider le médecin et donner les médicaments qu'il prescrit. Cependant, les soins infirmiers vont bien au-delà. La professionnalisation des infirmier-e-s par la formation s'est révélée être au cœur de l'une des discussions les plus importantes et les plus continues de l'histoire des soins infirmiers. Henderson (1978) et Nightingale (1969) y sont pour beaucoup pour cette marche vers la professionnalisation (Hoeve, Jansen, & Roodbol, 2014). De nos jours, la profession infirmière a élaboré de nombreux types de programmes d'éducation et de spécialité au cours des dernières décennies, ce qui a donné lieu à divers niveaux de soins infirmiers, tels que des baccalauréats, des maîtrises et des doctorats. Dans le monde entier, la profession infirmière gagne sa place comme une profession avec beaucoup de connaissances, comme en témoigne le développement de protocoles et de lignes directrices en matière de soins infirmiers. En France comme en Algérie, les études en soins infirmiers se déroulent dans les instituts de formation en soins infirmiers, en partenariat avec l'Université qui délivre au bout de 36 mois, un diplômé d'état d'infirmier(e) (IDE) qui est depuis 2009 un équivalent universitaire de licence (Martineau, 2014). En Belgique, il faut 4 ans pour devenir infirmier(e) A1 (bachelier en soins infirmiers) et 3 ans pour une infirmier(e) A2 (brevet d'infirmier hospitalier). Ce cursus, accessible après l'obtention du baccalauréat et la réussite au concours d'entrée, permet aux étudiants d'obtenir au terme de trois années d'études le diplôme d'État d'infirmier(e) et le grade de licence (Lecomte, 2006). Malgré ces développements vers la professionnalisation, des études antérieures sur ce sujet ont montré que les infirmier-e-s ne sont pas dûment reconnues pour les compétences dont elles disposent par la majorité du public. L'essence des soins infirmiers n'est pas toujours claire et les infirmières souffrent encore de stéréotypes de genre (Jansen & Roodbol, 2014 ; Hoeve et al., 2014). La profession infirmière continue de souffrir de l'influence des valeurs traditionnelles et des normes culturelles et sociales en matière de genre et de statut professionnel. Ohlen et Segesten, (1998) ont constaté que l'image stéréotypée de la profession infirmière est une expression de la tradition selon laquelle les soins infirmiers font partie de la sphère féminine de la famille. Au

Brésil, par exemple, la profession infirmière est toujours considérée comme une vocation féminine et domestique liée à l'univers social de la « maison », qui a un statut social bas et est discréditée par la société par rapport à la profession médicale (de Meis, de Almeida Souza, & da Silva Filho, 2007 ; Kemmer & Silva, 2007). Par exemple, la profession infirmière est fortement associée à la notion de « caring » ou « prendre soin et se soucier des autres », à la fois par le public et par les infirmier-e-s eux-mêmes. Cependant, une divergence existe dans l'interprétation du concept. Les études montrent que les infirmier-e-s considèrent, depuis toujours, le fait de prendre soin comme faisant partie de leur identité professionnelle, tandis qu'auparavant, le public l'associe aux qualités féminines et à un manque de professionnalisme, une tendance qui actuellement semble disparaître, puisque la notion de « caring » a reconquis sa place comme image de la profession, une caractéristique devenue même indispensable (Hoeve et al., 2014 ; Huffstutler, Stevenson, Mullins, Hackett, & Lambert, 1998). L'infirmier(e) doit s'adapter et faire coïncider une pratique d'écoute et d'attention dans toute la complexité du « prendre soin » à une obligation technique ordonnée et protocolaire du « faire un soin » (Degoit-Cloiseau, 2012).

Malgré l'évolution rapide de l'environnement des soins de santé, une constante demeure : la profession infirmière est la clé pour un système de santé sûr, efficace et surtout humain (Bourgueil, Marek, & Mousques, 2008). En effet, l'infirmier(e) crée et entretient un lien intime avec le patient et sa famille grâce à une présence constante, il ou elle apprend à mieux connaître le patient et sa famille que tout autre professionnel de la santé, à connaître leurs souhaits, leurs peurs, leurs capacités et leurs difficultés. C'est l'infirmier(e) auprès de qui le patient se confie au milieu de la nuit et à qui les proches du patient s'adressent pour obtenir des informations, du soutien et du réconfort. Quand un patient éprouve une détresse soudaine, l'infirmier(e) est susceptible d'être le premier sur les lieux. Plus souvent qu'autrement, c'est l'infirmier(e) qui détecte des changements subtils dans les signes vitaux et qui signale un événement grave. En collaboration avec des collègues interdisciplinaires, les soins infirmiers hautement qualifiés, compétents et compatissants peuvent aider non seulement, à prévenir la détérioration fonctionnelle de la santé du patient, mais aussi, à combler les déficits en matière de compréhension pour le patient et sa famille et promouvoir ainsi, leur engagement dans les soins de santé. Mais avec le privilège d'être « en première ligne » vient une énorme responsabilité (Degoit-Cloiseau, 2012 ; Acker, 1991). Les infirmier-e-s sont, et ont toujours été, la première et la dernière ligne de défense du patient. Protéger le patient contre les événements indésirables, évitables, chutes, escarres, infections et complications de l'immobilité, sont quelques exemples en tête de liste des priorités des infirmières, car elles gèrent et coordonnent les soins du patient pour assurer un passage sécuritaire dans le système

de soins (Jacquemin, 2009). Réceptif aux souffrances des autres mais forte aussi pour que le malade se sente en sécurité.

Ainsi, les infirmier-e-s font appel à des compétences variées, alliant un savoir technique et une bonne capacité relationnelle qui sont deux aspects indissociables. Un relationnel un peu spécifique dans la société algérienne imprégnée d'une culture arabo-musulmane où pudeur, et émotion sont, malgré une ouverture culturelle incontestée lors des dernières années (Ouadah-Bedidi, 2005), des lignes directrices des comportements. La pudeur qui est selon Phaneuf (2016) « une réaction de décence à la présence d'une personne étrangère lors de l'exposition du corps de la personne ou d'une partie de son corps, sans la protection de ses vêtements ou de son voile. Chez la femme musulmane la pudeur interdit même l'expression des sentiments intimes, et devient une manière discrète de vivre en collectivité ou en famille ». De plus, l'échange affectif se place dans ses limites, « la nécessité pour l'infirmier(e) de contrôler ses propres mouvements affectifs non pas dans le sens d'une répression, mais dans le sens d'une connaissance, d'une lucidité » (Djaafri, 2013), comme si l'expression des émotions autrefois réprimée par pudeur, est devenue synonyme d'un manque de professionnalisme. Une caractéristique très intéressante dans le cadre de notre étude, qui s'intéresse comme nous allons le voir plus tard, à l'émotion gérée (stratégie de régulation émotionnelle), à l'émotion incongrue (dissonance émotionnelle) et à l'émotion ressource (soutien émotionnel perçu du supérieur hiérarchique). D'ailleurs, l'étude qualitative de Djaafri (2013) sur une population infirmières algériennes fait ressortir la prégnance des normes sociales qu'on croyait révolues. Par exemple, le travail de nuit autrefois interdit devient presque banal, les infirmières interrogées déclarent : « ... *d'ailleurs c'est pour ça que je suis toujours célibataire car j'ai une mauvaise réputation* » ; « ... *ma famille me soutient beaucoup et aussi les voisins m'encouragent, alors je n'ai pas de difficultés au contraire on m'appelle la femme de courage* ». Les relations hommes femmes demeurent encore une source de malaise : « en gros, chacun fait son travail, relation professionnelle pas plus, car il faut toujours garder ses distances avec les autres surtout avec les hommes. C'est fort compliqué surtout dans ce milieu où on souffre souvent d'une mauvaise image » ou encore : « le travail de nuit et les évacuations sont mes problèmes majeurs, comme je suis mariée, ça ne m'a pas beaucoup aidé, mon mari m'a interdit de partir dans l'ambulance à côté du chauffeur, de peur d'avoir une mauvaise réputation... ». En effet, la famille traditionnelle algérienne autrefois patriarcale, où le père et le grand-père constituent « les chefs spirituels » du groupe familial semble peu à peu transformée, le rôle dont jouit la femme au sein de la famille moderne est radicalement différent du modèle traditionnel. La femme n'est plus résignée et soumise à l'autorité de l'homme, mais peut exercer librement un métier comme médecin, infirmière, magistrat ou professeur à l'université. Elle assure ses fonctions en toute liberté et avec plein dévouement.

Cette liberté retrouvée n'est cependant réelle que dans les grandes agglomérations urbaines. De plus, la femme algérienne assume encore la plus grande partie des obligations familiales (éducation des enfants, le ménage, les repas...).

1.3 L'impact des réformes sur le travail infirmier

L'évolution des réformes hospitalières amène à une dénaturation de la fonction des établissements de santé qui deviennent des entreprises jugées sur la production de leur activité de soins et la performance économique obtenue par celle-ci. Cette dénaturation peut conduire à une déqualification des métiers de soin, car il est de plus en plus demandé aux soignants de devenir des techniciens, des gens « efficaces » (Safy-Godineau, 2013). La revue de littérature conduite par la HAS intitulée « Qualité de vie au travail et qualité des soins » indique que : « L'arbitrage entre le travail technique « cure » et le travail relationnel « care » peut être difficile à effectuer en raison de l'intensification du travail (moins de temps pour le relationnel) et vient dégrader la qualité des soins aux yeux des soignants » (Kornig et al., 2016). Dans ce sens, Douguet, Muñoz et Leboul (2012) trouvent que « réduire l'activité de travail à l'un ou l'autre (cure et care) ou encore se trouver dans des conditions ne permettant pas de doser les deux aspects, provoque un sentiment de frustration et de non-qualité ». Plusieurs études démontrent que la conjugaison de plusieurs facteurs en lien avec les nouveaux schémas de fonctionnement hospitalier engendrent, chez le personnel soignant, de l'épuisement professionnel (Manoukian, 2009 ; Estryn-Behar, 2008), un état d'insatisfaction (Rad & De Moraes, 2009) et une sensible augmentation de l'absentéisme (Brami, Damart, & Kletz, 2012). D'autres lient l'intensification des demandes du travail dans le milieu hospitalier à ces restructurations organisationnelles opérées au courant des dernières décennies (Estryn-Behar, Négri, & Le-Nézet, 2007 ; Guignon, Niedhammer, & Sandret, 2008 ; Lavoie-Tremblay, Wright, Desforages, Gélinas, Marchionni, & Drevniokal, 2008). L'étude SUMER appuyée récemment par l'enquête du CERAG (Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées à la Gestion) pointe particulièrement la fonction publique hospitalière comme un secteur prolifique en matière d'intenses exigences du travail tels que la quantité de travail, la pression temporelle, la complexité du travail, les difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, les exigences physiques et émotionnelles (Arnaudo et al., 2013 ; Chatillon, Blondet, Branchet, Crambes, Commeiras, Malaquin, & Valette, 2016).

Pour illustrer la réalité quotidienne de la profession infirmière, prenons le temps de lire cet article de presse intitulé « *épuisée, l'infirmière rend sa blouse blanche* » paru le 10 janvier 2018. Une infirmière décide d'interpeller la ministre de la santé ou elle écrit : « *Madame la Ministre, je suis infirmièreavec dégoût et la boule au ventre que je quitte ce radeau de la méduse...une infirmière peut se retrouver à gérer seule 35 patients relevant d'une surveillance clinique accrue, accueillir un ou plusieurs usagers qui entrent de manière*

"programmée" et prendre en charge une ou deux urgences vitales, le tout simultanément... Pour m'aider ? La bienveillance d'une infirmière coordinatrice du service qui devait être partie depuis plus de deux heures et des aides-soignantes à raison de une pour un couloir de 15 à 20 patients... nous tournons à 3 infirmières (matin, journée et soir), à deux ... les week ends, les jours fériés... n'embauchant pas d'infirmière faute de budget ... on continue à faire croire aux usagers et à leur famille qu'ils seront soignés quoi qu'il arrive. Ce matin, j'étais donc seule pour 99 résidents, 30 pansements, un œdème aigu du poumon... et j'en passe... Ce matin, j'ai craqué. Comme les 20 jours précédents. Je m'arrache les cheveux, au propre comme au figuré... je suis stressée donc stressante et à mon sens, maltraitante. Je ne souhaite à personne d'être brusqué comme on brusque les résidents. Disponible pour personne, dans l'incapacité de créer le moindre relationnel avec les familles et les usagers, ce qui, vous en conviendrez, est assez paradoxal pour un soi-disant lieu de vie. Je bâcle. Je bâcle et agis comme un robot ... pour aller à l'essentiel auprès des 99 vies dont j'ai la responsabilité. J'adore le soin, la sollicitude, la relation de confiance avec mes patients, mais je ne travaille pas dans un lieu de vie médicalisé. Je suis dans une usine d'abattage qui broie l'humanité des vies qu'elle abrite, en pyjama ou en blouse blanche. Arrivez-vous à dormir ? Moi non. Et si c'était vous ? Vos parents ? Vos proches ? ... J'ai peur, Mme la Ministre. Votre politique gestionnaire ne convient pas à la logique soignante. Ce fossé que vous avez créé, que vous continuez de creuser promet des heures bien sombres au système de santé. Venez voir, rien qu'une fois. Moi je rends mon uniforme, dégoûtée, attristée ». (Basset : legrandsoir.fr)

Il apparaît clairement qu'au fil des années et des nombreuses restructurations qu'a connu le secteur hospitalier, que les demandes du travail se sont accentuées rendant le travail du personnel infirmier de plus en plus exigeant. L'intensité des demandes du travail est directement liée à des conséquences négatives sur le bien-être des soignants (Brun, Biron, & Ivers, 2007 ; Legault & Belarbi-Basbous, 2006 ; Blanchard, Truchot, Albiges-Sauvin, et al., 2010), ainsi que sur l'organisation en termes d'efficacité des soins (Elliott, Young, Brice, Aguiar, & Kolm, 2014 ; Michtalik, Yeh, Pronovost, & Brotman, 2013). L'étude exploratoire de Benmessaoud & Lamara-Mahamed (2014) sur une population d'infirmière Algérienne, révèle plusieurs facteurs de pénibilité tels que les efforts de manutention, la confrontation à la souffrance des patients et le manque de considération, l'étude fait ressortir que (45 %) des répondants ont signifiés leur désir de changer de métier. Plus encore, de récentes études démontrent un lien significatif entre l'intensification des demandes du travail infirmier et le taux de mortalité des patients hospitalisés (Griffiths, Ball, Murrells, Jones, & Rafferty, 2016 ; Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede, Griffiths, Busse, & McHugh, 2014). Dés lors, il devient pertinent de développer une compréhension plus fine du concept notamment dans le contexte hospitalier.

1.4 Les demandes du travail à travers les modèles théoriques

Nous allons, dans les paragraphes qui suivent, nous intéresser à quelques modèles des demandes du travail (modèle de stress au travail) les plus cités dans la littérature scientifique tout en justifiant notre positionnement par rapport au modèle des demandes-ressources au travail (JD-R) fondé par Demerouti et ses collègues en 2001.

Plusieurs modèles empiriques ont été développés et testés empiriquement. Notamment, deux modèles ayant fait l'objet d'une attention particulière ces dernières années : le modèle Job Demand-Control (Soutien) (Karasek, 1979 ; Karasek, Brisson, Kawakami, Houtman, Bongers, & Amick, 1998) et le modèle déséquilibre-effort récompense (Siegrist, 1996). Influencés par ces deux modèles dominants, Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli (2001) ont introduit leur modèle Job Demands-Ressources. Mais avant d'exposer et de discuter les dit modèles, nous devons au préalable, définir le concept « demandes du travail ».

Les demandes du travail ne doivent pas nécessairement être considérées comme négatives, mais peuvent devenir des obstacles lorsqu'elles ne sont pas satisfaites par des ressources suffisantes (Bakker, 2011). Les demandes du travail sont des exigences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales ou organisationnelles nécessitant un effort continu physique et psychologique et conduisant à des résultats positifs ou négatifs en fonction de la demande elle-même ainsi que de la capacité de l'individu et des ressources disponibles pour y faire face (Demerouti & Bakker, 2006). Les réponses positives peuvent être la motivation, la stimulation ou la satisfaction professionnelle (Marchand, Durand, Simard, Demers, & Collin, 2006), tandis que les réponses négatives peuvent être la dépression, l'épuisement professionnel ou l'abandon de la profession (Truchot, 2004). Les exigences du travail ou « Job Demands » est un concept interdisciplinaire qui a été traité sous différents angles en lien avec la charge du travail (Breevaart & Bakker, 2017 ; Buchs, 2014 ; Upadyaya, Vartiainen, & Salmela-Aro, 2016). Le concept de « charge de travail » est un concept qui inclut les demandes du travail, il est défini comme l'intensité de l'effort demandé et fourni par le travailleur pour répondre aux exigences de la tâche (physiques ou psychologiques) dans des conditions déterminées, en rapport avec son état et les divers mécanismes en jeu dans son travail (Teiger, Laville, & Duraffourg, 1973, cité dans Fournier, Montreuil, & Villa, 2013). Selon ces derniers, la charge de travail se réfère à trois principales composantes : la contrainte (la charge prescrite), celle contractuelle qui caractérise le poste et contraint le salarié à un niveau de rendement précis ; l'astreinte (la charge réelle), celle effectivement réalisée par un salarié ; et la charge perçue (la demande), qui traduit le ressenti d'un salarié et son appréciation subjective des contraintes auxquelles il est exposé dans son travail. C'est ce dernier aspect qui nous intéresse particulièrement dans cette étude.

Les modèles théoriques ayant traité les demandes du travail utilisent parfois différentes appellations qui font toutes références au même concept. Dans le modèle de Karasek, il est question des exigences du travail, alors que dans le modèle de Siegrist on parle plutôt d'effort. Le terme « demandes du travail » a finalement été adopté comme tel dans le modèle de Demerouti et ses collègues. Dans la présente section, y sont exposés les préceptes de bases de ces modèles avec, à chaque fois, un bref aperçu des limites de ces derniers. Les demandes du travail considérées dans la présente thèse seront ensuite exposées.

1.4.1 Le modèle « Demandes-contrôle » de Karasek

Le modèle Demandes-contrôle (DCM) de Karasek (1979) a été l'un des premiers cadres théoriques développés pour expliquer l'impact de la pression d'exigences élevées sur la santé et le bien-être des employés. Ce modèle a dominé la recherche empirique sur le stress et les conditions de travail durant plus de vingt ans (Halbesleben, 2008). Selon ce modèle, le stress prend source dans de fortes demandes ou exigences du travail (demande psychologique) qui renvoient à des aspects tels que le conflit de rôle, la pression du temps ou un rythme de travail élevé. Les demandes du travail sont des aspects liés à un travail particulier et à un contexte de travail qui nécessitent des niveaux d'énergie accrus pour accomplir les tâches (Karasek, 1979). L'idée de base du DCM était que l'équilibre entre le bien-être lié au travail et la pression sur le travail est maintenu lorsque le contrôle du travail et les demandes du travail sont égaux. La quantité de contrôle qu'une personne a dans son travail agit comme la force d'équilibre contre les exigences du travail. Le contrôle se réfère à la mesure dans laquelle les individus peuvent déterminer comment ils veulent répondre aux exigences fixées par leur travail. Le contrôle de l'emploi représente en fin de compte le degré de latitude décisionnelle de l'employé qui fait référence à l'autonomie de travail telle qu'elle est connue aujourd'hui (Bakker, Van Veldhoven, & Xanthopoulou, 2010).

Le modèle (figure 1.2) nous indique que les emplois caractérisés par des demandes psychologiques élevées et une latitude décisionnelle élevée (emplois actifs) sont associés à un épanouissement professionnel et personnel du travailleur, l'effet positif de cette association est possible grâce à un effet modérateur (tampon) de la latitude décisionnelle. Cependant, il existe aussi deux combinaisons qui sont néfastes pour les travailleurs : le premier se manifeste par des demandes psychologiques faibles et une latitude décisionnelle faible (emplois passifs), cette association produit des tâches démotivantes dans lesquels leurs compétences sont sous-utilisées, un désengagement et une insatisfaction au travail ; le deuxième cas de figure se présente sous une association d'une faible latitude décisionnelle et de grandes demandes psychologiques ou contrairement au premier accord, cette association engendre un stress, un épuisement professionnel et éventuellement à la longue, l'intention de quitter la profession (Karasek & Theorell, 1990).

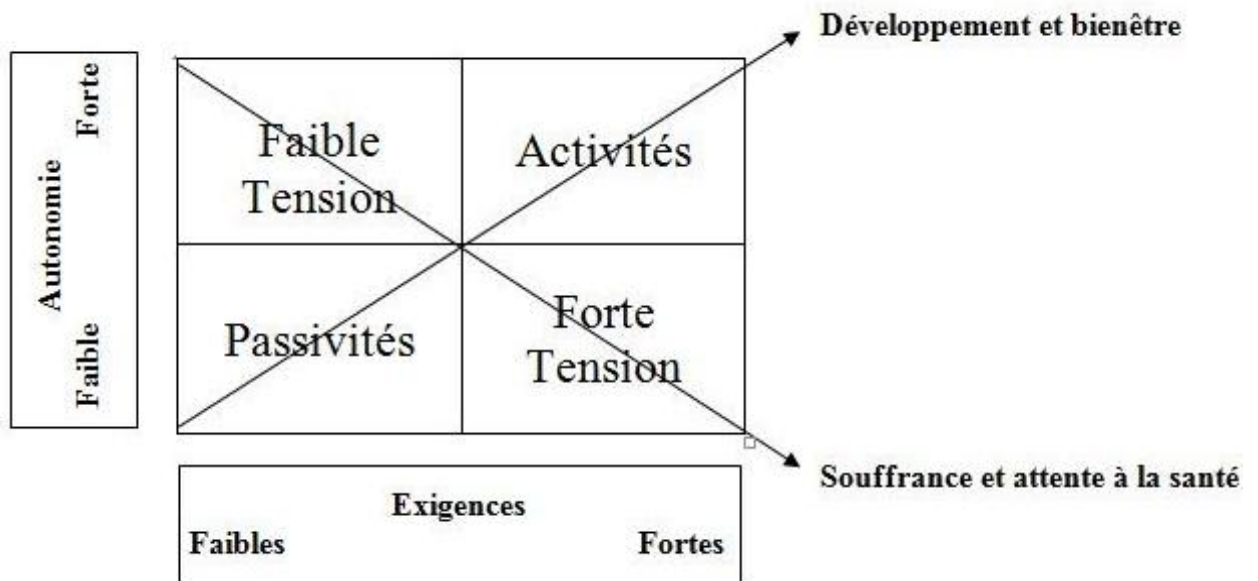


Figure 1.2. Le Modèle Demandes-Contrôle de (Karasek, 1979), adapté de Hellemans et van de Leemput (2012 ; p. 04).

Cependant, certaines limites du modèle de Karasek ont été rapportées notamment par rapport à la demande psychologique qui a omis d'inclure les aspects physiques et émotionnels si important dans de nombreuses professions telles que la profession infirmière, ou encore, la distinction de la dimension « utilisation des compétences » que comporte la latitude décisionnelle. Selon Kristensen, (1995) rejoint plus tard par Bakker et Demerouti, (2007) seul un soutien partiel a été trouvé pour l'hypothèse que la latitude décisionnelle qui pourrait agir comme un tampon contre les exigences du travail, constituant ainsi, selon les auteurs, une faiblesse importante de la base théorique du DCM pour l'explication du fonctionnement du contrôle du travail. De plus, le modèle est réputé trop simpliste car selon Van Wassenhove, (2014, p. 06) plus de trois dimensions sont nécessaires pour décrire l'environnement psychosocial professionnel, l'auteur déclare : « *c'est un modèle linéaire de type causal voire déterministe qui implique une fragmentation des situations de travail. Le modèle séduit par sa simplicité, mais il ne distingue pas l'impact spécifique des différents types de latitude décisionnelle et de demandes de travail* ».

Pour ce faire, le modèle DCM a été élargi par Johnson (1986) cité dans (Karasek et al., 1998) pour inclure le soutien social en tant que troisième dimension. Renommé comme le modèle Job demandes contrôle et soutien (JDCS) ou « modèle des tensions liées à l'isolement », ce modèle amélioré renforce le pouvoir du contrôle et accroît ses effets d'interaction grâce au soutien social. Le soutien social comme le contrôle du travail devraient tous deux réduire

les effets négatives des demandes du travail sur le bien-être des employés (Karasek et al., 1998). Karasek et Theorell (1990) précisent que le soutien social peut-être apporté par les collègues, le supérieur, les amis ou la famille et comporte deux principales formes : un soutien instrumental relatif à une aide matérielle ou des clarifications apportées en situation de difficulté ; et un soutien émotionnel qui renvoie à une aide intangible sous forme de marques d'attentions, de réconforts et d'encouragements face à des difficultés émotionnelles rencontrés lors des interactions sociales au travail (Legault, 2002). Ainsi, le soutien socio-émotionnel est susceptible d'adoucir le degré de perception des demandes du travail et contribue à renforcer l'estime de soi et améliorer le bien-être (Karasek & Theorell, 1990).

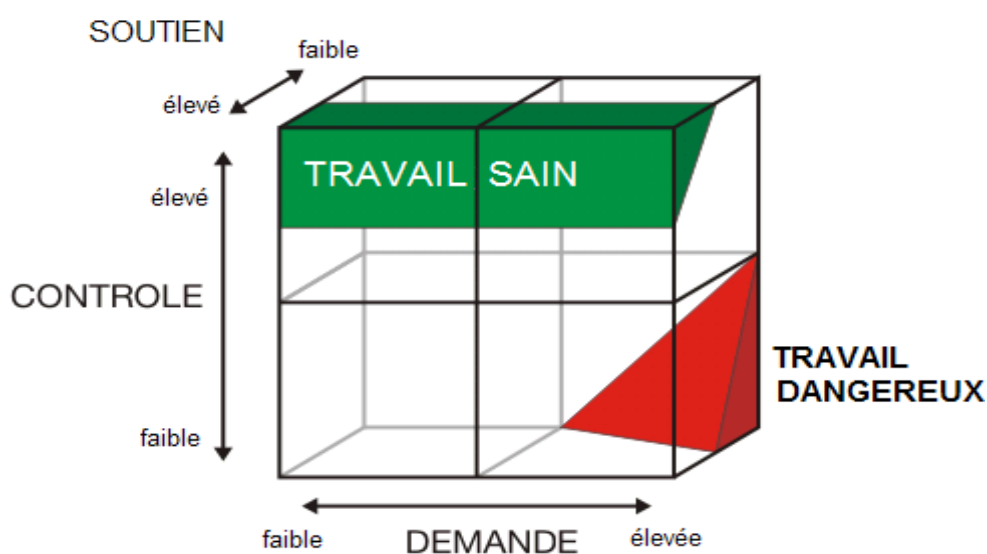


Figure 1.2. Modèle Demandes-contrôle-soutien (Karasek & Theorell, 1990), tiré de Nussold (2015 ; p. 89)

Empiriquement, les études méta-analytiques ont trouvé des preuves transversales et longitudinales de la pertinence du modèle JDACS sur le bien-être au travail (Lange De Lange, Taris, Kompier, Houtman, & Bongers, 2003 ; Van der Doef & Maes, 1999). Ainsi, la demande, le contrôle et le soutien social sont considérés comme des facteurs prédictifs de la santé des employés et du bien-être au travail (Taris, 2006). Bien que la littérature ait apporté un soutien considérable au modèle théorique JDACS, la validation empirique peine à consolider l'influence du processus de modulation du contrôle et du soutien social (Bakker & Demerouti, 2007 ; Clays et al., 2007; Häusser et al., 2010 ; Stansfeld & Candy, 2006). Häusser, Mojzisch, Niesel et Schulz-Hardt (2010) ont mis à jour et étendu la revue de Van der Doef et Maes, (1999) couvrant 83 études publiées entre 1998 et 2007. Leur revue a révélée que les études transversales produisaient de meilleurs résultats prédictifs comparés aux données longitudinales. Les mêmes auteurs ont noté que les preuves d'effets

interactifs, telles que prédit par les hypothèses de modération du modèle JDCS, étaient globalement faibles. Cependant, les auteurs ont suggéré que l'effet tampon de la latitude et du soutien pourrait dépendre des dimensions de nature qualitativement similaire. En effet, de Jonge, Le Blanc, Peeters, & Noordam (2008) ont montré chez le personnel soignant, les ressources émotionnelles du travail modéraient la relation entre les demandes émotionnelles du travail et les résultats en matière de santé comparé à d'autres ressources non émotionnelles. Enfin, force est de constater que souvent utilisé pour rendre compte du stress au travail, le modèle JDCS conçoit les demandes du travail en terme psychologique, une dimension certes importante mais ne permettant pas d'appréhender, notamment en milieu de soins, d'autres dimensions toutes aussi importantes telles que la charge physique, le travail émotionnel et les conflits de rôle qui représentent les quelques facettes les plus contraignantes inhérentes à ce milieu professionnel (Dal Santo et al., 2016 ; Grandey, Foo, Groth, & Goodwin, 2012 ; Lacharme, 2016 ; Pelissier, 2015 ; Phaneuf, 2014 ; Martin & Gadbois, 2004).

1.4.2 Le modèle « déséquilibre effort-récompense »

Fondé sur la théorie de l'échange social et la norme de réciprocité, le modèle « effort-reward imbalance : ERI » ou « déséquilibre entre l'effort et la récompense » de Siegrist, (1996) met l'accent sur le rapport entre l'effort et les récompenses plutôt que sur le contrôle inhérent à la structure de travail. Ce modèle fournit une approche théorique alternative pour expliquer la santé et le stress liés au travail et suggère que les sources de tensions au travail proviennent d'un déséquilibre entre l'effort exercé et les récompenses reçues. L'effort représente le résultat des demandes du travail jumelé à la motivation intrinsèque à répondre à ces demandes, tandis que les récompenses renvoient aux motivations intrinsèques et extrinsèques qui stimulent l'effort. L'effort déployé et demandé au travail, fait partie d'un processus d'échange socialement organisé où l'organisation souligne sa contribution au moyen de récompenses (argent, estime, contrôle), une défaillance de réciprocité entre les coûts et les gains incite un état de détresse émotionnelle (Kinman & Jones, 2008). Le modèle distingue deux sources de demandes du travail : les efforts extrinsèques, définis comme des contraintes professionnelles telles que les contraintes de temps, les interruptions, les responsabilités, la charge physique et une exigence croissante du travail ; et les efforts intrinsèques, ou « sur-engagement » qui correspondent à des attitudes et motivations associées à un engagement excessif dans le travail allié à un fort désir d'être approuvé et estimé. Il est à noter que le concept de l'effort extrinsèque de Siegrist s'apparente à la demande psychologique de Karasek, sauf que le premier englobe les exigences psychologiques et physiques alors que la demande psychologique ne renvoie, comme son nom l'indique, qu'aux aspects psychologiques. Ce faisant, le bien-être des salariés selon Siegrist (2002) est le

produit de la relation et de la synthèse entre l'effort exercé et les récompenses reçues, à travers un cheminement en trois hypothèses : la première, postule que l'association entre un niveau élevé d'efforts extrinsèques et un faible taux de récompenses produit un déséquilibre, particulièrement générateur de stress, ce qui se répercute négativement sur la santé et le bien-être des salariés. Ce postulat fut largement étayé par des résultats empiriques (Lavoie-Tremblay et al., 2008 ; Bartram, Yadegarfar, & Baldwin, 2009 ; Dragano, He, Moebus, Jöckel, Erbel, & Siegrist, 2008; Niedhammer, Chastang, David, Barouhiel, & Barrandon, 2006 ; Nieuwenhuijsen, Bruinvels, & Frings-Dresen, 2010 ; Stansfeld & Candy, 2006). La deuxième hypothèse, revoie à l'effort intrinsèque en termes d'engagement excessif d'un individu dans son travail, qui serait à lui seul, un facteur de risque pour la santé et le bien-être des salariés. Enfin, la troisième hypothèse, postule l'addition des deux premiers postulats, à savoir un surinvestissement cumulé à un déséquilibre effort extrinsèque/récompense, créerait des conditions à haut facteur de risque pour la santé et le bien-être des salariés (Siegrist, 1996). A noter que l'effet de l'effort intrinsèque (surinvestissement) dans l'interaction effort/récompense, santé et bien-être est grandement mitigé (Stansfeld & Candy, 2006 ; Kinman & Jones, 2008).

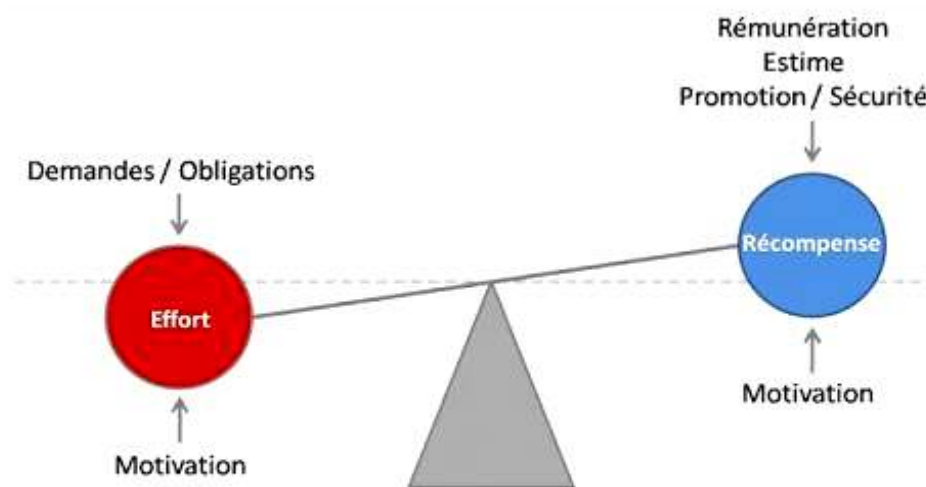


Figure 1.3. Modèle déséquilibre effort-récompenses (Siegrist, 1996) tiré de Dextras-Gauthier (2015 ; p. 13).

Ce modèle diffère du précédent en ce sens qu'il comprend une composante personnelle. La personnalité d'un individu peut agir comme une variable modératrice sur la relation effort-récompense. Conformément à la théorie de la motivation de Latham et Locke (2006), la personnalité détermine la valeur des récompenses et, par conséquent, la quantité d'énergie mobilisée pour assurer l'obtention de ces récompenses (Bakker & Demerouti, 2007). Les progrès théoriques de l'ERI, en termes d'inclusion d'une composante personnelle,

sont l'un des principaux facteurs contribuant au modèle JD-R. Le JDCS et l'ERI sont tous deux considérés comme des modèles d'équilibre qui fournissent des explications relativement simples sur les résultats des problèmes de santé et de bien-être liés au travail (Bakker et Demerouti, 2007). Les études révèlent que les infirmières ayant enregistré un déséquilibre ERI ont manifesté des niveaux plus élevés d'épuisement émotionnel que celles qui n'ont pas connu un tel déséquilibre (Bakker, Killmer, Siegrist, & Schaufeli, 2000 ; Hellemans, 2008). Weyers, Peter, Boggild, Jeppesen, & Siegrist (2006) ont constaté que des risques élevés ont été observés chez le personnel infirmier caractérisé par un effort extrinsèque élevé associé à une faible récompense. De plus, une étude longitudinale auprès de personnels soignants conclut que le modèle de Siegrist (1996) est pertinent du point de vue conceptuel et empirique pour expliquer l'épuisement professionnel (Estryn-Behar, Van der Heijden, Guétarni, & Fry, 2010). Toutefois, quelques auteurs indiquent que l'effet d'interaction entre les composantes du modèle est souvent remis en question (Preckel, Meinel, Kudielka, Haug, & Fischer, 2007). Bakker & Demerouti, (2007) reprochent le caractère statique du modèle, compte tenu du nombre limité de ressources face aux risques que représentent les efforts extrinsèques et intrinsèques au travail.

1.4.3 Le modèle Job Demandes-Ressources (JD-R)

Le modèle exigences-ressources couramment nommé JD-R Model (Job demands-resources model), a été publié pour la première fois sous cette étiquette par Demerouti et al. (2001) dans une tentative de comprendre les antécédents de l'épuisement professionnel. Ce modèle s'inspire de la méta-analyse de Lee et Ashforth (1996), dans laquelle huit «demandes du travail» et treize «ressources du travail» ont été identifiés comme des éléments explicatifs de l'épuisement professionnel. Il s'inspire aussi du modèle structurel d'épuisement professionnel présenté dans le rapport de «Maslach Burnout Inventory test Manuel » de Maslach, Jackson, et Leiter (1996) (Schaufeli & Taris, 2014). Le modèle JD-R fut bâti initialement sur deux processus : le premier nommé « processus d'altération de la santé », est basé sur les approches de Karasek (1979) et Siegrist (1998) postule qu'une sollicitation importante des ressources propres induite par l'intensité des demandes du travail conduise, en l'absence des stratégies compensatoires, à l'épuisement professionnel. Le deuxième nommé « processus motivationnel », plus original et inspiré de la théorie de conservation des ressources de Hobfoll, (2001), affirme lorsque les demandes du travail submergent les ressources, de telle manière que les ressources ne permettent pas de faire face à ces demandes, on observera le développement d'attitudes négatives comme le désengagement (Bakker, Demerouti, De Boer, & Schaufeli, 2003).

Demerouti et al. (2001) définissent les demandes du travail comme des aspects physiques, sociaux ou organisationnels du travail qui nécessitent un effort physique ou mental soutenu et

sont donc, associés à certains coûts physiologiques et psychologiques. Ces demandes peuvent devenir des facteurs de stress en l'absence des ressources (Meijman & Mulder, 1998). Les ressources du travail sont eux aussi des aspects physiques, sociaux ou organisationnels du travail permettant la réalisation des objectifs du travail, la diminution de l'intensité perçue des demandes du travail et les coûts physiologiques et psychologiques y afférents (Demerouti et al., 2001). Il est proposé que lorsque les ressources du travail sont disponibles et accessibles, ceci engendre un environnement de travail propice au développement des capacités individuelles et la récupération après un effort. Ceci est basé sur le modèle de récupération de l'effort de Meijman et Mulder, (1998) qui propose que lorsque le contrôle sur les exigences des tâches est possible, on observe une volonté de consacrer des efforts supplémentaires à la réalisation des tâches. C'est quand l'effort est intense, mais le processus de récupération est en quelque sorte limité, que les coûts psychologiques et physiologiques associés se produisent. Enfin, le modèle JD-R propose que les effets des ressources professionnelles soient plus saillants lorsque les exigences professionnelles sont élevées. Se basant sur la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 2001), le modèle JD-R, suggère que les gens seront motivés pour acquérir et protéger des ressources essentielles, et que la menace ou la perte de ces ressources entraînera du stress (Hobfoll & Shirom, 2001). Par contre lorsque les demandes du travail sont élevées, les effets des ressources (à condition qu'elles soient suffisantes et disponibles) produiront un effet motivationnel plus fort, garantissant le développement d'attitudes positives vis à vis du travail, une bonne santé des individus et de hautes performances professionnels (Bakker, Hakanen, Demerouti, & Xanthopoulou, 2007).

Au départ, le modèle JD-R de base a deux processus parallèles qui décrivent comment les demandes du travail entraînent l'épuisement, alors que le manque de ressources professionnelles entraîne un désengagement du travail, ce qui semble relativement linéaire. Schaufeli et Bakker (2004) remarquent que ces processus devraient être considérés comme étroitement liés, et proposent que les ressources soient aussi négativement associées à l'épuisement professionnel, tandis que les demandes peuvent aussi engendrer un désengagement. Ainsi, le modèle JD-R révisé gagne en pouvoir prédictif à travers le développement de l'hypothèse que les ressources du travail amortissent la relation entre les demandes d'emploi et les résultats tels que l'épuisement et l'engagement, le processus d'altération de la santé et du bien-être représente le déséquilibre entre des demandes élevées et de faibles ressources qui peuvent entraîner un stress professionnel et ainsi nuire à la santé des individus et à l'organisation (Bakker & Demerouti, 2007). Les résultats de la méta-analyse d'Alarcon (2011) confirment ces interactions (demandes-ressources et épuisement-engagement). Les mêmes interactions ont été démontrées dans une étude sur une population infirmière (Garrosa, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Munõz & Rodríguez-Carvajal, 2011).

En somme, le JD-R est essentiellement un modèle d'équilibre qui postule que l'équilibre relatif des demandes et des ressources au travail peut être bénéfique ou nuisible selon le côté de bascule de la balance. En tant que tel, il peut fournir des informations de diagnostic utile pour améliorer les conditions de travail et le bien-être et la productivité des employés. Le modèle en lui-même est donc un modèle global fondé sur la base de plusieurs modèles antérieurs (Machado, Desrumaux, & Dose, 2015). Sa flexibilité permet une application à différents environnements professionnels (Hetty van Emmerik, Bakker, & Euwema, 2009).

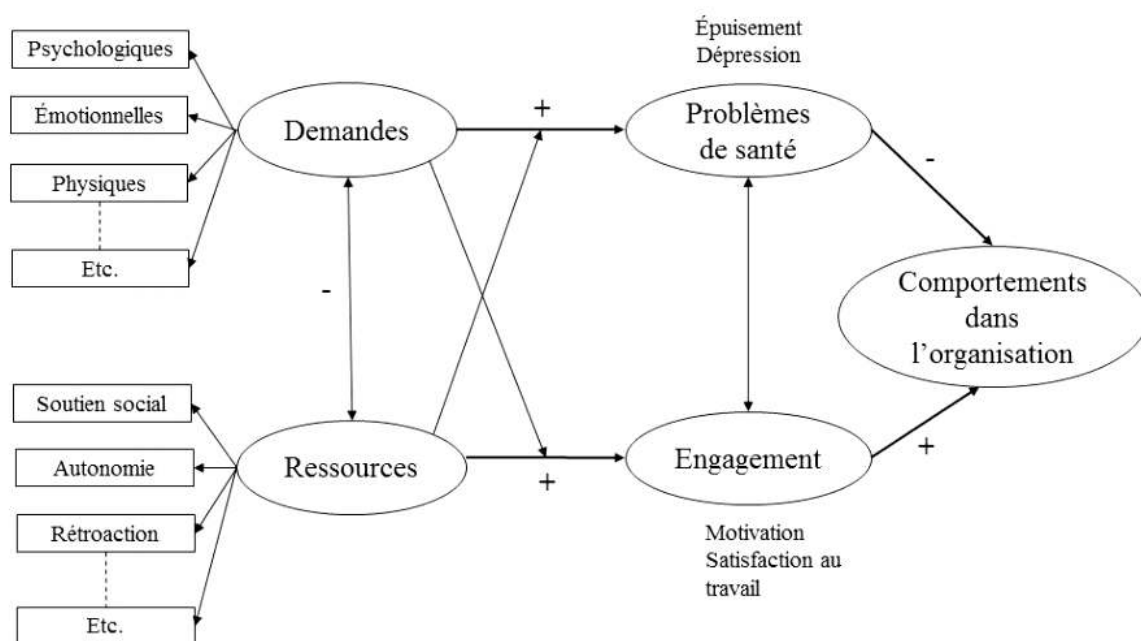


Figure 1.4. Modèle JD-R révisé inspiré de Bakker et Demerouti (2007)

La validation conceptuelle et empirique du modèle JD-R est abondante et couvre un vaste éventail de professions. Schaufeli et Taris (2014) notent qu'il est actuellement considéré comme l'un des principaux modèles de stress et du bien-être au travail aux côtés des modèles JDCS et ERI. Plusieurs auteurs estiment que la flexibilité du modèle JD-R est l'avantage clé par rapport aux autres modèles. Une grande partie de la documentation existante sur les JD-R s'est concentrée sur des résultats tels que l'épuisement professionnel, l'engagement au travail et le rendement au travail (Schaufeli & Bakker, 2004, Schaufeli et al., 2009). Les résultats démontrent que le JD-R peut prédire ces résultats dans différents contextes professionnels (Bakker, 2011), tels que les employés des centres d'appels (Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2003), les travailleurs de la santé (Schaufeli & Bakker, 2004), les infirmier-e-s (Deese, 2009 ; Haberey-Knuessi, 2011; Nell, 2015 ; Jeong-Won, 2016 ; Montgomery, Spânu, Băban, & Panagopoulou, 2015) et les travailleurs industriels (Bakker et al., 2003). En effet, Bakker et

al. (2010) ont examiné plus de 12 000 employés dans 148 environnements organisationnels différents. Ils ont soutenu l'hypothèse que les attitudes de travail positives sont plus fortes dans les environnements à forte demande et ressources, ce qui suggère que cela crée des conditions propices à la croissance, à l'apprentissage et au développement et augmente la motivation des employés. Ce modèle a par ailleurs trouvé un soutien dans différents pays avec des cultures différentes et dans des contextes de travail différents. Par exemple, le soutien à la théorie a été trouvé dans les entreprises familiales chinoises (Hu & Schaufeli, 2011), les enseignants finlandais (Hakanen, Bakker, & Schaufeli, 2006) et les volontaires australiens (Lewig, Xanthopoulou, Bakker, Dollard, & Metzger, 2007). Les études ont montré qu'environ 60% de toutes les interactions possibles entre les demandes du travail les ressources du travail sont dans la direction hypothétique, ce qui atteste de la robustesse du modèle JD-R (Janse van Rensburg, Boonzaier, & Boonzaier, 2013 ; Schaufeli & Taris, 2014 ; Bakker & Demerouti, 2007 ; Schaufeli & Taris, 2014).

Cependant, certaines lacunes sont reprochées au modèle. Par exemple, Hu, Schaufeli et Taris (2011) ont examiné les interactions entre la demande et les ressources dans deux échantillons différents, ils ont constaté que les ressources ont un effet tampon sur les demandes d'emploi chez les professionnels de la santé dans seulement un échantillon sur deux. Crawford, LePine & Rich (2010), remarquent que les demandes perçues comme un obstacle risquent de diminuer la motivation indépendamment des ressources, tandis que les demandes perçues comme des défis sont susceptibles d'accroître l'engagement indépendamment des ressources. La nature détaillée de ces relations possibles n'est pas claire et les différences individuelles peuvent expliquer, en partie, ces différences qui sont largement omises par le modèle JD-R. De plus, les effets longitudinaux des ressources professionnelles en tant que tampon contre les demandes du travail n'ont pas été trouvés dans l'étude de Boyd, Bakker, Pignata, Winefield, Gillespie et Stough, (2011) contrairement à l'étude longitudinale de Schaufeli et al. (2009) qui a révélé que le modèle était capable de prédire avec précision l'absentéisme au fil du temps. Ces résultats confortent l'étude longitudinale de Hakanen, Schaufeli et Ahola (2008) qui démontre que les ressources du travail ont influencé, dans le temps, l'engagement qui à son tour prédit l'engagement organisationnel, tandis que les demandes du travail prédisaient l'épuisement professionnel au fil du temps, ce qui à son tour prédisait la dépression. Par ailleurs, le modèle JD-R nous semble particulièrement approprié pour offrir une base théorique à la recherche décrite dans cette thèse. Plusieurs auteurs soutiennent la pertinence du modèle JD-R pour les études portant sur le personnel soignant (Haberey-Knuessi, 2011 ; Bakker & Demerouti, 2007 ; Hakanen et al., 2008 ; Jourdain & Chênevert, 2010 ; Mauno, Kinnunen, & Ruokolainen, 2007). S'appuyant sur le pouvoir explicatif du modèle, notre contribution sera à travers l'intégration de variables appropriées au

milieu hospitalier en générale et à la profession infirmière en particulier, notamment à travers des demandes et ressources peu explorés dans la littérature telles que la dissonance émotionnelle, la régulation émotionnelle ou encore, le soutien émotionnel du supérieur.

Synthèse

Les modèles théoriques, avec leurs points positifs et négatifs, ont contribué à la compréhension de l'environnement de travail. Cette compréhension permet aujourd'hui, d'intervenir sur un aspect ou un autre de cet environnement afin d'améliorer le bien-être des salariés qui représente le meilleur garant pour le fonctionnement optimal des organisations. Le modèle JD-R s'est inspiré de ces modèles et n'a cessé de se développer jusqu'à être considéré aujourd'hui, par plusieurs chercheurs, comme un modèle permettant spécifiquement de comprendre, expliquer et faire des prédictions sur le bien-être des employés (Machado, Desrumaux, & Van Droogenbroeck, 2016 ; Bakker & Demerouti, 2014). En résumé, le modèle JD-R intègre donc non seulement divers modèles antérieurs liés au bien-être au travail, mais combine aussi deux traditions de recherche distinctes, à savoir la tradition de recherche sur le stress et la tradition de recherche motivationnelle (Demerouti & Bakker, 2011). La pierre angulaire du modèle de JD-R sous forme de trois scénarios, inspiré de plusieurs modèles tel que le JDC (S), le ERI et la théorie de conservation des ressources de Hobfoll et Freedy (1993) qui peut être résumé comme : **le premier scénario**, c'est quand les demandes du travail dépassent les ressources (y compris les ressources professionnelles et personnelles). Cela se produit lorsque les demandes du travail sont élevées et que les ressources nécessaires pour répondre adéquatement aux demandes du travail ne sont pas disponibles. Souvent, les infirmières font face à une charge de travail extrêmement élevée et ne possèdent pas suffisamment de ressources pour faire face à ces demandes. Par exemple, le nombre élevé de patients dans un centre d'urgence médicale ne permet pas à l'infirmière de prendre une pause en l'absence notamment, d'un remplaçant. C'est généralement dans ce scénario que les demandes du travail entraînent des tensions professionnelles et des coûts physiologiques et / ou psychologiques connexes. **Un deuxième scénario** est celui où les demandes du travail sont en adéquation avec les ressources du travail, il se produit lorsque des ressources adéquates sont disponibles pour répondre à des demandes élevées. Par exemple, bien que l'infirmier(e) a fait tout ce qui a été possible de faire pour sauver un patient celui-ci décède, mais son chef est à ses côtés pour le(a) féliciter pour ses efforts et le(a) reconforter. Les ressources professionnelles gagnent en importance lorsque les demandes du travail sont élevées. Cela implique que les employés n'utilisent réellement leurs ressources disponibles que lorsque les demandes du travail sont élevées. Ceci stimule le processus de motivation à répondre aux demandes et à s'adapter aux défis. Cet état est optimal entraîne un engagement, une satisfaction et finalement une performance. Enfin, **un troisième scénario** se produit

quand les ressources du travail dépassent les demandes du travail. Ce scénario est aussi défavorable car sans aucune demande du travail, le travail a le potentiel de devenir ennuyeux et terne. Les employés peuvent avoir l'impression de ne pas contribuer à un ensemble significatif. Un tel scénario est peu probable en milieu hospitalier mais, dans une région rurale avec peu d'habitant par exemple, il se peut que l'influence des patients soit tellement minime face aux moyens humains et matériels de la structure. La charge de travail est donc trop faible et les infirmières perdraient probablement de l'intérêt pour leur travail.

1.5 Les demandes du travail considérées dans la présente étude

Les demandes du travail, en tant que caractéristiques du travail perçues (Frese & Zapf, 1988), se réfèrent à la perception qu'ont les employés des exigences qui leur sont imposées par le travail et son environnement. Il est admis que chaque organisation et chaque profession se caractérise par des demandes ou des exigences professionnelles spécifiques (Bakker & Demerouti, 2007). Le travail infirmier a plus largement lieu au sein de grandes organisations qui comprennent des hiérarchies, des règles de fonctionnement et des ressources limitées (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Les soins de santé sont souvent décrits comme une occupation particulièrement stressante se rapportant à l'organisation structurelle du travail ainsi qu'à ses tâches (Halbesleben, 2008). D'autres aspects tel que l'évolution rapide qu'a connu la médecine, l'apparition des nouvelles technologies et l'introduction du raisonnement économique et concurrentiel dans les méthodes de gestion hospitalière sont quelques facteurs mis en cause derrière l'intensification des demandes du travail dans la profession infirmière (Aiken, Clark, Sloane, Sochalski, Busse, Clarke et al., 2001). En outre, les préoccupations au sujet de l'impact de ces demandes sur la santé et le bien-être des soignants sont particulièrement d'actualité, notamment en ces temps de pénurie en personnel infirmier et d'augmentation des taux de roulement (Duguay, Hébert & Massicotte, 2003 ; Boyle & Miller, 2008 ; Levasseur, Wang, Mathews, & Boland, 2009 ; Martin & Ramos-Gorand, 2017 ; Tshitangano, 2013). Les réorganisations successives et la réduction des effectifs réduisent les ressources, mais pas les exigences et les responsabilités du personnel infirmier. Ce dernier ne pouvant satisfaire les attentes des patients et les idéaux « élevés » de la profession, remet en question ses propres capacités (Glasberg, 2007).

Dans une revue de la littérature, McVicar (2003) a identifié plusieurs facteurs de stress liés à la pratique infirmière dont la charge de travail, la pression du temps, les exigences émotionnelles, les besoins des patients et de leurs familles, le manque de soutien, le travail posté et le manque de récompense et de relations. Les infirmières sont considérées comme particulièrement vulnérables au stress et à l'épuisement professionnel (Laschinger & Finegan, 2008). Il est généralement suggéré que ces travailleurs, en plus de faire face à des demandes similaires à d'autres professions comme la charge de travail élevée, doivent aussi faire face

aux demandes spécifiques comme la confrontation avec la mort (Garrosa, Moreno-Jimenez, Liang, & Gonzalez, 2008), le contact avec les malades chroniques ou en phase terminale (Schaufeli & Enzmann, 1998), la peur de l'erreur médicale (Maslach & Jackson, 1982), ou encore les interactions conflictuelles et la violence (Estryn-Behar, van der Heijden, Camerino, Fry, Le Nézet, Conway, & Hasselhorn, 2008). De telles demandes sont dans la plupart, de connotation émotionnelles (Dollard, 2003 ; Halbesleben, 2008). Pour Haberey-Knuessi (2011) « *les soignants exercent sans nul doute l'une des professions les plus sollicitées, tant sur le plan physique que sur le plan des relations sociales (relations aux patients, aux familles, aux collègues, aux supérieurs, aux médecins...) et sur le plan organisationnel (horaires, charge de travail, répartition des tâches...).* Les exigences qui leur incombent sont énormes et mobilisent tous les aspects de la personne ».

En accord avec le modèle JD-R et après examen actualisé de la littérature portant sur les demandes de travail dans la profession infirmière (Dal Santo et al., 2016 ; Mauno, Ruokolainen, Kinnunen, & de-Bloom, 2016 ; Andela & Truchot, 2016 ; Moreira, Esteves, & Caires, 2015 ; Portoghese, Galletta, & Battistelli, 2011 ; Battistelli, Portoghese, Galletta, & Pohl, 2013), les demandes du travail sont appréhendées à travers les tensions perçues, reflétant l'intensité des demandes du travail de nature physiques et psychologiques (effort extrinsèque et conflit travail/famille) et émotionnelles (dissonance émotionnelle) dont ci-après, une brève présentation de chaque dimension.

1.5.1 Les demandes psychologiques du travail infirmier

Les demandes psychologiques font référence, selon Karasek et Siegrist, à des exigences inhérentes à l'exécution des tâches en termes quantitatifs (contraintes de temps, quantité ou volume de travail ...) et qualitatifs (complexité des tâches, interruptions, responsabilités...) (Nusshold, 2015). Les deux concepts (demande psychologique de Karasek et l'effort extrinsèque de Siegrist) sont, selon Magnavita (2007) utiles pour rendre compte des exigences psychologiques dans la profession infirmière. Cependant, comme mentionné plus haut, le concept de Siegrist (efforts extrinsèques) intègre les exigences physiques qui, comme nous allons le voir, représente un volet important de l'activité infirmière et constitue, selon Vézina, Bourbonnais, Brisson et Trudel (2006), une meilleure approche pour l'étude des contraintes psychologiques dans les métiers dit de contact, caractérisé par des changements socio-économiques comme le milieu hospitalier. Ainsi, les dimensions incluses dans le concept de l'effort extrinsèque de Siegrist permettent de rendre compte du degré de perception, par la population infirmière, des exigences inhérentes à l'exercice de la profession (Tzeng, Chung, Lin, & Yang, 2012) telles que :

1.5.1.1 La pression du temps

La pression du temps constitue, à travers la réalité économique actuelle régie par la compétitivité, une caractéristique de plus en plus importante du travail dans lequel les gens pensent qu'il n'y a jamais assez d'heures dans la journée de travail. Elle se réfère à une perception de la pression psychologique attribuée au temps insuffisant pour accomplir les tâches requises (Perlow, 1999). Certains soutiennent que la pression du temps incite à des résultats positifs en termes de créativité et de performance (Kelly & Karau, 1999). Tandis que d'autres se penchent plutôt pour les effets néfastes de la pression temporelle perçue notamment en termes de stress (Gärling, Krause, Gamble, & Hartig, 2014). Les infirmières doivent prendre de nombreuses décisions cliniques cruciales dans un laps de temps réduit ce qui accroît la pression. La pression du temps réduit la capacité du personnel infirmier à intervenir d'une manière appropriée malgré l'expérience professionnelle (Thompson, Dalglish, Bucknall, Estabrooks, Hutchinson, Fraser, & Saunders, 2008) et induit un sentiment d'inconfort, un manque de confiance et de fiabilité perçu par les patients (Teng, Hsiao, & Chou, 2010), une fatigue chronique (Seki, 2008), l'absentéisme (Kottwitz, Schade, Burger, Radlinger, & Elfering, 2017) et des atteintes sur la santé et le bien-être (Nätti, Oinas, & Anttila, 2015 ; Presseau, Johnston, Johnston, Elovainio, Hrisos, Steen, & Hunter, 2014 ; Elfering & Grebner, 2008).

1.5.1.2 Les horaires de travail

En raison des changements sociaux, économiques et technologiques survenus au cours des 10 dernières années, la main-d'œuvre s'est adaptée à différentes formes d'horaires de travail. Les horaires de travail ont changé pour inclure des horaires flexibles, des quarts de travail irréguliers et parfois des quarts de travail allongés (Jansen, Kant, VanAmelsvoort, Nijhuis, & VandenBrandt, 2003). Cette nouvelle spécificité du monde du travail s'applique particulièrement à la profession infirmière qui se caractérise assez nettement des autres professions par le travail en horaires atypiques comme le travail de nuit, les week-ends et les jours fériés (Michaux & Molière, 2014 ; Arnaudo et al., 2013).

Une variété de quarts existe pour satisfaire la dotation en personnel infirmier de l'hôpital, qui consiste souvent en quarts de 8, 10 et 12 heures à divers moments de la journée. Kilpatrick et Lavoie-Tremblay (2006) trouvent que des quarts de travail plus longs, par exemple 12 heures, peuvent améliorer la communication et l'efficacité. Cependant, il est généralement admis que plus le quart de travail est long, plus le personnel infirmier est exposé au risque d'épuisement professionnel et d'insatisfaction vis-à-vis du travail (Stimpfel, Sloane, & Aiken, 2012). Ceci est dû aux rythmes biologiques qui maintiennent les fonctions vitales de base et assurent l'équilibre du corps, comme le rythme veille-sommeil qui joue également un rôle important dans l'adaptation des circonstances changeantes. Le rythme circadien humain

(d'environ 24 heures) est déterminé par l'horloge biologique interne, le *Zeitgeber* (stimulus externe) et le statut interne du corps (Csernus & Mess, 2006 ; cité dans Fusz, 2017). En raison de la prestation continue de soins de santé, plusieurs travailleurs de la santé doivent travailler même la nuit. Les rythmes biologiques sont perturbés chez les travailleurs entraînant le plus souvent, des troubles du sommeil et de l'humeur ainsi que d'autres troubles psychosomatiques (Fusz, 2017 ; Bouhroum, 2006), de l'épuisement professionnel et un désengagement (Giorgi, Mattei, Notarnicola, Petrucci, & Lancia, 2017 ; Shahriari, Shamali, & Yazdannik, 2014 ; Adriaenssens et al., 2015) ainsi que de l'insatisfaction au travail et l'intention de quitter la profession (Dall'Ora, Griffiths, Ball, Simon, & Aiken, 2015 ; Zhang, You, Liu, Zheng, Fang, Lu, & Wu, 2014 ; Boamah, Read, & Spence Laschinger, 2017).

Le travail en horaire atypique a été lié, dans la population infirmière, à des perturbations au niveau de la vie de famille, d'autant plus que la particularité du système de santé Algérien ne permet pas le travail à temps partiel (Betout, Cardé, Morvant, & Panissier, 2007). Ainsi, l'évocation du travail en horaires atypiques renvoie inéluctablement au conflit travail/famille très prégnant dans la profession infirmière.

1.5.1.3 Le conflit travail/famille

Les liens entre le travail et la famille intéressent la littérature en sciences sociales qui, au cours des années 1970, a commencé à explorer l'interdépendance entre la vie au travail/hors travail en tant que problème social contemporain qui résulte, en partie, de l'entrée massive des femmes dans la population active (Edwards, 2001). S'appuyant sur la théorie des conflits de rôle et la rareté des ressources (Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek, & Rosenthal, 1964), qui propose que les exigences d'un rôle épuisent les ressources personnelles telles que le temps et l'énergie physique ou mentale, de telle manière que les ressources à allouer à d'autres rôles deviennent insuffisantes (Edwards & Rothbard, 2000), l'article fondateur de Greenhaus et Beutell (1985) propose une définition populaire du conflit travail/famille, comme une forme de conflit inter-rôle qui se produit en raison de pressions de rôle incompatible du travail et de la famille, de telle sorte que la participation à un rôle rend difficile de participer à l'autre. Trois grands types de conflit ont été spécifiés : conflit basé sur le temps, comme manquer une activité familiale en raison d'obligation de devoir faire des heures supplémentaires au travail; conflit basé sur la tension, comme l'irritabilité à la maison à cause du stress lié au travail; et le conflit basé sur le comportement (Greenhaus & Beutell, 1985). Plus tard, Netemeyer, Boles et McMurrian, (1996) ont révisé la définition initiale sur une base bidimensionnelle du conflit travail/famille. La première facette correspond à l'orientation du conflit du travail vers la famille illustrant une forme de conflit inter-rôle survenant à la suite de demandes du travail qui interfèrent avec la capacité à assumer des responsabilités familiales, alors que la deuxième facette correspond à l'orientation contraire, en tant que conflit famille/travail ou les demandes

familiales interférant avec l'aptitude des employés à assumer ses responsabilités liées au travail. Ces deux facettes combinées forment une structure globale de conflit travail/famille.

Bien que les deux directions du conflit inter-rôles aient des effets négatifs sur le bien-être et les comportements des individus au travail, le conflit travail/famille constitue un enjeu plus important pour les organisations (Geurts & Demerouti, 2003 ; Amstad, Meier, Fasel, Elfering, & Semmer, 2011), notamment pour la profession infirmière (Hasselhorn, Tackenberg, & Peter, 2004 ; Grzywacz, Frone, Brewer, & Kovner, 2006). De plus, le conflit travail/famille présente de plus fortes relations avec des antécédents et des conséquences liés au domaine professionnel par rapport au conflit famille/travail qui est davantage associé à des antécédents et des conséquences relevant du domaine familial (Amstad et al., 2011; Byron, 2005 ; Michel, Kotrba, Mitchelson, Clark, & Baltes, 2011 ; Reichl, Leiter, & Spinath, 2014).

Par ailleurs, en conformité à plusieurs études similaires utilisant le JD-R comme assise théorique, notre vision tend vers un positionnement du conflit travail/famille comme une demande du travail générant une tension psychologique (Schaufeli et al., 2009 ; McGregor, Magee, Caputi, & Iverson, 2016 ; Jensen, 2014 ; Mauno, Kinnunen, & Ruokolainen, 2006). En effet, dans la profession infirmière, le conflit travail/famille apparaît comme une demande particulièrement prégnante et d'une portée internationale (Rhnima, Wils, Pousa, & Frigon, 2014 ; Grzywacz et al., 2006 ; Fuß, Nübling, Hasselhorn, Schwappach, & Rieger, 2008 ; Camerino, Sandri, Sartori, Conway, Campanini, & Costa, 2010 ; Hassan, Dollard, & Winefield, 2010 ; Fujimoto, Kotani, & Suzuki, 2008). Le conflit travail/famille dans la population infirmière se trouve négativement lié à la satisfaction au travail et à l'engagement affectif (Cortese, Colombo, & Ghislieri, 2010 ; Portoghese et al., 2011 ; Battistelli et al., 2013 ; Closon & Pohl, 2009), à l'engagement au travail (Halbesleben, 2010 ; Garrosa et al., 2011) et se trouve être un antécédent de l'épuisement émotionnel (Leineweber, Chungkham, Westerlund, Tishelman, & Lindqvist, 2014 ; Ruiller, 2012).

1.5.1.4 Les interruptions et perturbations durant l'exécution des tâches

Les interruptions surviennent lorsque la tâche principale est suspendue de sorte qu'une activité secondaire reçoit l'attention (Colligan & Bass, 2012). Plusieurs cas de figure peuvent être considérés comme des interruptions dans la réalisation de la tâche comme : les intrusions (rencontres inattendues avec quelqu'un qui interrompt temporairement l'activité principale) ; les distractions (réponses psychologiques déclenchées par des stimuli externes ou environnementaux, ou par des activités secondaires qui interrompent la concentration sur la tâche principale) ou encore les pauses (planifiées ou spontanées). Dans une autre définition formulée par la haute autorité de santé (HAS, 2015) et inspiré de Brixey, Robinson, Turley et Zhang (2010), l'interruption ou perturbation lors de l'exécution des tâches est définie comme « *une interruption non prévue et non planifiée de l'exécution d'une activité humaine initiée*

par une source interne ou externe au destinataire. Cette rupture se traduit par la suspension d'une tâche initiale pouvant aller jusqu'à effectuer une tâche imprévue qui se traduit par une rupture ou la résiliation de la tâche principale ».

De plus, de telles interruptions peuvent perturber la concentration des professionnels et retarder la prestation de soin, engendrant ainsi, une charge cognitive qui s'additionne à la charge cognitive de la tâche à réaliser (Jett & George, 2003). Très fréquentes dans les établissements hospitaliers, elles contribuent à la survenue de stress et d'erreurs médicales (Rivera-Rodriguez & Karsh, 2010). En effet, l'organisation du temps de travail dans la profession infirmière réputée intense, morcelée et caractérisée par de fréquents glissements de fonction ne permet pas, selon les soignants eux-mêmes, d'accomplir leur travail comme il se doit (Emeriat, 2012). Les interruptions affectent cognitivement le personnel infirmier en interférant avec la mémoire de travail, causant un manque de concentration et invoquant des sentiments de frustration et de stress (Potter, Wolf, Boxerman, Grayson, Sledge, Dunagan, & Evanoff, 2005 ; Edwards, Burnard, Coyle, Fothergill, & Hannigan, 2001).

Par ailleurs, il est intéressant de noter ici, que la majorité des études portant sur les interruptions dans l'exécution des tâches dans la profession infirmière, s'intéressent aux résultats liés aux patients comme l'erreur médicamenteuse. Cependant, de récentes études démontrent que les interruptions dans l'exécution des tâches dans la profession infirmière affectent aussi, positivement, l'épuisement émotionnel et négativement la satisfaction au travail (MacPhee, Dahinten, & Havaei, 2017 ; Baethge & Rigotti, 2013).

1.5.1.5 Le poids des responsabilités professionnelles

La responsabilité professionnelle fait référence aux obligations éthiques et morales qui imprègnent la profession infirmière dont l'une des principales responsabilités découle du fait que « la vie du patient est engagé ». Ainsi, la profession infirmière suggère de travailler avec le patient pour fournir des soins qui maximisent le bien-être physique, émotionnel et social du patient, le respect strict des normes en matière d'intimité, de dignité et de confidentialité des patients, indépendamment de leurs attributs personnels, leur statut social ou de leur état de santé. De même, les infirmier-e-s ont la responsabilité personnelle de maintenir leur compétence professionnelle et de s'efforcer de se développer sur le plan personnel et professionnel afin d'offrir les meilleurs soins possibles aux patients. Toute violation éthique ou manquement aux devoirs pourraient entraîner une perte du droit d'exercer la profession et des poursuites pénales (Camicia, Black, Farrell, Waites, Wirt, & Lutz, 2014 ; Clancy, 2011). Les responsabilités professionnelles dans la profession infirmière ont augmenté au cours des dernières années en raison des progrès de la technologie, des restructurations et des restrictions budgétaires (Alderson, 2005 ; Couty & Dupont, 2005).

La profession infirmière est aussi une discipline riche en valeurs, en connaissances et en compétences scientifiques et techniques, mais aussi, et surtout, une profession fondée sur des valeurs humaines (Rassin, 2008). Assumer les responsabilités professionnelles devient, à l'heure actuelle, de plus en plus difficile devant l'augmentation du nombre des patients, de leurs attentes toujours grandissantes et avec de moins en moins de personnel infirmier (Loriol, 2001). De plus, l'auteur ajoute : « En raison des responsabilités, ...et d'une pratique professionnelle qui s'appuie sur des compétences difficiles à objectiver, l'activité infirmière est généralement perçue comme stressante et fatigante ». Le poids des responsabilités dans la profession infirmière a été identifié depuis 1960 et demeure une importante source de stress (Menziès, 1990 ; Esnard, 2007). Ce fardeau est aussi générateur d'épuisement professionnel (Holdren, Paul-III, & Coustasse, 2015 ; Gandi, Wai, Karick, & Dagona, 2011 ; Laschinger, Finegan, Shamian, & Wilk, 2001 ; Santos, Simon, Carroll, Bainbridge, Cox, Cunningham,... & Ott, 2003 ; Kalliath & Morris, 2002 ; Maslach, 2003 ; Garrett, 2008 ; Elit, Trim, Mand-Bains, Sussman, & Grunfeld, 2004).

1.5.1.6 La complexité du travail

La complexité du travail renvoie à la mesure dans laquelle les tâches sont difficiles sur le plan mental, ce qui oblige les travailleurs à utiliser un certain nombre de compétences complexes (Morgeson & Humphrey, 2006). La plupart des emplois sont devenus exigeants et complexes sur le plan cognitif et sont souvent transformés sous l'impulsion d'intensité des connaissances (Oldham, & Hackman, 2010). Ainsi, comprendre comment des emplois complexes peuvent stimuler les attitudes des employés sur le lieu de travail est essentiel pour les chercheurs et les praticiens. La complexité du travail infirmier a fait l'objet d'une attention accrue du fait des liens indélébiles avec les erreurs médicales. Dès lors, savoir comment augmenter la fiabilité des processus pour promouvoir la sécurité et la qualité des soins s'impose comme une priorité (Vogus, Sutcliffe, & Weick, 2010). La recherche sur le travail infirmier a mis en évidence la complexité de la prestation des soins malgré d'excellents programmes éducatifs et des systèmes de santé repensés. De nos jours, les progrès de la science ont transformé la fourniture de soins infirmiers avec des processus qui nécessitent une technologie extrêmement sophistiquée pour gérer des scénarios qui n'étaient pas possibles jusqu'à récemment, tandis que les patients et les familles des patients sont de plus en plus avertis des interventions et leurs résultats.

Comprendre la complexité du travail infirmier et le travail cognitif invisible (organisation, priorisation et prise de décision) est essentiel pour apporter des changements qui favorisent efficacement les milieux de travail. Les chercheurs ont identifié des facteurs qui rendent le travail des soins infirmiers très compliqué. Ces facteurs comprenaient le manque d'équipements, les interruptions, le manque de ressources nécessaires, les incohérences de

communication et le manque de temps (Ebright, Patterson, Chalko, & Render, 2003). Krichbaum, Diemert, Jacox, Jones, Koenig, Mueller, & Disch (2007) pointent un volé de la complexité appelé « la compression de la complexité », ces auteurs ont noté que cette expérience se produit lorsque les infirmières doivent assumer, dans un laps de temps condensé, des responsabilités supplémentaires non planifiées tout en assumant leurs autres responsabilités multiples. Un autre volet de la complexité du travail infirmier nommé « Stacking » ou « l'empilement » représente le travail de prise de décision invisible au sujet de quoi, comment et quand offrir des soins infirmiers à un groupe de patients. Les connaissances requises ne suffisent pas à gérer la « pile » de responsabilités, une gestion sophistiquée des priorités et le haut degré de jugement clinique éclairé par les signaux du patient et de l'environnement est nécessaire pour prendre des décisions qui mènent à des soins de qualité (Ebright et al., 2003).

De ce qui précède, on remarque que la complexité du travail infirmier est un vaste sujet comprenant plusieurs facteurs tels que la pression temporelle, le volume du travail et les capacités cognitives. La perception de la complexité du travail est conditionnée par les ressources mentales des individus, de sorte qu'elle peut être un stresser stimulant des pensées créatives (Shalley, Gilson, & Blum, 2009), l'engagement envers l'organisation (Addai, Ofori, Avor, & Tweneboah, 2017 ; Vijaya & Hemamalini, 2012) et se trouve négativement liée à l'épuisement et à la dissonance émotionnelle (Kubicek & Korunka, 2015). Elle peut être également psychologiquement exigeante et induire une pression (LePine, J. A., Podsakoff, & LePine, M. A., 2005 ; Potter et al., 2005) et de l'épuisement émotionnel (Naceur & Zriba, 2015 ; Bakker et al., 2000).

1.5.1.7 Le volume du travail

Le volume de travail infirmier n'a cessé d'augmenter depuis les séries de restructurations du secteur, l'accent mis sur la rentabilité a conduit à une rationalisation du personnel alors que le nombre de patients reste lui, toujours en augmentation. Toujours plus de patients avec moins de moyens et moins de temps (réduction des durées d'hospitalisation). Des mesures qui peuvent améliorer la productivité à court terme, mais augmentent les coûts à long terme, du fait des répercussions néfastes sur le personnel soignant qui peuvent altérer la qualité des soins (Pettersson & Arnets, 1998). McConnell (2003) déclare que le volume du travail infirmier, accentué par le vieillissement de la population, constitue l'une des plus importantes contraintes de la profession. Le nombre accru des patients additionné à une faible dotation en personnel déséquilibre le ratio patient-infirmière détériorant ainsi la qualité des soins et le bien-être des soignants au travail (Hughes, Bobay, Jolly, & Suby, 2015). Clot (1999) explique que le travail prescrit diffère de celui réellement réalisé qui découle du caractère subjectif et unique de chaque patient et de sa façon de recevoir les soins. Chaque intervention comporte

sa part d'imprévu qui rend le respect du planning des tâches prescrites presque impossible, ce qui au fil des heures, surcharge de plus en plus les soignants et les contraignent, selon Shields et Wilkins (2006) à rallonger la journée afin de prodiguer tous les soins programmés.

Ainsi, le volume grandissant du travail infirmier réduit leur capacité à satisfaire aux exigences de l'exercice de la profession selon les normes de la profession (Laschinger et al., 2001) et induit une forme de conflit nommé « surcharge de rôle » qui se manifeste lorsque les individus perçoivent ces exigences comme accablantes par rapport aux ressources disponibles (Perrot, 2004). Thiagarajan, Chakrabarty et Taylor (2006) ont décrit la surcharge de rôles comme un facteur de stress perçu par un individu qui n'a pas suffisamment de temps ou d'énergie pour répondre à d'intenses attentes de rôles. Pour Katz et Kahn (1978) la surcharge de rôles est conceptuellement distincte du conflit et de l'ambiguïté de rôle. Selon le même auteur, le conflit de rôles est une forme d'incohérence ou de contradiction des rôles alors que l'ambiguïté du rôle est l'incertitude sur ce qu'un individu est censé faire dans un travail particulier.

Dans une revue de la littérature, le volume de travail infirmier (la surcharge du rôle) a été identifié comme l'une des principales raisons de « turnover » ou roulement du personnel (Chang, Hancock, Johnson, Daly, & Jackson, 2005). Des études associent positivement la surcharge du rôle avec l'épuisement professionnel (Dionne & Rhéaume, 2008 ; Maillet, Courcy, & Leblanc, 2016 ; Burke, Koyuncu, & Fiksenbaum, 2010 ; Leiter & Maslach, 2009), alors que d'autres le considèrent comme une entrave au bien-être au travail, à la satisfaction et à l'engagement au travail (McVicar, 2003 ; Chen, Y. M., Chen, S. H., Tsai, & Lo, 2007 ; Ho, Chang, Shih, & Liang, 2009 ; Chou & Robert, 2008).

1.5.2 Les demandes physiques du travail infirmier

De nos jours, malgré les avancées technologiques, les infirmier-e-s doivent encore malgré la prévalence du sexe féminin dans la profession, pousser, tirer, soulever ou porter des poids lourds, que ce soit lors de déplacements de matériels ou de la manipulation des patients (Alexopoulos, Burdorf, & Kalokerinou, 2006 ; Askenasy, 2004). De plus, l'environnement matériel dans lequel s'inscrit l'activité de soin ne permet pas toujours, selon l'étude PRESST NEXT, d'adopter la bonne position (malades peu mobilisables, chambre exigüe, contrainte de temps...), le travail en station debout, la hauteur des paillasse, des rangements et des différents plans de travail (lits, éviers, vidoirs), les distances parcourues à pied qui dépassent 10 km par jour et les postures pénibles (posture penchée, bras levés, accroupie, posture pour pousser de gros chariots, pour lever des charges) représentent quelques aspects de la pénibilité physique endurée quotidiennement par le personnel infirmier (Estryn-Behar, le Nézet, Laine, & Pokorski, 2003 ; Estryn-Behar & Fouillot, 1990). Les auteurs affirment que ces contraintes posturales lors de soins associées au travail prolongé en station debout sollicitent fortement

les articulations, et se trouvent être à l'origine de nombreuses pathologies comme le mal de dos ou les TMS (troubles musculo-squelettiques) ce qui aggrave la pénibilité du métier (Bellemare, Cloutier, Chicoine, & Lechasseur, 1998). Des répercussions négatives de la charge physique du travail infirmier ont été trouvés, notamment en termes d'épuisement professionnel, de désengagement et d'intention de quitter la profession (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2000 ; Bogaert, Clarke, Willems, & Mondelaers, 2013 ; Tourangeau, Cummings, Cranley, Ferron, & Harvey, 2010).

1.5.3 Les demandes émotionnelles du travail infirmier

Les demandes émotionnelles du travail se réfèrent à la composante affective du travail et au degré d'exposition à des situations émotionnellement exigeantes en raison de son travail qui nécessitent un effort émotionnel soutenu (Bakker, Demerouti, & Euwema, 2005 ; De Jonge & Dormann, 2003). La profession infirmière se caractérise par la prédominance des demandes émotionnelles (Bakker & Demerouti, 2007 ; Grandey, 2003 ; Maslach & Jackson, 1981 ; Bakker & Heuven, 2006) dûes au fait des multitudes situations chargées émotionnellement en liens, entre autre, avec la souffrance, la maladie, les décès multiples, la démence et les interactions sociales problématiques avec les patients et leurs familles. La confrontation à la mort est particulièrement pesante comme l'exprime cette infirmière interviewée par Castra : *« L'inconvénient, c'est la mort, la mort, on voit tout le temps la mort. Des gens qui ont plein de maladies et puis, on ne peut rien faire. La mort par elle-même. Avant, je n'avais pas conscience de tout ça ; forcément, je n'étais pas confrontée à la mort tous les jours. Et des fois, la mort j'en ai marre (...). La souffrance aussi, la souffrance des gens, des familles surtout, ceux qui restent....Non, mais c'est vrai, t'es vraiment tout le temps avec la mort. (...) J'y pense tout le temps quoi, j'y pense tout le temps. Je pense souvent à ma propre mort, je pense aux malades enfin, bon, malgré tout, psychologiquement, ce n'est pas facile. (...) Il y a des fois, j'ai envie de dire Bah, ..., qu'est ce que je fais là-dedans »* (Danièle, aide-soignante, citée par Castra (2004). Le cas de cette aide soignante n'est sûrement pas une exception, dans son étude intitulée *« le soin comme éthique »* Porretta (2012) explique le processus psychologique sous-jacents à ce phénomène : *« ...Etre soignant, .., c'est aussi être un individu confronté à sa propre existence, à son être. L'angoisse, la douleur, ... sont particulières en ce sens qu'elles impactent en retour, ... cette personne, en la ramenant à sa condition aussi d'être, et donc de vulnérabilité, de fragilité, de conscience de sa propre finitude et de sa propre mort... Les souffrances de l'Autre, rencontrées par le soignant, le ramènent ou le rappelle à ses propres souffrances et ses propres angoisses de mort, mais aussi aux êtres qui lui sont chers, pour ceux dont il a des craintes »*.

L'intérêt pour les émotions dans le monde du travail s'est accentué au cours des deux dernières décennies notamment dans les emplois de service (Ashkanasy, Härtel, & Daus,

2002, Zapf, 2002). Hochschild (1983) reproche même aux organisations de services de vouloir commercialiser les émotions de leurs employés en exigeant que telle émotion doit être affichée ou réprimée dans une situation donnée. C'est ainsi qu'apparaît le terme « emotional display rules » ou les règles d'affichage émotionnel qui englobent des normes de comportement qui indiquent quelles sont les émotions les plus appropriées à montrer dans une situation donnée et aussi comment ces émotions devraient être publiquement exprimées ou réprimées. Dans ce sens, plusieurs chercheurs déplorent un manque d'intérêt de la recherche s'intéressant au bien-être au travail pour les facteurs de stress liés aux interactions sociales au travail en faveur des facteurs de stress liés au travail, en particulier la surcharge de travail, les contraintes de temps ou les conflits de rôles (Lee & Ashforth, 1996; Schaufeli & Enzmann, 1998). Ces interactions sociales au travail, notamment dans la profession infirmière, sont porteuses de charge émotionnelle liée à l'expérimentation et l'expression d'émotions en lien avec les règles d'affichage émotionnel dictées soit par l'organisation, soit par l'éthique de la profession ou issues des normes sociales. Face à ce fardeau émotionnel, le soignant doit fournir un effort émotionnel afin de faire face à ces demandes, cet effort émotionnel appelé « travail émotionnel » ou « emotional labour » a généralement été conceptualisé de deux façons : soit en termes de régulation émotionnelle (par exemple : la régulation en surface ou en profondeur), qui renvoie à la façon dont l'employé agit sur ses propres émotions afin de les faire correspondre aux règles d'affichage émotionnel (Grandey, 2000 ; Brotheridge & Lee, 2002 ; Ashforth & Humphrey, 1993). Soit en termes de demandes émotionnelles reflétant la fréquence, la durée et la variété des interactions ou en termes de règles d'affichage émotionnel (Morris & Feldman, 1996, 1997 ; Zapf, 2002 ; Kruml & Geddes, 2000). Selon la théorie JD-R, le niveau élevé de demandes émotionnelles auxquelles les employés sont soumis nécessite un effort physique et/ou psychologique qui peut entraîner, à la longue, un épuisement de l'énergie et une incapacité à faire face à d'autres demandes (Demerouti et al., 2001). Cependant, Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini, et Holz (2001) suggèrent de traiter les demandes émotionnelles en termes de tensions qui en résulte comme la dissonance émotionnelle, qui représente une tension issue d'une incompatibilité entre deux émotions : l'une réellement ressentie et l'autre qui doit être ressentie dans une situation de travail donnée (Zapf, 2002). En d'autres termes, une dissonance émotionnelle élevée est synonyme de fortes demandes émotionnelles. Les infirmières par exemple, sont confrontées à des situations telles que la violence (patient agressif) qui déclenchent certaines émotions qui vont dans le sens opposé de celles prônées par la profession (colère/placidité), ce conflit interne est générateur de tensions psychologique. Cependant, ce positionnement de la dissonance émotionnelle est loin de faire l'unanimité. Nous allons voir brièvement, dans ce qui suit, les différentes approches de la

dissonance émotionnelle et aussi, les arguments qui soutiennent notre démarche de considérer le concept comme une tension du travail infirmier.

1.5.3.1 La dissonance émotionnelle : positionnement conceptuel

La profession infirmière fait partie des professions assujetties à la dissonance émotionnelle constituant un élément important de la charge émotionnelle du travail infirmier (Mann, 2005). En effet, les infirmier-e-s sont tenus d'exprimer ou de réprimer des émotions selon des règles d'affichage explicités comme l'éthique professionnelle ou les règles organisationnelles, ou implicites comme des normes et des attentes sociétales spécifiques (Ashforth & Humphrey, 1993). Bien que dans la plupart des cas, les émotions ressenties ou exprimées soient spontanément en phases avec les règles d'affichage, du fait d'un travail d'acceptation et d'intériorisation des normes, certaines situations génèrent des émotions qui peuvent être en conflit avec ces règles d'affichage. Cet écart entre les émotions ressenties et les émotions prescrites constitue la dissonance émotionnelle (Zapf, 2002). Ce dilemme émotionnel se développe en raison du sentiment d'inauthenticité vécue par la personne lorsqu'elle ne ressent pas naturellement des émotions en cohérentes avec les règles d'affichage (Simpson & Stroh, 2004) notamment, lorsque l'infirmier(e) par exemple, prodigue des soins à un patient qui en retour, fait des remarques désobligeantes. Dans ce cas, les règles d'affichage contraignent l'infirmier(e) à afficher une attitude compréhensive. Ils lui demande aussi d'exprimer une attitude neutre face à un patient condamné et qui espère toujours guérir et retourner auprès de sa famille. Cependant, le soignant pourrait ne pas ressentir de la compréhension pour le premier ou de l'indifférence pour le deuxième cas ce qui, selon Zapf et ses collègues, engendrera une tension psychologique, un sentiment d'inauthenticité et un épuisement émotionnel (Zapf et al., 2001).

La plupart des études sur le travail émotionnel inclut le concept de dissonance émotionnelle (Zapf, 1999, Mertini & Holz, 2001). Cependant, son statut est différent et les chercheurs ont utilisé différentes conceptualisations du concept souvent ambiguës (Van Dijk & Brown, 2006). La dissonance émotionnelle a été conceptualisée, à l'origine, comme la différence entre les émotions ressenties par les employés et les émotions exprimées pour répondre aux normes organisationnelles et professionnelles (Hochschild, 1983). Par la suite, différents aspects de cette définition initiale ont été soulignés, résultant en deux courants de recherche divergents (Holman, Martinez-Iñigo et Totterdell, 2008).

En effet, à travers la revue de littérature traitant de la dissonance émotionnelle, deux voies de recherche se distinguent, certains chercheurs considèrent la dissonance émotionnelle comme l'écart entre les émotions requises et celles ressenties (Zapf & Holz, 2006) pendant que d'autres la considère comme l'écart entre les émotions exprimées et ressenties (Cote, 2005). Plusieurs chercheurs ont adopté la première voie qui considère la dissonance

émotionnelle comme un état psychologique résultant d'une incompatibilité entre une émotion ressentie dans une situation donnée avec les règles d'affichage (Dal Santo et al., 2016 ; Dormann & Kaiser, 2002, Hülshager & Schewe, 2011 ; Machado, Desrumaux, & Dose, 2015 ; Kubicek & Korunka, 2015). Cette orientation conceptuelle axée sur le travail, distingue la dissonance émotionnelle des processus de régulation émotionnelle, dans le sens où la dissonance émotionnelle précède les stratégies de régulation émotionnelle (Holman et al., 2002). La deuxième voie axée sur l'employé, considère la dissonance émotionnelle comme le résultat ou la continuité d'une stratégie de régulation émotionnelle inadaptée comme par exemple la régulation en surface (Grandey, 2003 ; Grandey et al., 2012). La présente recherche doctorale suit l'approche axée sur le travail, en appréhendant la dissonance émotionnelle comme une tension psychologique reflétant d'intenses demandes émotionnelles du travail, et induisant le besoin d'effectuer un travail sur les émotions propres, à travers la régulation émotionnelle, afin de les faire correspondre aux règles d'affichage émotionnel (Zapf, 2002).

Empiriquement, la dissonance émotionnelle crée une tension psychologique et physique insupportable pouvant entraîner une aliénation des émotions propres à l'individu, une perte d'estime de soi et dépression. Elle peut conduire à l'épuisement professionnel (Kinman & Leggetter, 2016 ; Diefendorff et al, 2005 ; Pohl et al., 2011 ; Machado et al., 2016 ; Andela & Truchot, 2016). En effet, Bakker (2003) constate que la dissonance émotionnelle des hôtesses de l'air représente, plus que les exigences quantitatives du travail et le manque de contrôle du travail, un antécédent pertinent de l'épuisement professionnel. C'est-à-dire que la dissonance émotionnelle peut agir comme un facteur de stress indépendant des autres facteurs de stress organisationnels. Plus tard, Bakker et Heuven (2006) dans leur étude empirique transversale auprès des infirmières et des policiers, suggèrent que parce que la dissonance émotionnelle se produit seulement chez les employés interagissant avec les usagers (patients ou civils), la relation entre les demandes émotionnelles du travail (interactions chargées émotionnellement) et l'épuisement professionnel est attribuable au fait que la dissonance émotionnelle joue un rôle médiateur. C'est-à-dire que les exigences émotionnelles peuvent mener à l'épuisement professionnel par l'expérience de la dissonance émotionnelle. Ainsi, les études basées sur le modèle JD-R dans la profession infirmière, positionne la dissonance émotionnelle comme une tension du travail reflétant l'intensité des demandes émotionnelle du travail (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2007 ; Bakker & Heuven, 2006). Une conceptualisation confortée récemment, dans une étude sur une population infirmière ou l'effet négatif des demandes émotionnelles, comme faire face à la souffrance des patients, été totalement médiatisée par la dissonance émotionnelle (Andela, Truchot, & Van der Doef, 2016). Sur la base de ces résultats et suivant la conceptualisation de Zapf (2000), la présente étude

appréhende la dissonance émotionnelle comme une tension reflétant le degré d'intensité des demandes émotionnelles, et qui se trouve être préjudiciable au bien-être au travail (Ortiz-Bonnín, García-Buades, Caballer, & Zapf, 2016 ; Hülsheger & Schewe, 2011 ; Diestel, Rivkin, & Schmidt, 2015 ; Molino, Emanuel, Zito, Ghislieri, Colombo, & Cortese, 2016 ; Kenworthy, Fay, Frame, & Petree 2014), notamment dans la profession infirmière (Dal Santo et al., 2016 ; Andela & Truchot, 2016 ; Ghislieri, Gatti, Molino, & Cortese, 2017 ; Kaur, & Laxmi, 2014 ; Mauno et al., 2016 ; Kinman & Leggetter, 2016 ; Delgado, Upton, Ranse, Furness, & Foster, 2017).

Synthèse du chapitre 1

Il est frappant de constater à quel point les réformes successives, sous le dictat des enjeux économiques, ont apporté les méthodes concurrentielles de l'entreprise dans la gestion d'un secteur sanitaire et social. Les répercussions de ces réformes accentuent les contraintes du travail infirmier. La pénibilité physique, psychologique et émotionnelle de la profession infirmière n'est plus à prouver avec son lot de TMS, et ses répercussions sur le bien-être au travail. Nous adhérons au principe que le bien-être au travail est conditionné par l'interaction de plusieurs facteurs tant du volet des demandes que celui des ressources. Bien que la liste des demandes du travail évoquées plus haut soit largement reconnues par la littérature comme particulièrement problématique et génératrices d'épuisement professionnel, elle est loin d'être exhaustive et de nombreux autres facteurs pourraient sans aucun doute y être ajoutés. Nous retiendrons que le modèle JD-R intègre dans sa logique plusieurs modèles afin d'offrir une analyse plus fine de l'environnement de travail étudié.

Chapitre 2 : le bien-être dans la profession infirmière

Préambule

Notre interprétation sociétale de la santé au travail, connaît aujourd'hui un renouveau suivant le changement de paradigme dans notre façon de penser la santé comme un modèle de fonctionnement optimal et de bien-être (Tetrick, 2002). L'émergence de la psychologie positive (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), met l'accent sur les forces humaines et le fonctionnement optimal du travailleur (Shankland & Benny, 2017 ; Laizeau, 2017). Cette nouvelle voie de recherche se centre sur les aspects positifs de la vie professionnelle et la promotion du bien-être physique, psychologique et social (Dal Santo, Pohl, & Battistelli, 2015) et mobilise tous les acteurs de l'organisation autour de l'identification et le développement des ressources, personnelles et organisationnelles, afin d'agir efficacement sur les demandes du travail (Boniwell & Chabanne, 2017). Bien que l'intérêt grandissant pour le bien-être au travail semble à son apogé, il est néanmoins très difficile à définir (Larson, 1999). Bien-être au travail, bien-être psychologique, bonheur au travail, sécurité et santé au travail, qualité de vie au travail, différentes terminologies pour référer, dans plusieurs études, à la même question (Siqueira & Padovan, 2008). Selon Dupuis, Martel, Voirol, Bibeau et Hébert-Bonneville (2009) « *le bien-être au travail se réfère à un état plus englobant que celui de santé puisqu'il prend en considération la personne dans son ensemble, ce qui se traduit par un sentiment et une sensation d'épanouissement, de confort, de satisfaction générale, tant en parlant du corps que de l'esprit* ». Le bien-être au travail, comme un construit subjectif et multidimensionnel, traduit une symbiose entre différents aspects de la vie au travail et hors travail. Dans le contexte mondial, l'OMS a indiqué que le bien-être des employés, qui représente près de la moitié de la population mondiale, est d'une importance vitale, tant pour les travailleurs et pour les organisations qui les emploient, en termes de productivité, de compétitivité et de succès de l'économie des pays, que pour l'économie mondiale (Burton, 2010). Dés lors, approfondir les connaissances scientifiques sur les facteurs favorisant le bien-être au travail est plus que nécessaire.

2.1 Origine et définitions du concept

La recherche sur le bien-être au travail a été fondée sur deux conceptions philosophiques : l'hédonique et l'eudémonique. Les composantes eudémoniques sont décrites en termes de « vivre bien » tandis que les composantes hédoniques sont décrites en termes de « se sentir bien » (Ryff, 1989 ; Ryff & Singer, 2008 ; Kallay, 2013 ; Keyes & Shmotkin, 2002). Dans la vision hédonique, le bien-être en général consiste en un bonheur subjectif, y compris l'expérience du plaisir contre le mécontentement, alors que la vision eudémonique caractérise le bien-être en général en termes de sens, de but et d'actualisation du potentiel humain (Ryan

& Deci, 2001). Ryff (1995) a décrit le bien-être non pas comme la réalisation du plaisir, mais comme la recherche de la perfection qui représente la réalisation de son vrai potentiel. Le bien-être au travail a été identifié, à travers une vision globaliste, comme « *une association entre le bien-être hédonique (celui des sensations plaisantes ressenties, des émotions positives et des évolutions cognitives) et le bien-être eudémonique (celui que l'on ressent lors de la réalisation d'une tâche qui a du sens et qui suit nos valeurs)* » (Boniwell & Chabanne, 2017). Quant à Grant, Christianson & Price (2007) ils conceptualisent le bien-être au travail comme un construit multidimensionnel comprenant le bien-être psychologique qui traduit le niveau de satisfaction des employés à l'égard des processus et des pratiques en milieu de travail; le bien-être physique qui renvoie à l'état de santé des employés, au niveau de stress et à la sécurité au travail et enfin, le bien-être social qui recouvre des domaines tel que la quantité et la qualité des réseaux sociaux sur le lieu de travail ainsi que la perception des employés de la justice et de l'équité. Récemment, en lien avec la profession infirmière, le bien-être au travail est appréhendé comme la construction de la prospérité au travail, défini comme un état psychologique composé de l'expérience commune de vitalité menant au développement et à la santé de l'employé (Utriainen & Kyngäs, 2011). La promotion du bien-être dans la profession infirmière profite à long terme à l'organisation, car elle permet la promotion de la santé au travail et l'accroissement des attitudes positives vis-à-vis du travail et de l'organisation (Heinen, van Achterberg, Schwendimann, Zander, Matthews, Kózka, & Schoonhoven, 2013), ainsi qu'aux patients en terme de qualité des soins (Clarke & Aiken, 2008).

Le bien-être au travail est un phénomène multidimensionnel qui peut être défini comme une appréciation positive de divers aspects du travail et son environnement, y compris les dimensions motivationnelles, affectives, comportementales, cognitives et psychosomatiques (Van Horn, Taris, Schaufeli, & Schreurs, 2004). Selon l'institut national de recherche scientifique Français « *La notion de bien-être au travail est une notion englobante, de portée plus large que les notions de santé physique et mentale, elle fait référence à un sentiment général de satisfaction et d'épanouissement dans et par le travail et pas seulement à l'absence de pathologies, de maladies ou de handicaps, elle comporte une dimension subjective dans le rapport que tisse l'individu avec son environnement de travail* » (Grosjean & Guyot, 2016).

2.2 Indicateurs du bien-être au travail considérés

Une multitude d'indicateurs peuvent rendre compte du degré de bien-être des salariés. Pour Taris et Schaufeli (2015) certaines des variables comme la satisfaction au travail et l'engagement organisationnel affectif sont spécifiques au bien-être affectif alors que d'autres se rapportent à des aspects plus larges du bien-être au travail comme la santé physique. En général, dans le contexte organisationnel, deux types d'indicateurs du bien-être des employés

sont différenciés (Grant et al., 2007). Dans le premier type, le bien-être des employés est axé sur les expériences subjectives liées au travail telles que la satisfaction au travail et l'engagement organisationnel, dans le second type, le bien-être est spécifique à la santé (par exemple : épuisement professionnel et dépression) (Hellemans, 2016 ; Burke, Moodie, Dolan & Fiksenbaum, 2012 ; Danna & Griffin, 1999). Le bien-être au travail a été considéré comme une évaluation subjective et positive de divers aspects de son travail, y compris les dimensions affectives, motivationnelles, comportementales, cognitives et psychosomatiques (Van Horn et al., 2004).

En résumé, le bien-être au travail est un concept large, multidimensionnel et surtout subjectif. Une façon d'approcher le degré du bien-être au travail est celle de Gilbert, Dagenais-Desmarais & Savoie (2011) qui préconise de s'intéresser aux aspects spécifiques du travail susceptibles de traduire l'adaptation, l'implication, la reconnaissance et l'épanouissement de l'individu dans son milieu professionnel. Dans notre étude, nous désignons le terme bien-être au travail pour définir des indicateurs sélectionnés, sur la base des études similaires, susceptibles de refléter le degré de bien-être au travail de la population d'étude, à savoir : la satisfaction au travail, l'engagement au travail et l'engagement organisationnel affectif comme indicateurs subjectifs liés au travail représentant les aspects motivationnels et l'épuisement émotionnel qui traduit la santé au travail des salariés. Ces indicateurs, loin d'être totalement représentatifs du bien-être au travail, comptent néanmoins, parmi les facteurs les plus fréquemment cités (Adriaenssens, Hamelink, & Van Bogaert, 2017 ; Chen & Lee, 2015 ; Rana & Javed, 2017 ; Felstead & Henseke, 2017 ; Unanue, Rempel, Gómez, & Van den Broeck, 2017 ; Hakanen, Peeters, & Schaufeli, 2017 ; Desrumaux, Gillet, Jeoffrion, Malola, & Dose, 2017), notamment dans le cadre d'études portant sur le personnel soignant en général (Pohl, Saiani, & Battistelli, 2013 ; Moya, Carrasco, & Hoz, 2017 ; Abreu & Blanco, 2017 ; Dal Santo et al., 2016 ; Shanafelt & Noseworthy, 2017 ; Adriaenssens et al, 2017).

2.2.1 La satisfaction au travail

La satisfaction au travail est l'une des attitudes les plus étudiées dans le domaine de la psychologie du travail (Dorfmann & Zapf, 2001 ; Lu, Barriball, Zhang, & While, 2012 ; Spector, 1997 ; Wright, 2006). La satisfaction au travail est considérée comme une adéquation individuelle des besoins personnels avec le potentiel perçu du travail pour satisfaire ces besoins (Kuhlen, 1963), ou comme les sentiments qu'à un travailleur au sujet des expériences professionnelles par rapport aux expériences précédentes, aux attentes actuelles et de la disponibilité des alternatives (Balzer, Kihm, Smith, Irwin, Bachiochi, Robie, ... & Parra, 1997), ou simplement ce que les gens pensent des différents aspects de leur travail (Spector, 1997). Quant à Hulin et Judge (2003) ils définissent la satisfaction au travail comme

une réponse psychologique multidimensionnelle (cognitivo-évaluative, affective et comportemental) vis-à-vis du travail. Dans la profession infirmière, la satisfaction au travail est vue par rapport à la qualité et la quantité des relations formelles, informelles et professionnelles au travail (Stamps & Piedmonte, 1986), aux récompenses et aux sanctions données à la suite des performances individuelles (Agho, Mueller, & Price, 1993), à la mobilité ou l'avancement professionnel (Kacmar, Bozeman, Carlson, & Anthony, 1999), au niveau d'implication dans les soins aux patients (Zander, 1980) ou encore par rapport à un angle plus large comme le degré auquel une personne se dit satisfaite des caractéristiques intrinsèques et extrinsèques du travail (Warr, Cook, & Wall, 1979). Quoiqu'un peu datée, Locke (1976) propose une définition de la satisfaction au travail qui demeure fréquemment utilisée aujourd'hui, au-delà des professions et des cultures (Cranny, Smith, & Stone, 1992) décrivant la satisfaction au travail comme un état émotionnel agréable ou positif résultant de l'évaluation faite par une personne de son travail ou de ses expériences de travail. Certains auteurs remettent en cause la définition de Locke (1976) sous prétexte d'une différence conceptuelle entre une réponse affective et une attitude qui constitue un construit multidimensionnel composée d'une dimension affective, conative et une dimension cognitive (Mignonac & Iglesias, 2010). Pour ce faire, afin de pas murer la satisfaction au travail dans une orientation quasi affective et omettre ainsi ses attributs conatifs et cognitifs, nous rejoignons le point de vue de Paillé (2008, p.4) de considérer « *la satisfaction au travail comme le résultat de l'évaluation qu'une personne fait au sujet de son travail ou de sa situation de travail* », cette définition renvoyant à une attitude est adoptée par plusieurs chercheurs (Judge, Bono, & Locke, 2000 ; Testa, 2001 ; Weiss, 2002).

Outre sa définition, une actualisation de la revue de littérature sur la satisfaction au travail dans le secteur des soins faite par Randon (2012) note que la satisfaction au travail est non seulement un indicateur du bien-être au travail déterminant la qualité des soins mais aussi le résultat de certaines demandes spécifiques à la profession infirmière comme les demandes psychologiques (tensions de rôle et la charge du travail) et la qualité des relations comme le soutien des collègues et de la hiérarchie. D'ailleurs, la satisfaction au travail a tellement été liée au bien-être au travail que quelquefois les deux concepts sont confondus (Cropanzano & Wright, 2001 ; Bowling, Eschleman, & Wang, 2010). Conceptuellement, le bien-être au travail est une construction plus large que la satisfaction au travail, de même, la présence de la satisfaction au travail ne signifie pas nécessairement la présence de bien-être au travail mais constitue un des indicateurs les plus pertinent (Wright, Cropanzano & Bonett, 2007; Youssef & Luthans, 2007). La satisfaction au travail est une attitude qui implique intrinsèquement une composante évaluative (Tett & Meyer, 1993), tandis que le bien-être au travail implique

davantage de liens physiques, émotionnels et psychologiques plus étroits avec le travail (Boehm & Lyubomirsky, 2008).

Dans la profession infirmière, la satisfaction au travail constitue un thème central ayant des connexions avec plusieurs facteurs comme l'amélioration de la qualité des soins (Laschinger, 2008) et la diminution de l'intention de quitter la profession (AL-Hussami, 2008). Par ailleurs, après avoir pris conscience de l'importance de la satisfaction dans la profession infirmière, les chercheurs s'affairent en identifiant les facteurs clés en relation avec la satisfaction au travail comme le style de management (Chen, Beck, & Amos, 2005, Swearingen, 2009), les conditions de travail, les relations avec les managers, la surcharge de travail, l'emploi du temps, les défis au travail, la monotonie, les exigences des tâches (Lu, While, & Barriball, 2005 ; Adams & Bond, 2000). L'étude « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe » de PRESST-NEXT réalisée en 2002 auprès d'un échantillon de 5 376 soignants, PRESST-NEXT signifie d'ailleurs : « Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail - Nurses' early exit study », révèle que parmi les antécédents de la satisfaction au travail figurent la charge de travail psychologique, physique et émotionnelle, la qualité de l'encadrement et la conciliation travail/famille (Estryn-Behar, 2008). La revue de littérature nous renseigne aussi que la dissonance émotionnelle est souvent associée négativement à la satisfaction au travail (Dal Santo et al., 2013 ; Morris & Feldman, 1997). D'autre part, la relation spécifique entre la satisfaction au travail et le travail émotionnel dans la profession infirmière reste ambiguë (Dal Santo et al., 2015). Les infirmières sont appelées quotidiennement à gérer leurs émotions, cet effort joue un rôle important en contribuant à leur satisfaction (Smith, 2010). Hochschild (1983) affirme que lorsque les infirmier-e-s sont capables de gérer leurs émotions de manière à rester authentique, cela leur procure un sentiment d'accomplissement et contribue à leur satisfaction au travail.

2.2.2 L'engagement organisationnel affectif

Depuis Becker (1960), Etzioni (1965), Kanter (1968) et Saunders (1956), la recherche sur l'engagement organisationnel n'a cessé d'alimenter la littérature scientifique (Carman-Tobin - 2011) et ce, pour de multiples raisons. En effet, l'engagement organisationnel représente un gage d'efficacité organisationnel et de la qualité des soins dans la profession infirmière (Lampinen, Suutala, & Konu, 2017 ; Naghneh, Tafreshi, Naderi, Shakeri, Bolourchifard, & Goyaghaj, 2017 ; Nasiripour, Raeissi, Omrani, Khosravizadeh, & Alirezai, 2015). Récemment, il est plutôt admis que l'engagement organisationnel ne profite pas seulement à l'organisation mais aussi au salarié, notamment de par les résultats de plusieurs études le reliant positivement au bien-être au travail (Panaccio & Vandenberghe, 2009 ; Bishop, Weinberg, Leutz, Dossa, Pfefferle, & Zincavage, 2008 ; Somers, 2009 ; Siu, 2002) et

négativement à l'épuisement professionnel (Yasmin & Marzuki, 2015 ; Lapointe, Morin, Courcy, Boilard, & Payette, 2011 ; El-Demerdash, Abdelaziz, & Abdelsalam, 2013).

Nombreux sont les chercheurs qui choisissent l'approche dominante de l'engagement organisationnel développée par Meyer et Allen (1997) pour l'étude des relations entre les salariés et les organisations qui les emploient. Le modèle tridimensionnel qu'ils ont développé a donné lieu à de nombreuses validations à travers différentes cultures (Karim & Noor, 2017 ; Meyer, Stanley, Herscovitch, & Topolnytsky, 2002 ; Lee, Allen, Meyer, & Rhee, 2001 ; Xu & Bassham, 2010 ; Abdullah, 2011 ; Davis, 2014) et semble actuellement s'imposer comme la conceptualisation la plus complète de ce construit. Selon ce modèle, l'engagement organisationnel est défini comme un lien psychologique unissant l'employé et l'organisation, rendant l'employé moins susceptible de quitter cette dernière (Allen & Meyer, 1996). Présenté comme un construit multidimensionnel, l'engagement organisationnel se compose de trois formes : affective, de continuité et normative qui suggèrent que les employés « veulent », « doivent » ou « pensent qu'ils devraient » rester dans une organisation. Chaque dimension décrit un aspect fondamental de l'engagement organisationnel : l'engagement affectif implique l'attachement émotionnel ou attitudinal à l'organisation ; l'engagement continu est lié à un équilibre entre les coûts de départ de l'organisation et les avantages de rester ; tandis que l'engagement normatif est lié à des pressions intériorisées pour agir de manière compatible avec les objectifs et les intérêts organisationnels, cette composante suggère que les employés ressentent le besoin moral de rester dans l'organisation (Meyer & Allen, 1997).

Par ailleurs, une lecture attentive de la littérature révèle que l'engagement affectif est la dimension la plus traitée et démontrant des interactions plus fortes avec d'autres variables liées au travail et à l'organisation comparé aux deux autres formes d'engagement (Tremblay, Guay, & Simard, 2000 ; Meyer & Allen, 1997 ; Meyer & Maltin, 2010). De plus, l'engagement affectif semble avoir plus d'effets positifs sur le bien-être des infirmier-e-s que les autres dimensions de l'engagement organisationnel (Morin, Archambault, & Bellavance, 2001 ; Zhao, Sun, Cao, Li, Duan, Fan, & Liu, 2013). Ce faisant, l'engagement affectif représente l'attachement affectif, l'identification et la participation des employés à la réalisation des objectifs de l'organisation, c'est-à-dire qu'ils restent au sein de l'organisation parce qu'ils s'identifient et adhèrent aux objectifs et aux valeurs organisationnelles (Meyer, Allen, & Smith, 1993). Hall (1970) définit la composante affective comme le processus par lequel les objectifs de l'organisation et ceux de l'individu deviennent de plus en plus congruents. Gould (1979) a observé que certains employés font des efforts dans leur travail au-delà de ce qui semble être nécessaire pour la récompense attendue, et attribue cela à la composante affective de l'engagement organisationnel. Par exemple, l'infirmier désirent demeurer dans l'organisation parce qu'il adopte les valeurs humanistes et la mission noble de

la profession mais pas pour des considérations économiques ou sociales (Cara, 2008). Sur la base de la théorie des échanges sociaux de Blau (1964) et la norme de réciprocité de Gouldner (1960), Meyer & Allen (1997) expliquent qu'être engagé affectivement envers l'organisation procure un sentiment agréable d'harmonie avec l'environnement, en réponse à des expériences de travail agréables, perçues comme étant offertes par l'organisation.

Empiriquement, la méta-analyse de Meyer & Maltin (2010) démontre clairement que l'engagement affectif conduit au bien-être au travail. D'autres études se sont attelées à déterminer les antécédents de l'engagement affectif. Dans leur méta-analyse, Meyer et al., (2002) identifie une relation négative entre le conflit travail/famille et l'engagement affectif. Le même résultat fut confirmé à maintes reprises dans la profession infirmière (Flinkman, Laine, Leino-Kilpi, Hasselhorn, & Salanterä, 2008 ; Benligiray & Sönmez, 2012 ; Buonocore & Russo, 2013). D'autre part, selon Morrow (1993) la variance de l'engagement affectif est expliquée davantage par des variables relatives à l'environnement du travail que les variables sociodémographiques. Vandenberghe (2003) indique l'existence de deux grandes familles de facteurs contribuant au développement de l'engagement affectif à savoir : (1) les caractéristiques organisationnelles qui rassemblent entre autres la culture organisationnelle, les pratiques de gestion participative et le soutien organisationnel. Ces facteurs favorisent un sentiment de considération pour les efforts fournis et des sacrifices consentis ainsi qu'un sentiment d'appartenance et d'autonomie ; (2) les expériences positives de travail liées aux aspects intrinsèques du travail comme les possibilités d'avancement, le degré d'autonomie et aussi, aux aspects extrinsèques comme les caractéristiques du travail (horaires de travail, travail supplémentaire et conflit de rôle) ou encore, les relations avec le supérieur et la rémunération. Dans ce sens, la profession infirmière étant particulièrement sujette à des contraintes liées au travail, des caractéristiques du travail telles que de fortes responsabilités au travail, une cadence de travail élevée, le volume et la charge physique du travail ont été liées négativement à l'engagement affectif (Sato, Watanabe, & Asakura, 2017 ; Clausen & Borg, 2010 ; Ruiller, 2012). Le conflit travail/famille, la charge de travail et les demandes émotionnelles apparaissent également comme ayant de forts impacts négatifs sur l'engagement affectif des infirmier-e-s (Burke et al., 2012 ; Dasgupta, 2016). D'autre part, des chercheurs cherchent à identifier les facteurs générateurs d'engagement affectif. La perception du soutien organisationnel du supérieur est associée positivement à l'engagement affectif (Pohl & Paillé, 2011 ; Vandenberghe, Bentein, & Stinglhamber, 2004 ; Liden & Maslyn, 1998). Duchesne (2005, p.27) ajoute : « L'effet de soutien se répercute concrètement par une plus grande initiative, une haute confiance en soi et une vision du travail comme étant un aspect central de la vie ». D'autre part, s'agissant du lien entre le travail émotionnel et l'engagement affectif dans la profession infirmière, l'examen de la littérature nous renseigne

que les publications sur le sujet ne sont pas prolifiques. Certains auteurs affirment que le travail émotionnel influence grandement l'engagement affectif (Seery & Corrigan, 2009 ; Humphreys, Brunson, & Davis, 2005 ; Wong & Law, 2002 ; Lavelle, Rupp, & Brockner, 2007). Hochschild (1983) soutient que la régulation en surface renforce l'inauthenticité au fil du temps et entraîne un sentiment de détachement de ses vrais sentiments et des sentiments des autres. Ce sentiment d'inauthenticité affecte négativement l'efficacité (Ashforth & Humphrey, 1993) ainsi que son engagement affectif envers l'organisation (Hur, Won Moon, & Jun, 2013 ; Yang & Chang, 2008) Cependant, Lapointe et al. (2011) trouvent que la régulation en surface est positivement liée à l'engagement affectif. Par ailleurs, la régulation en profondeur suppose une tentative active d'évoquer des émotions conformes aux règles d'affichage (Hochschild, 1983). Cette cohérence entre les émotions ressenties et les règles d'affichage convoque un sentiment de satisfaction et d'efficacité professionnelle, ce qui contribue au renforcement de l'engagement affectif envers l'organisation (Lapointe et al., 2011 ; Hur et al., 2013). D'autres, argumentent que le profil de l'employé ayant un fort engagement affectif envers l'engagement organisationnel, de par l'aspect d'attachement aux valeurs, missions et objectifs de l'organisation, sera moins dans le besoin de recourir à la réévaluation de ses émotions pour se conformer aux règles d'affichage déjà intériorisées. Cependant, dans des situations émotionnellement compliquées, l'employé ayant un fort engagement affectif réévaluera d'une façon efficace ses émotions sans pour cela être affecté par les effets négatifs du travail émotionnel (Grandey, 2000 ; Panaccio & Vandenberghe, 2009).

2.2.3 L'engagement au travail

L'engagement au travail est considéré actuellement au côté de la satisfaction au travail comme l'un des indicateurs les plus pertinents du bien-être au travail (Schaufeli, Taris, & Van Rhenen, 2008 ; Rothmann, 2008 ; Bakker & Demerouti, 2008), notamment dans la profession infirmière (Kanste, 2011) où l'engagement au travail reste le meilleur gage pour la rétention du personnel (Tillott, Walsh, & Moxham, 2013 ; Sawatzky & Enns, 2012 ; Mackoff & Triolo, 2008), la qualité des soins (Van Bogaert, Wouters, Willems, Mondelaers, & Clarke, 2013 ; Freney & Fellenz, 2013) ou même des taux de mortalité hospitalière moindre et une meilleure rentabilité pour l'organisation (Antoinette-Bargagliotti, 2013). Le concept de l'engagement au travail a été développé à partir de la recherche sur l'épuisement professionnel, pour tenter de passer des problèmes de santé des employés au bien-être au travail, dans le cadre de l'émergence de la psychologie positive. L'engagement au travail est défini d'une manière consensuelle comme « un état psychologique positif et satisfaisant vis à vis du travail caractérisé par la vigueur, le dévouement et l'absorption » (Schaufeli, Salanova, Gonzales-Roma & Bakker, 2002, p 6). La vigueur traduit des niveaux élevés d'énergie et de

résilience mentale et une volonté et une persistance d'investir des efforts dans son travail. Le dévouement est l'expérience de la perception de l'importance et du sens du travail accompli, d'enthousiasme, d'inspiration, de la fierté et du défi en étant profondément impliqué dans son travail. L'absorption partage un certain nombre de points communs avec le dévouement, mais se distingue par un degré élevé ou « exagéré » d'implication à tel point que l'individu est entièrement concentré dans son travail, ne voyant pas le temps passé et aura du mal à se détacher de son travail (Schaufeli et al., 2002). Cette définition renvoie l'engagement au travail à un concept de motivation du fait que s'engager dans son travail favorise un sentiment de motivation qui se traduit par une participation active et un effort soutenu pour l'accomplissement des tâches et l'attente des objectifs fixés. Selon Maslach & Leiter (1997) les dimensions de l'engagement au travail peuvent être considérées comme les extrémités d'un même continuum des trois dimensions d'épuisement professionnel, de façon que, la vigueur s'oppose à l'épuisement émotionnel, le dévouement au cynisme, et l'absorption s'oppose au sentiment de non-accomplissement personnel au travail. Les auteurs soutiennent également que l'engagement au travail et l'épuisement professionnel peuvent être considérés comme des prototypes du bien-être des employés reflétant respectivement un haut ou un faible degré de plaisir au travail. Cependant, Schaufeli et ses collègues critiquent la conceptualisation de l'engagement au travail de Maslach et Leiter, à partir du fait que l'examen de la relation entre les deux concepts est donc impossible du fait qu'il représente les deux pôles de ce même continuum. Pour les auteurs, l'épuisement et l'engagement sont indépendants, mais négativement corrélés (Schaufeli et al., 2002).

Un défi majeur rencontré par la gestion hospitalière aujourd'hui est de trouver les moyens d'augmenter l'engagement de leurs employés. L'engagement peut être attribué à un grand nombre de facteurs, certains sont plus susceptibles de susciter ou d'entraver un engagement que d'autres. Pour Jeong-Won (2016) la richesse des ressources du travail infirmier prédit mieux l'engagement au travail par rapport aux demandes du travail. Nous ne nous attarderons pas sur un recensement exhaustif, mais à travers les études réalisées sur la population infirmière, quelques facteurs comme le conflit travail/famille, les tensions de rôle et la charge de travail représentent quelques facettes de pénibilité de la profession qui se trouve particulièrement préjudiciables en matière d'engagement au travail (Halbesleben, 2010 ; Mauno et al., 2007 ; Laschinger & Leiter, 2006 ; Garrosa et al, 2011 ; Sohrabizadeh & Sayfour, 2014). De plus, la dissonance émotionnelle comme tension du travail se trouve aussi souvent liée négativement à l'engagement au travail dans la profession infirmière (Mauno et al., 2016 ; Dal Santo et al., 2015 ; Seery & Corrigan, 2009). D'autre part, les chercheurs en psychologie du travail et des organisations ont démontré que les employés engagés seraient plus enclins à identifier les ressources, à travailler de plus longues heures et à se consacrer

d'avantage à leur travail, ils peuvent aussi, comme le travail en équipe est communicatif, promouvoir cet état d'esprit parmi leurs collègues (Salanova, Agut, & Peiro, 2005 ; Saks, 2006 ; Othman & Nasurdin ; 2011). Pour promouvoir l'engagement au travail, les chercheurs préconisent de s'intéresser aux ressources professionnelles et personnelles (Bakker, Schaufeli, Leiter, & Taris, 2008). Parmi les ressources professionnelles, il a été démontré que le soutien perçu du supérieur hiérarchique peut réduire l'effet négatif des demandes du travail infirmier sur l'engagement au travail (Shuck & Herd, 2012 ; Naruse, Sakai, Watai, Taguchi, Kuwahara, Nagata, & Murashima 2013). Du côté des ressources personnelles, l'empathie se trouve particulièrement pertinente pour la promotion de l'engagement au travail (Pohl et al., 2013), le travail émotionnel figure aussi parmi les antécédents de l'engagement au travail ou la régulation en profondeur favorise le développement des états psychologiques positifs comme l'engagement au travail, alors que la régulation en surface exerce l'effet inverse (Chan, 2009 ; Lu & Guy, 2014 ; Liu, Li, Shi, Y., & Shi, K. 2010).

2.2.4 L'épuisement émotionnel

Selon Demerouti et Bakker (2011), le modèle JD-R est un modèle global qui combine les résultats positifs et négatifs de la santé et du bien-être des employés en un seul modèle global. Bédard et Duquette (1998) cités par Canoui (2003, p. 102) indiquent que : « *la souffrance des soignants est particulière dans le sens où elle est liée à un épuisement émotionnel dans un contexte de relation d'aide. Or, si celle-ci devient impossible, alors le métier de soignant n'existe plus, le travail n'a plus de sens* ». Cet énoncé illustre bien la prééminence de l'épuisement émotionnel dans la profession infirmière qui représente un réel problème et une menace pour le système de soins de santé. D'ailleurs, plusieurs études font état d'énormes fardeaux émotionnels, physiques et psychologiques que la profession suppose entraînant, autour du monde, des taux élevés d'épuisement émotionnel, plus particulièrement chez les infirmier-e-s qui travaillent dans le milieu hospitalier (Poghosyan, Clarke, Finlayson, & Aiken, 2010 ; Poghosyan & Sloane, 2009 ; Adali & Priami, 2002 ; Sahraian, Fazelzadeh, Mehdizadeh, & Toobae, 2008 ; Benyahia & Mehenni, 2013 ; Xie, Wang, & Chen, 2011). Les taux d'épuisement émotionnel chez les infirmier-e-s sont plus élevés que chez les autres professionnels de la santé (Khamisa, Peltzer, & Oldenburg, 2013). Une récente revue de littérature confirme que dans la plupart des études examinées, une dégradation du bien-être dans la profession infirmière et de la qualité des soins étaient associés à des niveaux élevés d'épuisement professionnel (Hall, Johnson, Watt, Tsipa, & O'Connor, 2016). Cette mise en relation de l'épuisement émotionnel à la dégradation du bien-être dans la profession infirmière découle d'un constat avéré par rapport aux conséquences négatives de ce syndrome sur plusieurs facettes du travail infirmier comme l'intention de quitter la profession (Laschinger, Leiter, Day, & Gilin, 2009 ; Leiter & Maslach, 2009), des plaintes

psychosomatiques (Jourdain & Chênevert, 2010), la qualité des soins (Poghosyan et al., 2010), les comportements proactifs au travail (Cropanzano, Rupp, & Byrne, 2003 ; Halbesleben & Bowler, 2005) et le bien-être au travail (Qu & Wang, 2015 ; Laschinger & Fida, 2014).

Conceptuellement, l'épuisement émotionnel constitue l'une des trois dimensions de l'épuisement professionnel qui fait l'objet de nombreux débats. Bien que plusieurs chercheurs le conceptualisent comme un construit à trois dimensions : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel (Leiter, 1993), d'autres conceptualisent l'épuisement professionnel comme comprenant seulement l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation (Schaufeli & Taris, 2005) ou encore comme un construit tridimensionnel comprenant le burnout personnel, lié au travail et lié au client (patients, détenus, enfants, résidents, étudiants, élèves, etc.) (Kristensen, T. S., Borritz, Villadsen, & Christensen, K. B. 2005). Cependant, le modèle tridimensionnel et son échelle MBI « Maslach Burnout Inventory » de Maslach & Jackson (1981, 1983) semble conserver une certaine notoriété malgré des dissidences parmi les chercheurs (Shirom, 2005). Élaboré comme un syndrome psychologique, l'épuisement professionnel représente une réaction prolongée aux facteurs de stress interpersonnels chroniques liés au travail caractérisé par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une diminution de l'accomplissement personnel et pouvant se développer chez des personnes travaillant dans le secteur de l'aide aux personnes (Maslach & Leiter, 1997). Truchot (2016) explique que l'épuisement émotionnel se réfère à une dépense excessive des ressources, un sentiment d'être vidé émotionnellement et de ne plus pouvoir faire face aux demandes et aux facteurs de stress. Quant aux deux autres dimensions (la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel), elles représentent la réponse d'adaptation ou des mesures défensives face à l'épuisement émotionnel. La dépersonnalisation ou désinvestissement comme son nom l'indique, est une tentative de mettre la distance entre soi et les destinataires de services, caractérisée par la déshumanisation relationnelle. Elle se manifeste par des sentiments de cynisme qui représentent des réponses négatives à divers aspects d'un travail. Le cynisme renvoie aussi au négativisme qui traduit un comportement égoïste ou sans pitié dirigé vers les personnes, le travail ou les situations. Les personnes souffrant de dépersonnalisation perçoivent le travail comme n'étant pas significatif et ne méritant pas d'efforts. L'accomplissement personnel se réfère à un manque de sentiment d'accomplissement relatif à l'évaluation négative de la performance au travail. En effet, il est difficile d'avoir un sentiment d'accomplissement quand on se sent épuisé ou lorsqu'on aide les personnes envers qui on se sent indifférent. En outre, des sentiments d'inefficacité peuvent conduire à des sentiments d'inadéquation. Avoir un sentiment d'inadéquation peut amener une personne à perdre confiance en soi et en sa capacité de bien faire le travail (Maslach & Leiter,

1997). Actuellement, parmi les mesures de l'épuisement professionnel, le « Maslach Burnout Inventory for human services professions » (MBI-HS) de Maslach, Jackson et Leiter (1996) reste l'outil le plus valide et le plus utilisé dans le domaine infirmier à travers plusieurs cultures (Loera, Converso, & Viotti, 2014 ; Vanheule, Rosseel, & Vlerick, 2007 ; Lee, Chien, & Yen, 2013 ; Kanste, Miettunen, & Kyngäs, 2006 ; Boufera & Benmoussa, 2009). Le (MBI-HS) a aussi été validé en langue française par Truchot, Lheureux, Borteyrouet, & Rasclé (2012).

En général, peu importe la conceptualisation de l'épuisement professionnel, il est admis que l'épuisement émotionnel en constitue la dimension centrale (Berry, Barrowclough, & Haddock, 2011 ; Taris, LeBlanc, Schaufeli, & Schreurs, 2005 ; Halbesleben & Demerouti, 2005 ; Lee & Ashforth, 1996 ; Leiter, 1996). Ces dernières années, différentes études ont montré que les infirmier-e-s sont exposés à de hauts niveaux d'épuisement émotionnel (Laschinger & Finegan, 2008 ; Laschinger & Leiter, 2008). Cette prévalence est causée par une série de facteurs situationnels, organisationnels ou interpersonnels caractéristiques de l'environnement hospitalier. Parmi les facteurs les plus cités dans la littérature figure par exemple : la surcharge quantitative, l'ambiguïté et le conflit de rôle, la charge physique, le conflit travail famille et l'hostilité des patients (Truchot & Borteyrou, 2010 ; Jourdain & Chênevert, 2010 ; Adriaenssens et al., 2017 ; Koekemoer & Mostert, 2006). L'étude de Stordeur, Vandenberghe et D'hoore (1999) révèle que les pressions au travail, le manque de soutien, les conflits entre les collègues et avec la vie privée, le travail à temps plein par rapport au temps partiel et la souffrance et la mort des patients représentent les principaux facteurs mis en cause dans la survenue de l'épuisement émotionnel. L'épuisement émotionnel dans l'environnement hospitalier est également lié aux exigences professionnelles élevées où le soignant est dans l'obligation d'actualiser régulièrement ses connaissances professionnelles pour demeurer performant dans un milieu en perpétuelle évolution (Demerouti et al., 2000 ; Lim, Kim, E. K., Kim, H., Yang, & Lee, 2010). Le rôle de la dissonance émotionnelle dans le développement de l'épuisement émotionnel des infirmier-e-s se trouve aussi, à travers la littérature, de plus en plus mis en évidence (Andela & Truchot, 2016 ; Bakker & Heuven, 2006 ; Dal Santo et al., 2016 ; Kinman & Leggetter, 2016). Par ailleurs, les chercheurs ont identifié plusieurs ressources du travail, ainsi que des ressources personnelles, qui peuvent prévenir ou du moins, diminuer la prévalence de l'épuisement émotionnel dans la profession infirmière, comme le soutien du superviseur et des collègues, l'autonomie et le contrôle sur le travail (Hu, Schaufeli, & Taris, 2016 ; Weigl, Stab, Herms, Angerer, Hacker, & Glaser, 2016 ; Laschinger, Grau, Finegan, & Wilk, 2012 ; Gray-Stanley & Muramatsu, 2011). D'autres plaident pour les ressources personnelles comme l'optimisme (Garrosa et al., 2011 ; Halbesleben, 2010), l'empathie (Lee, H., Song, Cho, Lee, G. Z., & Daly, 2003). De récentes

études défendent la position des stratégies de régulation émotionnelle comme des ressources personnelles face aux interactions émotionnellement exigeantes du travail (Bai, Lin, & Wang, 2016 ; Van Gelderen, Konijn, & Bakker, 2017). Ces ressources sont plus pertinentes dans le milieu hospitalier ou, les études nous renseignent que la régulation en profondeur serait plus susceptible de promouvoir la santé et le bien-être du personnel infirmier par rapport à la régulation dite en surface (Bassal, Czellar, Kaiser, & Dan-Glauser, 2016 ; Diefendorff et al., 2011).

Synthèse

Le bien-être au travail s'avère, à l'heure actuelle, un véritable défi pour les chercheurs et les gestionnaires hospitalier. Concilier performance, qualité des soins et bien-être au travail apparaît dans les conjonctures actuelles de restructuration organisationnelle et restriction budgétaire l'un des leviers accessibles aux gestionnaires pour palier aux difficultés qui caractérisent le secteur hospitalier, sa mise en œuvre est relativement facile mais conditionnée par l'implication effective de tous les acteurs de l'organisation. La littérature émergente et innovante laisse à penser que de nouvelles voies s'ouvrent, de l'approche « Planetree » centrée sur la personne aux hôpitaux magnétiques vue par Brunelle (2009) comme un hôpital où il fait bon vivre et où il fait bon se faire soigner, le bien-être au travail est mis en avant pour repenser la manière d'appréhender la place de l'individu dans l'organisation (pour une revue, voir has-sante.fr ; Schaufeli & Taris, 2014). Ainsi, une orientation basée exclusivement sur la souffrance au travail n'est plus indiquée du fait des multiples difficultés d'intervenir sur les exigences du travail, d'où l'orientation vers une vision globaliste traduite notamment par le modèle des exigences et des ressources du travail de Demerouti et al. (2001) qui, comme nous allons voir dans le chapitre suivant, plaide pour une intervention axée sur les ressources (personnelles ou professionnelles) afin de palier les répercussions négatives des demandes du travail sur le bien-être des travailleurs. En accord avec le principe de la pertinence de la prise en compte de la spécificité du contexte, nous avons voulu à travers la présente étude, identifier des demandes et des ressources spécifiques à la profession infirmière afin de proposer un modèle de recherche expliquant le bien-être au travail illustré par quatre indicateurs (la satisfaction au travail, l'engagement au travail, l'engagement organisationnel affectif et l'épuisement émotionnel).

Chapitre 3 : les ressources dans la profession infirmière

Préambule

Myers (2000), cité dans Schaufeli et Bakker (2004, p. 293) signale le grand nombre de publications en psychologie révélant des résultats négatifs de la vie au travail. Par conséquent, il n'est pas surprenant que la psychologie positive émerge pour passer de cette focalisation traditionnelle sur les faiblesses et les dysfonctionnements vers les forces humaines et le fonctionnement optimal. Les ressources du travail sont d'une importance capitale dans différents modèles théoriques comme le JDC(s), l'ERI ou le JD-R. La composante ressources du modèle JD-R inspirée entre autres de la théorie de la conservation des ressources de Hobfoll (1989), part du principe que le comportement d'un individu est initié par le désir d'acquisition, d'accumulation et de conservation des ressources de sorte que plus la valeur donnée à une ressource est grande plus l'individu est motivé à l'acquérir, la conserver et la protéger. Le stress survient lorsque les ressources clés des individus sont menacées de perte, sont perdues ou lorsque les individus ne parviennent pas à obtenir des ressources suite à des investissements importants de ressource (Hobfoll & Shirom, 2001).

Deux principales catégories de ressources sont à distinguer : les ressources personnelles et les ressources organisationnelles. Les ressources personnelles représentent l'un des éléments distinctifs qui rendent le modèle JD-R plus complet pour expliquer la santé et le bien-être au travail par rapport aux modèles JDC(s) et l'ERI (Kira, Van Eijnatten, & Balkin 2010). Les ressources personnelles comme l'estime de soi, l'espoir, la résilience ou les compétences émotionnelles et mentales sont définis comme « des caractéristiques psychologiques ou des aspects de soi qui sont généralement associés à la résilience et qui se réfèrent à la capacité de contrôler et d'influencer son environnement avec succès » (Schaufeli & Taris, 2014, p. 49). L'autre catégorie concerne les ressources organisationnelles qui peuvent être situées au niveau de l'organisation comme la politique de rémunération, les possibilités d'évolution ; au niveau des relations interpersonnelles et sociales comme le soutien des superviseurs et des collègues ; et au niveau de la tâche comme l'importance de la tâche, l'autonomie, le retour d'information sur les performances (Schaufeli & Taris, 2014). Les ressources personnelles combinées aux ressources organisationnelles favorisent l'atteinte des objectifs et la performance au niveau organisationnel, et facilitent la capacité d'une personne à mobiliser plus efficacement d'autres ressources disponibles, la motivation et le bien-être au travail au niveau individuel (Bakker, 2011).

Demerouti et Bakker, (2011) soutiennent l'importance de comprendre, valider et d'élargir les connaissances existantes sur les ressources pour la promotion du bien-être au travail. Connaître le fonctionnement des ressources émotionnelles permettra de développer des interventions qui peuvent favoriser le bien-être des employés. Partant du fait que les émotions

constituent des forces psychologiques puissantes qui influencent fortement le comportement et la performance au travail (Kidwell, Hardesty, Murtha, & Sheng, 2011). Nous développerons et défendrons dans les prochaines sections, la pertinence de deux catégories de ressources présentes dans l'environnement infirmier : (1) le soutien émotionnel perçu du supérieur hiérarchique comme une ressource organisationnelle et (2) les stratégies de régulation émotionnelle comme des ressources personnelles. Ces deux catégories de ressources seront exploitées afin d'expliquer la relation entre les demandes et leur bien-être au travail. Nous débuterons par une immersion dans le concept de travail émotionnel, sa définition, ses différentes conceptualisations et les différentes stratégies de régulation des émotions. Mais avant, il convient de définir la place des émotions dans le fonctionnement général des individus ainsi que les particularités du processus émotionnel du travail infirmier. Par la suite, nous exposerons la racine de la naissance du concept du soutien émotionnel perçu du supérieur depuis la théorie de l'échange social à la théorie du soutien organisationnel perçu, passant en revue les différentes définitions et conceptualisations qu'a connu le concept. Enfin, nous conclurons par une synthèse de la partie théorique en formulant notre modèle théorique général.

3.1 Le travail émotionnel : une ressource personnelle au service du bien-être infirmier

3.1.1 Les émotions dans la profession infirmière

Les émotions sont la "matière première" de notre existence, ils donnent de la couleur et une direction à notre la vie. Ce faisant, nous sous-estimons toujours le rôle des émotions, pourtant, elles contribuent non seulement à notre satisfaction et à notre bonheur, mais elles sont aussi essentielles pour l'intelligence, la créativité et l'engagement social. L'être humain est un être émotionnel, d'où l'importance fondamentale des émotions pour comprendre le comportement humain au travail. La colère, l'envie, la jalousie, l'anxiété, la peur, la culpabilité, la honte, le soulagement, l'espoir, la tristesse, le bonheur, la fierté, l'amour, la gratitude et la compassion constituent les 15 émotions éprouvées par les humains selon Lazarus (2006). Turner et Stets (2005) décrivent les émotions comme « la colle qui lie les gens entre eux ». Étymologiquement, le mot émotion vient du latin « *motere* » qui signifie l'impulsion qui provoque l'action. Les émotions humaines ont des significations diverses puisqu'elles touchent aux disciplines du bien-être, de la prise de décision, de la santé physique et mentale et bien d'autres. Dans la littérature, il n'y a pas de réponse claire à la question « qu'est-ce qu'une émotion ? ». Cependant, dans une tentative de définir l'émotion d'une manière qu'elle fusionne autant d'aspects possibles en lien avec les différents modèles théoriques Kleinginna, P., Jr. & Kleinginna, A. (1981) proposent que « l'émotion est un ensemble d'interactions entre des facteurs subjectifs et objectifs, médiées par des systèmes neuro-hormonaux, qui peuvent donner lieu à des expériences affectives, générer des processus

cognitifs, activer des ajustements physiologiques généralisés aux conditions qui se produisent et donner lieu à un comportement qui est souvent, mais pas toujours, expressif, adaptatif et orienté vers un but spécifique » (p. 355). Dans la profession infirmière l'émotion est décrite comme une montagne russe. De la sensation d'être ému par la gentillesse d'un patient à la colère contre les actions d'un médecin, les infirmier-e-s peuvent parcourir toute la gamme de l'expérience émotionnelle en un seul quart de travail. Cependant, toutes les émotions ressenties par une infirmière en un jour ne sont pas négatives. L'émotion est définie selon Pohl et al. (2013) comme le partage de l'affect manifesté par des sentiments subjectivement éprouvés. Les émotions remplissent différentes fonctions. Selon Reeve (2017) trois principales fonctions peuvent être distingués : adaptative, sociale et motivationnelle :

- L'émotion dans sa fonction adaptative prépare l'organisme à exécuter efficacement le comportement nécessaire dans une situation environnementale spécifique, en mettant en mouvement toute l'énergie nécessaire et en effectuant un comportement d'approche ou de distance vers un objectif spécifique.
- Les émotions ont aussi une fonction sociale car l'expression des émotions permet aux autres de prédire le comportement qui leur est associé. Ils facilitent la communication des états émotionnels, régulent le comportement des autres, facilitent les interactions sociales et favorisent le comportement pro-social.
- En relation avec sa dimension motivationnelle, les émotions sont considérées comme l'énergie motrice d'un comportement motivé. La motivation et l'émotion sont deux aspects du comportement humain qui ont des relations étroites. D'une certaine manière, il est possible d'affirmer que le comportement motivé est impulsé et dynamisé par les émotions en même temps que celui-ci peut provoquer une réaction émotionnelle ou autre.

Cependant, nous devons spécifier que la fonctionnalité des émotions est étroitement liée à la régulation ou au contrôle de celles-ci. Autrement dit, pour que les émotions remplissent leurs fonctions, elles doivent se manifester dans un contexte approprié et avec l'intensité nécessaire (Casacuberta, Limonero, & Villamarín, 2003).

Ainsi, l'émotion comprend toujours des sentiments, des comportements, des changements physiologiques et cognitifs et se produit toujours dans un contexte particulier qui l'influence. Sa principale fonction est de donner des informations à l'individu sur son interaction avec son environnement. Dans ce sens, Eschenfelder (2012) a soutenu que les émotions ne sont pas seulement un élément clé de la connexion entre les personnes mais également, un ingrédient clé dans la connexion des personnes à leur organisation. Les émotions sont généralement une partie essentielle et indissociable du travail (Ashforth & Humphrey, 1995 ; Briner, 1999 ; Giardini & Frese, 2006), en particulier dans la profession infirmière où le terme « soins »

comporte des connotations d'affection et de bienveillance (Aldridge, 1994). Le travail émotionnel est essentiel au concept de bienveillance en soins infirmiers, où la prise en charge des patients et la régulation émotionnelle effectuée pour dispenser les soins se font par souci d'alléger le fardeau du patient (Mann & Cowburn, 2005). Bolton (2001) a décrit les capacités des infirmières à jongler avec l'affichage émotionnel (de passer de cynique à sincère, sourire, pleurer une minute après et essayer de ne pas pleurer la minute d'après, comme une « One-man-show » sur scène), afin de répondre aux besoins de la situation en termes de règles d'affichages émotionnelles. Tarlier (2004), en examinant le discours philosophique des soins, constate que les manifestations d'émotions empathiques étaient importantes pour les infirmières et les patients. Cela suggère que les soins prodigués aux patients sont non seulement techniques mais aussi émotionnels. Le sociologue Norbert Elias (1991) explique que le ressenti et l'expression émotionnelle résultent d'un processus de civilisation qui délimite quelle émotion doit-on ressentir ou exprimer et dans quelle situation. Le travail soignant comporte à la fois une composante technique, organisationnelle mais aussi relationnelle. Comme le souligne Langlois (2010) dans son article sur « l'émotion dans le soin », certains affects peuvent entraver le travail d'où la nécessité pour le soignant de s'en protéger. Les normes de neutralité encadrent la vie émotionnelle des soignants à l'hôpital. C'est par le débordement que ces limites émotionnelles sont mises en évidence : lorsque l'infirmière pleure « trop » au décès d'un patient ou qu'au contraire elle ne montre pas suffisamment de sensibilité, lorsqu'elle se met en colère alors que les malades sont agressifs ou irrespectueux parce qu'ils souffrent et qu'elle doit se montrer compréhensive à leur égard (Langlois, 2010).

Les émotions les plus facilement identifiées sont assez négativement connotées comme la colère ou la tristesse. Certaines situations peuvent susciter de la peine telles qu'une femme trentenaire, épouse et mère, atteinte d'un cancer incurable ; un patient pris en charge depuis des années qui décède ; l'isolement absolu des personnes démentes ; ou l'incapacité et l'impuissance face à la souffrance d'une personne en fin de vie. D'autres situations peuvent susciter de colère, telles que des reproches perçus comme injustes de la part des patients ou de leur famille. La peur aussi, n'est pas étrangère au vécu émotionnel des infirmier-e-s, elle est davantage ressentie dans les services où la violence, principale source de peur, est plus présente, comme la psychiatrie (Langlois, 2010).

Ce tableau émotionnel ne serait pas complet sans les émotions positives. En effet, la joie et la reconnaissance n'est pas absente des relations soignants-soignés. Elle passe peut-être plus inaperçue car elle est considérée comme normale au regard de la conception traditionnelle des dispositions « naturelles » de l'infirmier(e) : disponibilité, bienveillance, compassion, empathie. Voir un patient se rétablir, sortir d'une impasse thérapeutique,

retrouver le moral, l'entendre exprimer sa joie ou sa reconnaissance constituent autant de motifs de joie que l'essence même à la base de l'engagement dans cette profession. Cette joie sera d'autant plus intense qu'elle se doublera du sentiment d'avoir bien fait son travail (Porretta, 2012). Dans le milieu hospitalier, il est fréquent d'entendre que face à des situations difficiles comme le décès d'un patient, il faut rester « professionnel ». Cela voudrait dire que le soignant ne doit pas montrer ses émotions et qu'il ne se laisse pas submerger par celles-ci. L'infirmière ressent des émotions mais ne doit pas les extérioriser (Langlois, 2010). Certaines infirmières interrogées dans l'étude qualitative de Ruiller et Van Der Heijden (2016) déclarent : « ...c'est un sujet difficile à aborder car on nous demande de ne pas parler et de ne pas exprimer nos émotions au travail ». Par ailleurs, la dimension émotionnelle dans la profession infirmière reste peu abordée dans la littérature scientifique et commence seulement d'être étudié. Pourtant, les émotions sont omniprésentes (Andela, 2015). Nombre de chercheurs constatent qu'un important travail de gestion émotionnelle s'effectue à la fois pour respecter les normes en vigueur mais surtout pour que le soin puisse se dérouler comme il se doit (Bono & Vey, 2005 ; Grandey et al., 2012). Actuellement, la promotion d'une approche plus holistique des soins a modifié la dynamique entre les infirmières et les patients, allant d'une situation où les infirmières pourraient se distancer des besoins émotionnels des patients à une relation infirmière-patient qui serait essentielle (Williams, 2001), d'où l'importance de s'intéresser aux émotions engendrées par cette interactions et la façon de les gérer .

3.1.2 Les règles d'affichage émotionnel

Dans le monde du travail, les interactions quotidiennes sont régies par un ensemble de normes comportementales issus des attentes de l'organisation, ces attentes engendrent des règles implicites ou explicites qui spécifient à l'employé, le type, l'intensité et la durée des émotions qui doivent être expérimentées (Sutton, 1991). Les recherches sur le travail émotionnel supposent que les exigences organisationnelles relatives aux expressions émotionnelles constituent la base de la réponse émotionnelle appropriée dans les contextes organisationnels (Ashforth & Humphrey, 1993 ; Grandey, 2000 ; Hochschild, 1983 ; Morris & Feldman, 1996). De telles exigences ou normes pour les affichages émotionnels sont connues sous le terme de « display rules », pouvant être traduit littéralement en français par le terme « règles d'affichage ». Le but des règles d'affichage est de produire un état émotionnel chez une autre personne et d'exercer un certain contrôle sur les activités émotionnelles des employés (Hochschild, 1983). Ainsi, les règles d'affichage indiquent quelles émotions sont adaptées à la situation et comment elles doivent être exprimées au travail (Diefendorff & Richard, 2003 ; Schaubroeck & Jones, 2000). Les règles d'affichage émotionnel servent alors de scénario pour les employés (Hochschild, 1983), en mettant l'accent sur les indicateurs observables des émotions plutôt que sur les émotions ressenties par les employés (Diefendorff

& Richard, 2003). Les règles d'affichage sont fondées sur des normes sociétales, professionnelles et organisationnelles (Ashforth & Humphrey, 1993 ; Ekman & Friesen, 1975). Les normes sociétales fournissent des règles générales pour les affichages émotionnels afin de répondre aux attentes des clients ou des patients en matière de « bon » service. En revanche, les normes professionnelles et organisationnelles, bien que généralement conformes aux normes sociétales, fournissent des attentes plus spécifiques pour les expressions émotionnelles des employés (Ashforth & Humphrey, 1993). Les règles d'affichage émotionnelle qu'elles soient professionnelles ou organisationnelles, peuvent différer des normes sociétales selon le degré et la nature. Les règles d'affichage fondées sur les normes professionnelles par exemple, ont tendance à être plus strictes (Zerbe & Falkenberg, 1989). En général, les règles d'affichage exigent généralement l'expression d'émotions positives et la suppression d'émotions négatives. En ce qui concerne la profession infirmière, l'expression de bienveillance et de bonne disposition sont exigées par rapport à l'expression de dégoût (Brotheridge & Grandey, 2002 ; Schaubroeck & Jones, 2000 ; Rafaeli & Sutton, 1991). La même émotion peut être prescrite ou réprimée selon la situation. Les soignants peuvent être appelés à afficher de la neutralité dans le bloc opératoire, puis de la bienveillance avec les patients et leur famille et sont encouragés à exprimer leurs vrais sentiments, comme la colère et le dégoût pendant les pauses et les réunions informelles avec les autres infirmières (Rafaeli & Sutton, 1990, cité dans Van Hoorebeke, 2008). Les règles d'affichage professionnelles et organisationnelles varient également en termes de durée, de fréquence et d'intensité des exigences d'affichages (Diefendorff & Richard, 2003 ; Morris & Feldman, 1996). Plus la profession nécessite des manifestations émotionnelles longues, fréquentes et intenses plus les normes organisationnelles sont intenses (Diefendorff & Richard, 2003). Bien que les règles d'affichage varient selon diverses dimensions, en général, le respect de ces règles dépend de la mesure dans laquelle les normes relatives aux manifestations émotionnelles sont largement apprises et intériorisées parmi les membres du collectif concerné (Ashforth & Humphrey, 1993 ; Diefendorff & Richard, 2003). Les organisations peuvent communiquer formellement des règles d'affichage par le biais de l'intégration, de processus de formation ou des communications internes (Diefendorff, Richard, & Croyle, 2006 ; Rafaeli & Sutton, 1987). Ainsi, les organisations peuvent utiliser des règles d'affichage explicites telles que « service avec un sourire » pour véhiculer les attentes concernant les affichages émotionnels des employés (Goldberg & Grandey, 2007). Cependant, des règles d'affichage organisationnelles souvent implicites sont communiquées de manière informelle à travers des normes non écrites et des éléments de culture propres à l'entreprise, notamment les symboles, les histoires et la langue (Diefendorff et al., 2006, Rafaeli & Sutton, 1987 ; Van Maanen & Kunda 1989).

Par ailleurs, suivre une règle de sentiment peut nous obliger à travailler sur nos émotions afin de former ce que nous croyons être la réponse émotionnelle correcte. Hochschild (1983) décrit cela comme un processus à deux pistes prenant racine à l'intersection entre « ce que je ressens » et « ce que je devrais ressentir » : une expression émotionnelle naturelle et inconsciente sera le fruit d'une congruité au moment du croisement des deux chemins à l'intersection du fait de l'intériorisation des règles d'affichage alors que, une expression consciente et travaillé sera le fruit d'une incongruité à cette intersection (Hochschild, 1983). Ainsi, nous estimons que l'individu s'engage dans un travail émotionnel lorsqu'il prend conscience que son ressenti semble inapproprié par rapport aux règles d'affichage.

3.1.3 Le travail émotionnel : définitions et conceptualisations

Les émotions sont, une partie intégrante de l'adaptation quotidienne au travail, et les professionnels doivent être capables de reconnaître et de gérer leurs propres états émotionnels, ainsi que ceux des autres (Hunter & Smith, 2007). La manière de gérer les émotions dans le travail est connue comme un travail émotionnel (Hochschild, 1983). Sans émotions, il n'y aurait pas d'action.

Dans le secteur de la santé qui implique une intense interaction face à face entre les individus, la recherche s'intéresse de plus en plus au travail émotionnel avec l'importance croissante de la concurrence, la qualité des soins et le bien-être des soignants (Gray, 2009 ; Grandey, 2000 ; Mann, 2005). De toutes les professions de la santé, les infirmières sont les membres qui interagissent le plus souvent avec les patients et doivent fournir au patient et à sa famille une relation d'aide d'une grande implication émotionnelle, car l'objet des soins de santé reste l'être humain avec toute sa force et sa vulnérabilité. La prise en charge ne peut se faire isolément, mais doit prendre en compte un ensemble de règles et de dimensions sociales, culturelles et économiques pour chaque population et chaque forme de prise en charge (Collière, 2001). Le travail émotionnel constitue une part importante des soins infirmiers car il permet de modifier les attitudes émotionnelles et le comportement des patient vers une direction désirée en termes de santé et contribue aussi, au bien-être des infirmier-e-s (De Raeve, 2002 ; Zapf, 2002 ; McClure & Murphy, 2007).

Depuis que Hochschild (1983) a introduit le concept du travail émotionnel, la recherche n'a cessé de proliférer (Hülshager & Schewe, 2011). Hochschild (1983) précise qu'au moment où les organisations tire des avantages des expressions émotionnelles désirées, affichées par les travailleurs en termes de qualité de service, les travailleurs peuvent subir les répercussions de cette obligation d'affichage en termes de problèmes psychologiques et physiologiques. Une variété de définitions et de perspectives du travail émotionnel a été avancée au cours des trois dernières décennies. Nous avons résumé les principales définitions dans le tableau 3.1.

Tableau 3.1. Résumé des définitions du travail émotionnel

Sources	Cadre théorique et définitions	Dimensions du travail émotionnel
Hochschild (1983)	Perspective dramaturgique Méthode agissante. « La gestion du sentiment pour créer un affichage visible du visage et du corps » (p.7).	Régulation en surface Régulation en profondeur
Ashforth & Humphrey (1993)	Théorie de l'identité sociale. « L'acte d'exprimer des émotions socialement désirées pendant les transactions de service » (pp. 88-89).	Régulation en surface Régulation en profondeur Émotion spontanée et authentique
Morris & Feldman (1996, 1997)	Modèle interactionniste d'émotion. "L'effort, la planification et le contrôle nécessaire pour exprimer l'émotion souhaitée par l'organisation au cours des interactions interpersonnelles" (p.1987).	Fréquence, variété et durée d'affichage d'émotions approprié. Attentivité aux règles Dissonance émotionnelle
Mann (1999)	"L'état caractérisé par l'écart entre l'expression émotionnel appropriée et affichée et les émotions réellement ressenties mais dont l'affichage est inapproprié " (p.353).	Règles d'affichage émotionnel Suppression émotionnelle Simulation émotionnelle
Grandey (2000)	Théorie de la régulation des émotions. "Le processus de régulation des émotions et des expressions émotionnelles à des fins organisationnelles. (p. 97).	Régulation en surface Régulation en profondeur
Kruml & Geddes (2000)	Basé sur la conceptualisation de Hochschild, (1983). «le degré de manipulation des émotions ressenti pour se conformer à règles d'affichage » (page 9).	Dissonance émotionnelle Effort émotionnel
Zapf (2002)	Basé sur la théorie de l'action « le travail émotionnel se produit dans les interactions face-à-face ou voix-à-voix avec les clients selon certaines règles ou les émotions sont affichées pour influencer les attitudes, les émotions et les comportements des autres » (p. 239).	Régulation automatique Régulation en surface Régulation en profondeur Déviance émotionnelle Les émotions perçues
Brotheridge & Lee (2003)	D'après les conceptualisations de Hochschild (1983) et Morris & Feldman (1996, 1997) « Les employés effectuent un travail émotionnel lorsqu'ils régulent leur comportement émotionnel afin de répondre aux attentes organisationnelles spécifiques à leurs rôles » (p. 1883).	Durée, fréquence, intensité et variété de l'affichage émotionnel Régulation en surface Régulation en profondeur
Glomb & Tews (2004)	« L'expression et la non-expression des émotions qui peuvent ou non être ressenties, conformément aux règles	Pas de ressenti ni d'affichage émotionnel Suppression des émotions

	d'affichage. "(P.4).	inappropriées Simulation des émotions appropriées Affichage d'émotions authentiques
Diefendorff et al. (2005)	"Suivre ces règles d'affichage indépendamment de ce que l'on ressent réellement" (p.339-340).	Régulation en surface Régulation en profondeur émotions naturellement ressenties
Andela (2015)	Basé sur le modèle de Grandey, (2000) de la régulation émotionnelle : « le processus de régulation des sentiments et des expressions pour les organisations »	Dissonance émotionnelle Déploiement attentionnel Réévaluation cognitive Suppression émotionnelle Amplification émotionnelle

Au fur et à mesure que le concept s'est développé, de nombreuses perspectives théoriques ont été utilisées pour éclairer l'étude du travail émotionnel contribuant ainsi à la multiplicité des définitions du travail émotionnel. Nous passerons en revue les principales perspectives théoriques sur le travail émotionnel, afin de situer notre positionnement conceptuel et notre intérêt pour le concept de travail émotionnel comme une ressource personnelle.

3.1.3.1 La conceptualisation originale de Hochschild

Hochschild (1983) s'inspire de la perspective dramaturgique de Goffman (1959) et de la méthode de Stanislavski (1965) pour instruire sa théorie du travail émotionnel dans les contextes de service à la clientèle. En conséquence, elle considère le client comme le public, l'employé comme l'acteur et le milieu de travail comme la scène (Grandey, 2000 ; Hochschild, 1983). Dans sa perspective, sur scène, les acteurs doivent faire correspondre leurs affichages émotionnels avec des « règles émotionnelles » établies. Ces règles émotionnelles, comme mentionné précédemment, sont des scripts qui indiquent la durée, l'intensité, la situation requise pour l'affichage d'une émotion. Pour satisfaire aux règles émotionnelles, Hochschild (1983) soutient que les employés se livrent à un travail émotionnel, qui fait référence à la gestion du sentiment pour créer un affichage facial et corporel publiquement observable. Pour l'auteur, les employés gèrent leurs émotions à travers la régulation en surface « surface-acting » et la régulation en profondeur « deep-acting ». La régulation en surface implique des changements externes du langage corporel pour montrer les émotions attendues, puisque « l'acteur » ne ressent pas réellement l'émotion affichée (Hochschild, 1983). En revanche, lorsqu'il régule en profondeur, « l'acteur » fait des efforts pour expérimenter le sentiment désiré, ce qui est accompli en exhortant directement l'émotion attendue par l'imagination, comme dans la méthode de l'acteur ou « Method Acting » de Stanislavski qui a poussé ses comédiens à travailler pour trouver, par eux-mêmes, et en eux-mêmes, la psychologie du personnage (Hochschild, 1983, Stanislavski, 1965). Par conséquent, l'acteur entre dans le

personnage pour exécuter une modification consciente de ses sentiments pour les faire correspondre à des règles d’affichage. L’ethnographie du personnel navigant de l’aéronautique par Hochschild a servi de base à sa théorie. Selon Hochschild (1983), le travail émotionnel a pour but de répondre aux attentes organisationnelles en matière d’affichage émotionnel des employés grâce aux règles émotionnelles. Par exemple, les agents de bord sont censés faire preuve de convivialité en souriant, apaisant et en présentant un comportement calme afin de rassurer les craintes des passagers durant le vol. Ces règles émotionnelles sont exigées même face à des clients insolants ou abusifs. Hochschild remarque que le travail émotionnel comprenait l’exigence de supprimer les émotions inacceptables en même temps que l’expression d’émotions requises, ce qui impliquait un degré complexe de gestion émotionnelle. En outre, elle suggère que lorsque les organisations exigent des modifications de l’affichage émotionnel des employés, ceci entraîne la banalisation ou l’instrumentation de leurs émotions, « *pour ainsi dire, une aliénation émotionnelle, sorte de fusion identitaire, où il est difficile de s’identifier à son travail sans voir son identité fusionner avec son travail* » (Soares, 2003). Une telle gestion de l’émotion est considérée comme préjudiciable aux employés. Plus précisément, elle fait valoir que le travail émotionnel entraîne l’inauthenticité, la fatigue, l’épuisement professionnel et le stress au travail. Pour avancer une explication à ces conséquences négatives sur le bien-être des employés, Hochschild introduit la notion de dissonance émotionnelle, semblable à la dissonance cognitive (Festinger, 1957) comme un état interne inconfortable, résultant de la tension créée par la différence entre l’émotion ressentie et l’émotion exprimée. Hochschild, (1983) a également soutenu que les émotions et les façons de les exprimer sont des expériences tellement personnelles que leurs expressions pour un salarié doit être intrinsèquement désagréable.

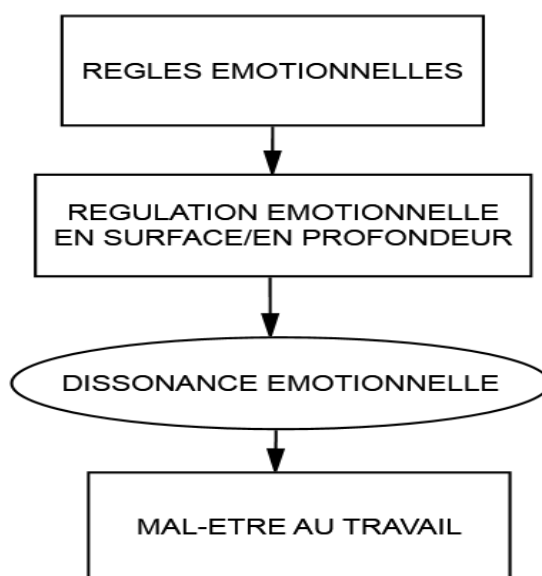


Figure 3.1. Modèle du travail émotionnel (Hochschild, 1983)

Enfin, Hochschild (1983) en tant que sociologue, différencie le travail émotionnel spécifique au monde du travail « emotional labor » et le travail émotionnel dans la vie privé « emotion work », car le premier est un travail émotionnel échangé contre un salaire tandis que le second, fait référence au contexte privé dans lequel le travail émotionnel a une valeur d'usage. Cette vision sombre du travail émotionnel comme moyen par lequel les employeurs augmentent leurs profits au détriment du bien-être des employés est reprise par certains et réfutée par d'autres sans qu'un consensus s'en dégage (Andela et al., 2015). L'idée de Hochschild selon laquelle il existe une dichotomie entre les professions qui exigent ou pas un travail émotionnel est souvent critiquée car selon certains chercheurs, toute profession exige un certain degré de travail émotionnel, bien qu'elle puisse différer dans l'intensité, la fréquence ou la durée du travail émotionnel requis (Pugliesi, 1999 ; Wharton, 1993). D'autres critiques relatives à la dimensionnalité du travail émotionnel suggèrent que le travail émotionnel est une constriction multidimensionnelle et peut impliquer des stratégies autres que la régulation en surface et en profondeur (Kruml & Geddes, 2000 ; Morris & Feldman, 1996 ; Pugliesi, 1999). Néanmoins, la conceptualisation novatrice de Hochschild reste la base de beaucoup de recherche sur la profession infirmière (par exemple : Mann, 2004 ; Diefendorff, Erickson, Grandey, & Dahling, 2011 ; Mikolajczak, Menil, & Luminet, 2007 ; De Raeve, 2002 ; Yoon & Kim, 2013).

3.1.3.2 Perspective d'Ashforth et Humphrey (théorie de l'identité sociale)

Ashforth et Humphrey (1993) définissent le travail émotionnel comme un acte ou un comportement qui se conforme aux règles d'affichage. Leur définition du travail émotionnel diffère de la définition originale de Hochschild, (1983). Plus précisément, leur définition met l'accent sur les comportements observables et concrets liés au travail émotionnel, alors que la définition originale de Hochschild se concentrait sur un état psychologique inféré. De plus, Ashforth et Humphrey préfèrent le terme règle d'affichage ou « display rules » au terme de règles émotionnelles ou « emotional rules » de Hochschild (1983), puisque les règles d'affichage font référence aux émotions qui devraient être exprimées publiquement plutôt que ressenties, ils suggèrent que la définition de Hochschild (1983) suppose que tout travail émotionnel est accompli par l'effort. Pourtant, ces auteurs affirment que le comportement conforme aux règles d'affichage émotionnel peut être véritablement ressenti, nécessitant donc peu d'efforts pour montrer des émotions adaptées à la situation. Ainsi, d'après Ashforth et Humphrey (1993) le travail émotionnel s'accomplit à travers la régulation en surface, en profondeur ou bien à travers l'expression des émotions authentiques. Ces auteurs soutiennent que le travail émotionnel est à la fois fonctionnel et dysfonctionnel. Selon ces auteurs, la gestion des émotions n'est pas nécessairement nuisible pour les employés, comme le suggère Hochschild (1983). Plus précisément, ils affirment que le travail émotionnel pour répondre

aux exigences des règles d'affichage facilite la réalisation des tâches grâce à la réglementation des interactions entre les employés et les clients rendant ainsi, les interactions plus prévisibles. Les auteurs affirment aussi que le travail émotionnel peut avoir des résultats positifs sur le bien-être en s'appuyant sur la théorie de l'identité sociale (Tajfel & Turner, 1985). En effet, lorsque les employés s'identifient plus facilement au rôle professionnel, le respect des exigences émotionnelles peut être facile et agréable.

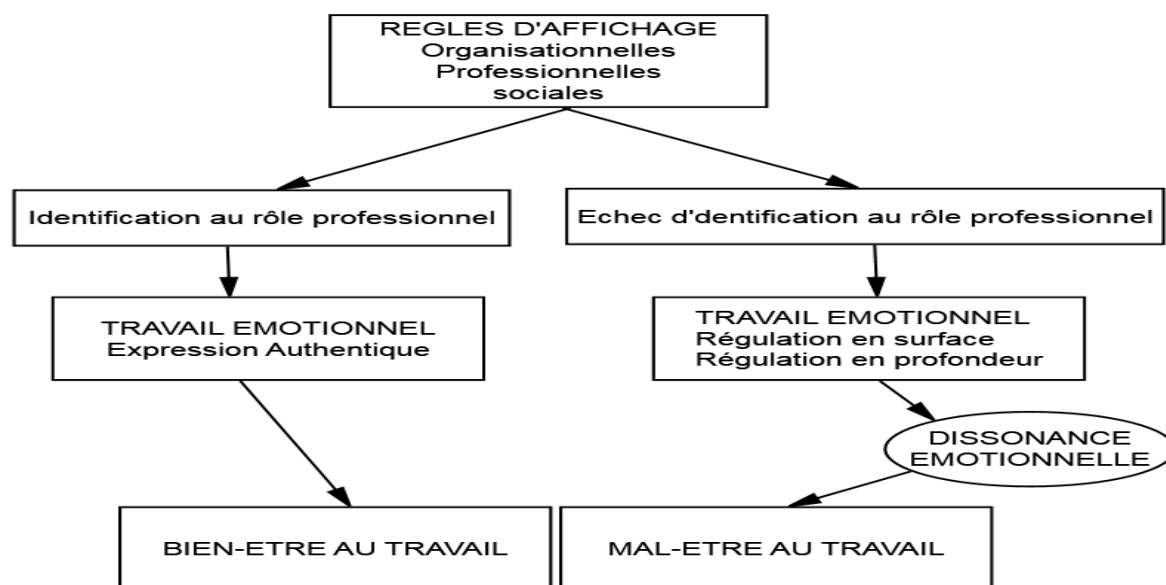


Figure 3.2. Modèle du travail émotionnel (Ashforth & Humphrey, 1993)

Une telle identification est susceptible de conduire à moins d'effort et à une performance plus naturelle. À cet égard, le travail émotionnel serait positif ou négatif selon la façon dont l'employé est capable d'aligner son identité avec son rôle et de se conformer aux règles d'affichage. Dans le cas où l'employé s'identifie au rôle et jouit d'une certaine latitude pour s'exprimer, les interactions avec le client s'en trouvent facilitées et plus fluides, conduisant à un affichage émotionnel spontané, authentique et correspondant naturellement aux règles d'affichage (Ashforth & Humphrey, 1993). Les auteurs donnent l'exemple d'une infirmière traitant un enfant blessé pour qui elle peut ne pas avoir besoin de réguler ses émotions, elle peut expérimenter spontanément des émotions authentiques comme la compassion qui est conforme aux règles d'affichage dans cette situation. De plus, ces auteurs suggèrent que le travail émotionnel peut faciliter l'expression de soi. Les employés peuvent intégrer une partie de leur « soi authentique » dans leurs affichages émotionnels tout en répondant aux attentes des règles d'affichage ; une telle personnalisation des manifestations émotionnelles peut même améliorer le bien-être. Au contraire, des incohérences dans l'identité et le rôle

professionnel contribueront à une perte d'authenticité individuelle, une auto-aliénation résultant de la dissonance émotionnelle. Cependant, les auteurs n'ont pas précisé comment ces sentiments authentiques peuvent être distingués de la régulation en profondeur ou même, si les expressions d'émotions authentiquement ressenties ne nécessitent aucun effort, il n'est peut-être pas plausible d'appeler cela un travail émotionnel étant donné que le terme travail implique nécessairement le concept d'effort en soi (Yalçin, 2010).

3.1.3.3 Le modèle interactionniste de Morris et Feldman

Supportant la conceptualisation du travail émotionnel axée sur le comportement expressif plutôt que sur la gestion des émotions et réfutant l'idée que la fréquence suffit à capturer les processus de régulation des émotions, Morris et Feldman (1996) définissent le travail émotionnel comme l'effort, la planification et le contrôle nécessaires pour exprimer des émotions organisationnellement désirées au cours des interactions interpersonnelles au travail. Les auteurs conceptualisent le travail émotionnel selon une approche interactionniste en quatre dimensions distinctes mais interdépendantes : la fréquence d'affichage émotionnel, l'attention requise aux règles d'affichage, la variété des émotions à afficher et la dissonance émotionnelle. Selon ces auteurs, le travail émotionnel sera plus élevé pour les employés lorsque : a) il y a une plus grande fréquence d'interaction entre un employé et un client ; b) une plus grande attention aux règles d'affichage est requise ; c) une plus grande variété d'émotions doit être affichée ; et d) les règles d'affichage entrent en conflit avec les émotions réellement ressenties (dissonance émotionnelle). Dans un travail ultérieur, ils ont réduit le nombre de dimensions du travail émotionnel à trois : la fréquence de l'interaction, la durée de l'interaction et la dissonance émotionnelle (Morris & Feldman, 1997). Cette perspective n'accorde pas beaucoup d'attention aux stratégies de régulation en surface ou en profondeur. Ce modèle innove en considérant la dissonance émotionnelle, qui reflète le conflit entre l'émotion ressentie et l'émotion affichée, comme une dimension à part entière du processus au lieu d'une conséquence du travail émotionnel. Bien qu'Ashforth et Humphrey aient laissé entendre que le travail émotionnel avait des conséquences à la fois positives et négatives pour les employés, Morris et Feldman ont soutenu que le travail émotionnel est essentiellement dysfonctionnel pour le bien-être des employés. Il entraînerait une augmentation de l'épuisement émotionnel et une diminution de la satisfaction au travail comme le montre la figure 3.3.

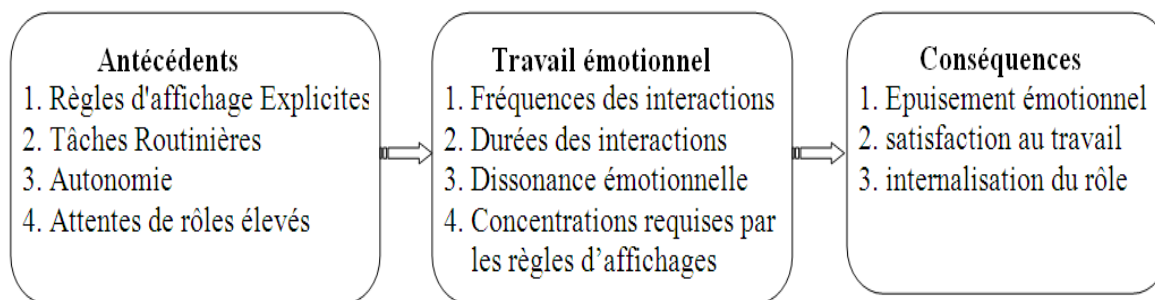


Figure 3.3. Modèle du travail émotionnel (Morris & Feldman, 1997), traduit de Dal Santo, Pohl, et Battistelli (2016)

3.1.3.4 Le modèle des stratégies de régulation émotionnelle de Grandey

Imprégné par les travaux de Gross (1998), Grandey (2000) propose un modèle intégrateur du travail émotionnel des œuvres de Hochschild (1983), Morris et Feldman (1996), et Ashforth et Humphrey (1993). Grandey (2000), suggère que les définitions précédentes du travail émotionnel sont en réalité ses composantes. La définition du travail émotionnel de Morris et Feldman (1996), comme caractéristique de la tâche et les exigences en matière d’affichage émotionnel contient un aspect situationnel qui nécessite un travail émotionnel, alors que l'expression observable des émotions requise par les travailleurs telle que définie par Ashforth et Humphrey (1993), représente un objectif du travail émotionnel. Grandey (2000) fait valoir que malgré les nombreuses différences entre les modèles précédents, ils ont tous un élément commun : « la régulation des émotions et des expressions émotionnelles », et propose que le travail émotionnel peut-être défini comme le processus de régulation des émotions (régulation profonde) et des expressions émotionnelles (régulation en surface) pour satisfaire des objectifs organisationnels. L’effort de Grandey (2000) d’intégrer et de combiner les principales caractéristiques des approches existantes du travail émotionnel reflète son intention de proposer un modèle globaliste. En effet, l'orientation interactionniste de Morris et Feldman (1996) quant à la fréquence, la variété et la durée des interactions ainsi que les règles d’affichage émotionnel sont intégrées comme antécédents du travail émotionnel. Aussi, les principes centraux de la régulation émotionnelle (régulation en surface et en profondeur) de Hochschild (1983) et d’Ashforth et Humphrey (1993) sont appréhendés comme des mécanismes du travail émotionnel impulsé par les règles d’affichage (voir Figure 3.5). Cette approche soutient que l'activité de régulation émotionnelle peut être examinée dans le cadre input-output. Dans ce modèle, alors que les stimuli provenant de l'environnement servent d'entrée, la réponse de l'individu à ces stimuli sert de sortie. Le modèle de Gross (1998) suggère que la régulation émotionnelle peut émerger à deux moments : soit avant la formation de l’émotion, soit après. Alors que le premier moment se réfère à la régulation centrée sur l'antécédent, le second se réfère à la régulation centrée sur la réponse. Selon cette théorie, les

gens influencent non seulement les types d'émotions qu'ils ont et quand ils les ont, mais aussi leur expérience et leur expression de ces émotions (Gross, 1998). Gross sépare le processus de régulation des émotions en cinq sous-processus comprenant la sélection de la situation, la modification de la situation, le déploiement de l'attention, le changement cognitif et la modulation de la réponse (Gross, 1998). La régulation des émotions peut être (1) centrée sur l'antécédent et intégrer les quatre premiers sous-processus qui visent à modifier l'émotion avant que la réponse émotionnelle soit pleinement engagée ; et (2) focalisée sur la réponse, accomplie par le cinquième sous-processus qui vise à agir sur l'expression émotionnelle (Gross, 1998).

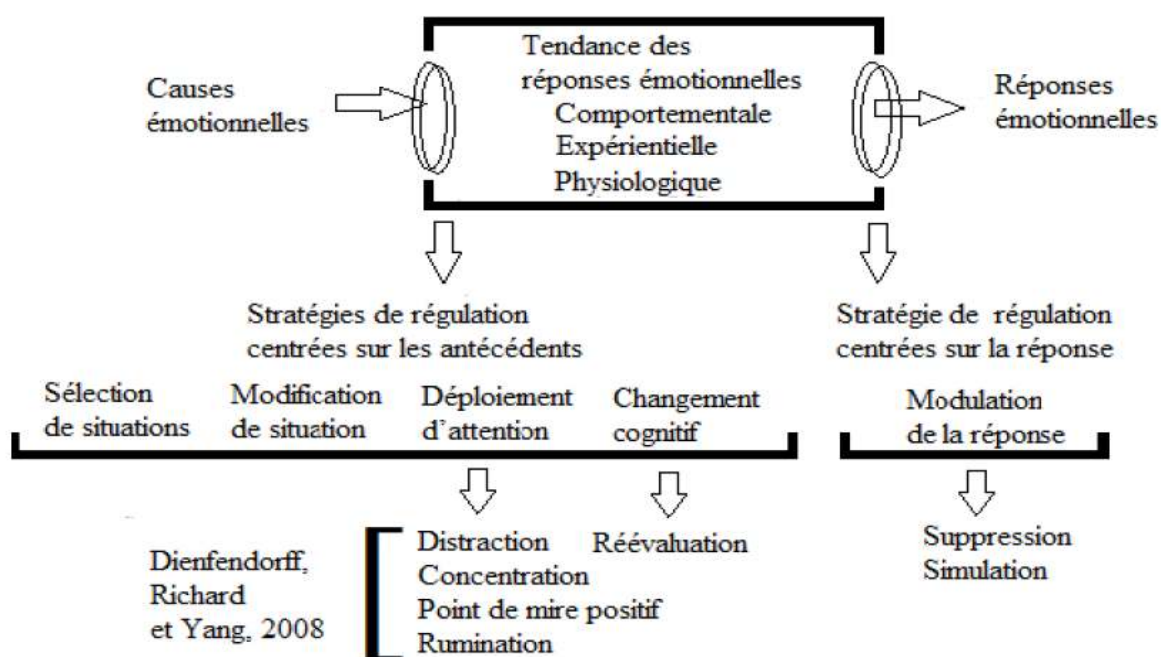


Figure 3.4. Modèle du travail émotionnel (Gross & John, 2003), tiré de Lépine (2012)

Selon Grandey, ces deux types de stratégies de régulation émotionnelle correspondent à la distinction de Hochschild (1983) du travail émotionnel en tant qu'action superficielle et action profonde. Grandey (2000) apporte une contribution majeure en clarifiant comment et quand ces deux stratégies de régulation émotionnelle se produisent dans une situation de travail donnée.

Pour l'auteur, la régulation en profondeur comme une réponse à un antécédent (un événement susceptible de générer une émotion comme le décès d'un patient), implique la perception des signaux émotionnels et leur traitement afin d'adapter les émotions internes aux émotions requises. Cette stratégie survient avant que l'émotion ne suscite des réactions physiologiques et comportementales aux moyens de deux processus : (1) le déploiement de l'attention « attentional deployment » est une stratégie qui consiste à faire appel à un événement, un souvenir ou une situation qui est susceptible d'invoquer des émotions

conformes aux règles d'affichage dans une situation donnée ; et (2) la réévaluation cognitive « cognitive change » ou « re-evaluation » qui consiste à essayer de percevoir la situation différemment ou dans un angle différent pour réduire l'impact des émotions, l'individu pourra dans ce cas, essayer de se mettre à la place de l'autre pour percevoir ses émotions. Par la suite, si la régulation en profondeur n'aboutit pas, l'individu percevra alors les réactions physiologiques et comportementales de l'émotion. A ce stade, il faudra se rediriger sur une autre stratégie appelée stratégie de régulation en surface, qui est plus centrée sur la réponse (la manière d'afficher ou d'exprimer l'émotion), puisque l'émotion a déjà été déclenchée. Il faudra donc agir sur les expressions émotionnelles afin de se conformer aux règles d'affichage. Comme la régulation en profondeur, la régulation en surface implique aussi deux processus : (1) la suppression expressive « expressive suppression » qui implique la manipulation de l'expression émotionnelle en la supprimant. Par exemple, même si l'individu ressent de la colère, il devra contrôler ses expressions corporelles et comportementales afin de ne pas laisser transparaître son état intérieur ; ou bien (2) il utilisera l'amplification positive ou « expressive amplification » qui consiste à simuler l'expression émotionnelle requise dans une situation donnée, comme un acteur de théâtre qui doit simuler la tristesse ou de la peine avec des larmes et des expressions spécifiques alors que réellement, il n'éprouve pas cette tristesse (Gandey, 2000 ; Andela et al., 2015).

Selon cette approche, la régulation en surface peut être négativement liée à la satisfaction au travail en raison de la dissonance émotionnelle que les individus peuvent expérimenter, alors que la régulation en profondeur peut être positivement liée à la satisfaction au travail parce que les individus peuvent ressentir un accomplissement personnel du fait de l'affichage authentique des émotions requises. Grandey (2000) explique également le processus de travail émotionnel comme étant subordonné à des variables antécédentes telles que la fréquence, la durée et la variété des interactions. Ces antécédents, qu'ils proviennent de sources personnelles ou organisationnelles, ont une incidence sur l'utilisation d'une stratégie par rapport à une autre. En plus des variables antécédentes, les facteurs individuels et organisationnels ont un impact direct sur l'orientation de l'individu vers la régulation en surface ou en profondeur comme stratégies de travail émotionnel. Le type de facteurs individuels pris en compte comprend le genre, l'expressivité émotionnelle, l'intelligence émotionnelle et la tendance affective de l'individu. Les facteurs organisationnels comprennent les sources de soutien social et le niveau d'autonomie professionnelle. Ainsi, dans les situations où les demandes sont fréquentes et les événements émotionnels qui précèdent sont négatifs, l'employé est susceptible d'être dans un état émotionnel négatif, ce qui entraîne une plus grande propension à réguler en surface, ce qui génère des résultats négatifs comme la dissonance émotionnelle.

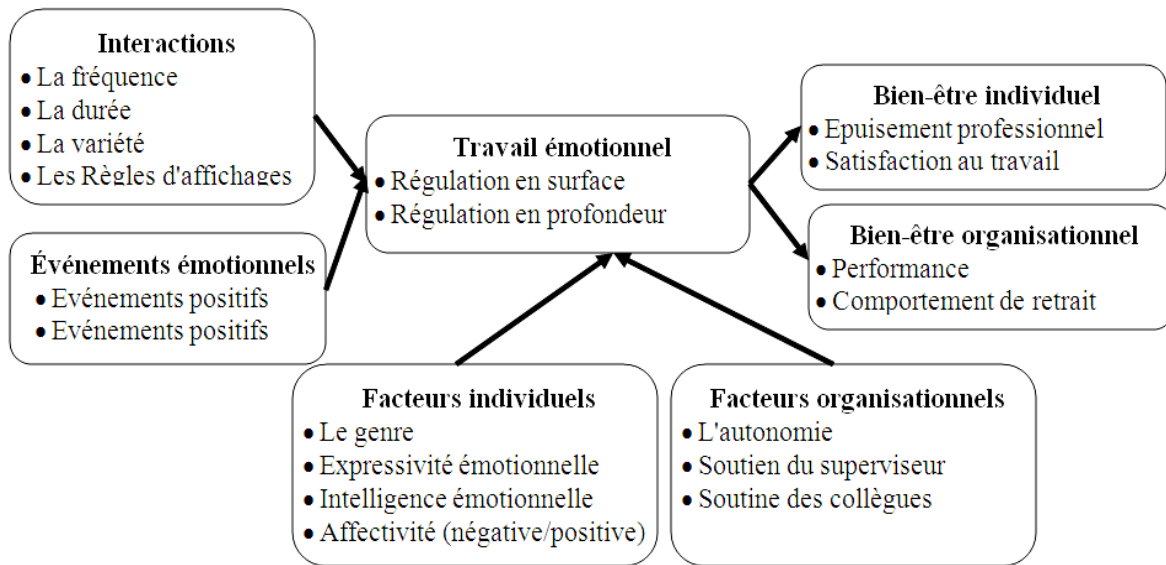


Figure 3.5. Modèle du travail émotionnel adapté de Grandey (2000)

En appliquant la théorie de la régulation émotionnelle à l'étude du travail émotionnel, le travail de Grandey permet une meilleure compréhension de ce processus. Au-delà de la régulation émotionnelle individuelle, Gross (1998) défend une régulation émotionnelle collective, résultant du soutien des collègues et du soutien managérial. Cette régulation émotionnelle collective devrait être managée (Reynaud, 1988). De plus, étant donné que les caractéristiques d'un groupe de travail réside dans la possibilité de pouvoir échanger et partager ses émotions et ses expériences émotionnelles dans des contextes appropriés (Sendelands & St Clair, 1993), Grandey partage cette vision, en lien avec le soutien de supérieur et des collègues du travail. Il importe donc que les organisations prévoient et permettent des espaces de partage plus ou moins formels, entre soignants, afin de pouvoir évacuer cette charge émotionnelle. Le modèle de Grandey peut être considéré comme une conceptualisation globale qui intègre dans son noyau plusieurs visions antérieures. Il est conçu pour expliquer la manière dont le travail émotionnel est influencé par des facteurs organisationnels et individuels et comment il influence les résultats du bien-être au travail. Au regard de ces éléments, la définition du travail émotionnel de Grandey est utilisée dans la présente étude.

Synthèse et positionnement conceptuel

Le concept de travail émotionnel trouve son origine dans la conceptualisation d'Hochschild (1983), qui le définit comme la gestion des émotions pour créer un affichage facial et corporel publiquement observable. Depuis lors, les chercheurs ont tenté de conceptualiser et de développer cette construction, afin de fournir une compréhension fondamentale de la façon dont les émotions sont régulées et gérées en réponse aux règles d'affichage afin que les objectifs de travail puissent être atteints. Bien que la vision novatrice

de Grandey (2000) soit devenue une référence importante dans le domaine du travail émotionnel au cours de la dernière décennie (Andela et al., 2015) avec une adhésion de la plupart des chercheurs pour considérer ces processus de régulation des émotions (en surface et en profondeur) élaborés par Grandey, comme le noyau du travail émotionnel (Holman et al., 2008 ; Hülshager & Schewe, 2011), des divergences empiriques subsistent.

Les résultats concernant l'indépendance des deux stratégies divergent. Certaines études confirment effectivement l'indépendance de ces stratégies (Gosserand & Diefendorff, 2005 ; Totterdell & Holman, 2003), pendant que d'autres identifient une relation positive entre celles-ci (Brotheridge & Lee, 2002, 2003 ; Brotheridge & Grandey, 2002 ; Goldberg & Grandey, 2007 ; Grandey, 2003 ; Holman et al., 2002 ; Mikolajczak et al., 2007) ou négative (Diefendorff et al., 2005). De plus, les études divergent sur les conséquences du travail émotionnel sur le bien-être au travail. Les uns trouvent que la régulation en profondeur est liée positivement au bien-être au travail contrairement à la régulation en surface (Mesmer-Magnus, DeChurch, & Wax, 2012 ; Brotheridge & Grandey, 2003 ; Brotheridge & Lee, 2002 ; Deng, Walter, Lam, & Zhao, 2017 ; Diefendorff & Gosserand, 2003 ; Grandey, 2003 ; Chou, Hecker, & Martin, 2012). Alors que d'autres, trouvent que la régulation en surface produit des résultats positifs sur le bien-être au travail (O'Brien & Linehan, 2016 ; Schaible, & Six, 2016 ; Lee et al., 2015) et que la régulation en profondeur n'est même pas liée au bien-être au travail (Springer & Oleksa, 2017 ; Zammuner & Galli, 2005 ; Hülshager, Lang, & Maier, 2010 ; Martínez-Iñigo, Totterdell, Alcover, & Holman, 2007 ; Totterdell & Holman, 2003) ou bien elle est, sur le long terme, moins dommageable que la régulation en surface (Kogovsek & Kogovsek, 2014). D'autres affirment que les deux stratégies de régulation émotionnelle (en surface et en profondeur) agissent négativement sur le bien-être au travail (Holman et al., Totterdell, 2002 ; Grandey, 2000 ; Zapf 2002 ; Mikolajczak et al., 2007).

Ces résultats divergents ont conduit les chercheurs à pousser leur raisonnement, tant conceptuel que méthodologique, afin de résoudre un point crucial demeurant sans réponse : pourquoi des résultats mitigés ? Le travail émotionnel est-il forcément préjudiciable pour le bien-être au travail ? Aujourd'hui, le concept de travail émotionnel a gagné en clarté depuis les publications récentes telles que l'étude d'Ashforth, Humphrey et Diefendorff (2015) sur le côté sombre du travail émotionnel, l'étude de Grandey, Rupp et Brice (2015) sur le côté lumineux (positif) du travail émotionnel, l'étude d'Andela et al. (2015) en matière de raffinement de la mesure du travail émotionnel et enfin l'ouvrage de Dal Santo et al. (2016) en matière d'interactions entre les règles d'affichage, la dissonance émotionnelle et le soutien du superviseur.

En effet, l'étude de Dal Santo et ses collègues (2016) a clarifié le rôle de la dissonance émotionnelle, autrefois si confus et divergent. Cette étude sur une population infirmière a

démontré que la dissonance émotionnelle, comme un état psychologique, agit comme un facteur de stress affectant négativement le bien-être au travail. A ce stade de la compréhension du concept, la dissonance émotionnelle serait un conflit entre une émotion ressentie et une émotion prescrite, laissant entendre que les deux stratégies de régulation émotionnelle (soit en surface ou en profondeur) interviennent en réponse à cet état d'incongruité. De plus, l'étude de Dal Santo et al. (2016) précise que l'effet négatif de la dissonance émotionnelle peut être atténué à différents niveaux organisationnel et personnel (par exemple, par le soutien émotionnel perçu du supérieur). Il est important de noter ici que, peu importe l'approche mentionnée ci-dessus, elles sont similaires en ce sens qu'elles suggèrent toutes que la régulation émotionnelle résulte de l'aspect contraignant des règles d'affichage émotionnel. Par conséquent, l'importance de considérer les règles d'affichage émotionnel est cruciale pour une bonne compréhension des processus du travail émotionnel. D'autre part, l'étude d'Andela et al. (2015) fournit une orientation opérationnelle grâce à une actualisation et un raffinement de la mesure des stratégies de régulation émotionnelle de Grandey (2002) en appréhendant séparément chaque sous processus de chaque stratégies (régulation en surface et régulation en profondeur). Les résultats révèlent qu'effectivement la suppression et l'amplification positive, mesurées jusque qu'ici comme formant une seule et unique stratégie, à savoir la régulation en surface, agissent différemment sur l'épuisement émotionnel. On peut faire le même constat concernant la réévaluation cognitive et le déploiement attentionnel (les deux composantes de la régulation en profondeur). En résumé, le fait d'associer deux processus cognitifs différents dans une même stratégie expliquait les résultats mitigés relevés dans la littérature. En effet, prenant la régulation en profondeur par exemple, sa première composante suggère de se mettre à la place de l'autre afin d'essayer de ressentir réellement ce qu'il ressent (réévaluation cognitive). Par exemple, l'infirmier (e) face au père d'un enfant qui est très inquiet et même un peu agressif pourrait essayer de se représenter avec son propre enfant dans la même situation, dans ce cas, des émotions similaires à celles du père pourraient être perçues et l'affichage prescrit comme la compréhension dans ce cas par exemple, pourrait être réellement ressentie. La deuxième composante fait appel à un processus cognitif différent qui serait susceptible de produire des résultats différents. En effet, le déploiement attentionnel insufflé le fait de faire appel à notre mémoire afin de faire appel à son propre vécu émotionnel qui serait similaire ou susceptible de faire générer une émotion conforme aux règles d'affichage dans une situation donnée. Citant le même exemple du papa inquiet, l'infirmier (e) pourrait se détacher cognitivement de la situation, se remémorer une expérience passée comme la fois où il été sans nouvelle de son enfant rentré tard à la maison, et percevoir ainsi, l'état d'inquiétude du père facilitant une expression émotionnelle conforme et ressentie. Le même constat s'applique à la régulation en surface car deux processus cognitifs différents

sont plus susceptibles d'agir différemment. Finalement, l'étude de Grandey et al. (2015) nous renseigne sur l'effet positif ou « the bright side » du travail émotionnel. Selon ces auteurs, ne pas avoir recours aux stratégies de régulation émotionnelle conduit au risque de ressentir et d'exprimer des émotions négatives et de s'engager dans une « déviance émotionnelle » (Tschan, Rochat, & Zapf, 2005), particulièrement préjudiciable au bien-être au travail (Côté, 2005). Dans cette situation, toute forme de régulation des émotions est susceptible d'être préférée à la simple manifestation d'émotions négatives. De plus, les auteurs soupçonnent qu'une grande partie du préjudice causé par le travail émotionnel peut provenir indirectement du stress lié au travail et des mauvais traitements infligés par les usagers (clients, patients...), combinés à la nécessité de paraître positifs. Ils reconnaissent néanmoins, que la régulation en profondeur serait moins préjudiciable par rapport à la régulation en surface, et même cette dernière peut ne pas être nuisible lorsque les gens « font semblant de bonne foi », c'est-à-dire qu'ils régulent en surface d'une manière compatible avec leurs identités sociales ou personnelles (Paez & Vergara, 1995 ; Dal Santo et al., 2016). En tout état de cause, il existe diverses raisons pour lesquelles le travail émotionnel devrait avoir des effets positifs sur le bien-être au travail. Au niveau des interactions sociales par exemple, on peut faire valoir que si l'individu est en phase avec les règles d'affichage, il satisfait ainsi ses besoins d'affiliation, de statut et de reconnaissance, ce qui peut se répercuter positivement sur son sentiment d'accomplissement personnel (Zapf & Holz, 2006).

Par ailleurs, la revue de littérature sur le travail émotionnel de Holman et al., (2008) ainsi que la méta-analyse de Hülshager et Schewe (2011) concluent que l'un des aspects du travail émotionnel est qu'il dépend de la mesure dans laquelle ses composantes (régulation en surface et régulation en profondeur) favorisent le gain ou la perte de ressources, influençant ainsi, la relation entre les exigences du travail et le bien-être au travail. Dans ce sens, la revue de littérature de Zapf (2002) suppose que la dissonance émotionnelle est plus susceptible de persister à travers la régulation en surface, laquelle serait négativement associée au bien-être au travail, contrairement à la régulation en profondeur. Le postulat relatif au recours à la régulation en surface en cas de dissonance émotionnelle a été confirmé par Hülshager et Schewe (2011). Par ailleurs, à travers la régulation en profondeur, la dissonance émotionnelle est plus susceptible d'être dissipée, du fait que cette stratégie permet une harmonie entre les émotions ressenties et les règles d'affichage (Zapf, 2002). Malgré que plusieurs études s'appuient sur les stratégies de régulation émotionnelle pour expliquer la relation entre plusieurs antécédents et le bien-être au travail comme les règles d'affichage émotionnel (Grandey, 2003), l'intelligence émotionnelle (Mikolajczak et al., 2007) ou encore les exigences du rôle (Brotheridge & Lee, 2002), nous ne trouvons aucune étude qui met en relation la dissonance émotionnelle, les stratégies de régulation émotionnelle et le bien-être au

travail dans une visée médiationnelle. Pourtant, le modèle de Grandey (2000), met l'accent sur le rôle médiateur des stratégies de régulation émotionnelle entre les antécédents comme les règles d'affichage, la variété, la fréquence et la durée des interactions et le bien-être au travail. De plus, Zapf (2002) explique qu'en absence de dissonance émotionnelle, l'individu n'éprouve pas nécessairement des besoins de réguler ses émotions, ses émotions sont exprimées d'une manière spontanée et authentique, du fait que ses propres émotions sont en harmonie avec les règles d'affichage émotionnel. Par ailleurs, si la dissonance émotionnelle est perçue, trois possibilités sont constatées : (1) aucune tentative n'est faite pour réguler les émotions, l'individu exprime des émotions authentiques, mais il est possible qu'il soit perçu par les autres comme déviant ; (2) les émotions sont régulées avec succès par la régulation profonde, ce qui entraîne un affichage émotionnel authentique et conforme aux règles d'affichage et (3), les émotions sont régulées avec succès par la régulation en surface, l'individu affichera des émotions fausses mais conformes aux règles d'affichage. Holman et al. (2008) adhèrent à ces processus et précisent aussi que la régulation émotionnelle peut également être infructueuse, de sorte qu'une régulation en profondeur ou en surface infructueuse (non aboutie) peut conduire à un affichage émotionnel déviant ou falsifié. Ce faisant, la dissonance émotionnelle conditionne la façon dont les émotions sont régulées ce qui à son tour, conditionne le bien-être au travail (Zapf, 2002). Un postulat qui sera examiné empiriquement lors de l'étude 2.

Ainsi, le bien-être au travail est conditionné par la mesure dans laquelle l'individu est capable de déployer des stratégies pour conserver le contrôle émotionnel et pour satisfaire à la nécessité de se conformer aux règles d'affichage émotionnelles.

3.2 Le soutien émotionnel perçu du supérieur : une ressource organisationnelle

Le personnel infirmier travaille souvent dans un environnement de pratique problématique, caractérisé par diverses sources de stress et des difficultés relationnelles qui peuvent nuire à sa capacité à prodiguer d'excellents soins. En effet, la littérature insiste sur l'importance d'un environnement de travail équilibré, conciliant performance, qualité des soins et bien-être au travail (Van Bogaert, Van Heusden, Timmermans, & Franck, 2014). De nombreuses ressources ont été étudiées pour évaluer leur impact potentiel sur la promotion du bien-être au travail notamment, à travers deux études européennes d'envergure, l'étude « NEXT » précédemment citée, et l'étude « Registered Nurse Forecasting » plus connue sous nom « RN4CAST ». Le soutien perçu du supérieur (SSP) se trouve être un prédicteur pertinent du bien-être infirmier dans les deux études et dans la plupart des pays investigués (Sermeus, 2015 ; Aiken, Sermeus, Van den Heede, Sloane, Busse, McKee, ... & Tishelman, 2012 ; Estry-Behar et al., 2007 ; Van der Heijden, Kummerling, Van Dam, Van der Schoot, Estry-Behar, & Hasselhorn, 2010).

Le soutien émotionnel perçu du supérieur représente l'un des deux composants (émotionnel et instrumental) du soutien perçu du supérieur, lequel dérive du concept du soutien organisationnel perçu (SOP) qui englobe le soutien du supérieur et des collègues (Eisenberger et al., 1986). De ce fait, pour une meilleure compréhension du soutien émotionnel perçu du supérieur (SESP), nous devons revenir à ses sources afin de cerner son apparition, son fondement et son développement conceptuel.

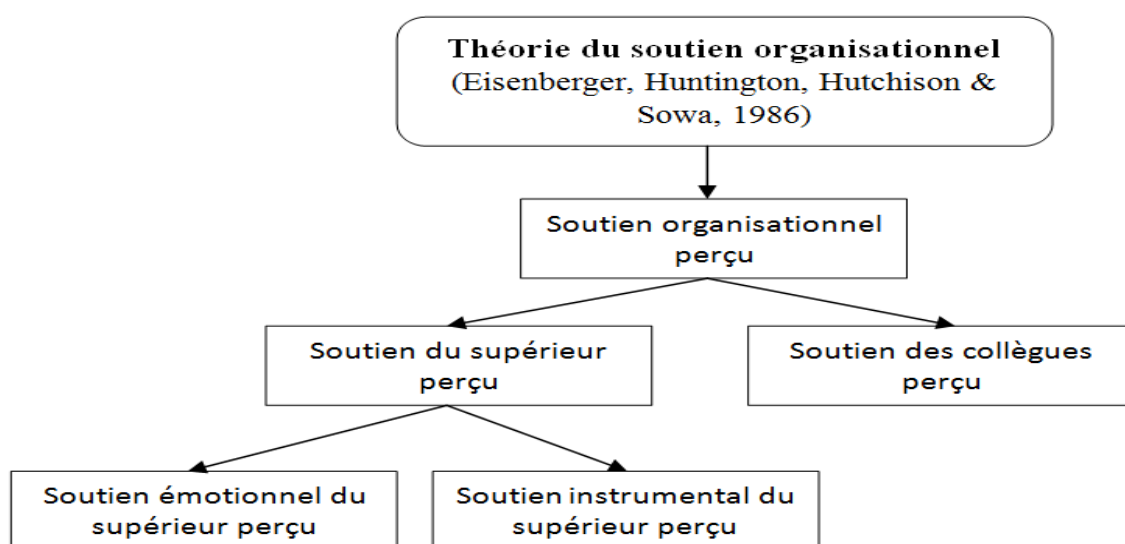


Figure 3.6. Origine du concept du soutien émotionnel perçu du supérieur

3.2.1 Du SOP au SSP : origine et définition sur la base de la théorie de l'échange social

En 1986, Eisenberger et ses collègues élaborent la théorie du soutien organisationnel qui révèle que, pour répondre aux besoins socio-affectifs et évaluer les avantages d'un effort de

travail accru, les employés ont une perception générale de la mesure dans laquelle l'organisation valorise leur contribution et se soucie de leur bien-être (Eisenberger, Huntington, Hutchison, & Sowa, 1986). Un tel soutien organisationnel perçu (SOP) augmenterait l'obligation ressentie par les employés d'aider l'organisation à atteindre ses objectifs, leur engagement affectif envers l'organisation, ainsi que d'autres résultats comportementaux comme l'augmentation de la performance, la diminution des comportements de retrait tels que l'absentéisme et le roulement (Rhoades & Eisenberger, 2002). Selon la théorie du soutien organisationnel, les employés considèrent l'organisation comme ayant des caractéristiques humaines, et se basent sur leur perception du traitement, favorable ou défavorable, en tant qu'indication que l'organisation les considère en tant qu'individu. Le SOP concerne également la croyance des employés en ce qui concerne la mesure selon laquelle l'organisation répond à leurs besoins socio-émotionnels, et comment l'organisation valorise leurs efforts, du fait que les employés perçoivent et évaluent le soutien organisationnel comme des récompenses organisationnelles, sous forme de reconnaissance, d'autonomie ou bien d'attention pour un environnement de travail sain (Baran, Shanock, & Miller, 2012 ; Rhoades & Eisenberger, 2002). Eisenberger et al. (1986) expliquent le SOP sur la base de l'échange social et la norme de réciprocité, où l'aide fournie par une personne ou par une entité à une autre serait assujettie à une contribution « de bonne foi » en retour. Dans ce sens, quand les employés perçoivent que leur organisation les soutient (échange de ressources tangibles et non tangibles), ils ressentiront le besoin de faire quelque chose en retour, se traduisant par des attitudes positives envers le travail et l'organisation (Korsgaard, Meglino, Lester, & Jeong, 2010). Empiriquement, le SOP est associé à de nombreux résultats positifs tels que la satisfaction au travail, l'engagement organisationnel et une diminution du roulement (Dawley, Andrews, & Bucklew, 2008 ; Maertz, Griffeth, Campbell, & Allen, 2007 ; Eisenberger & Shanock, 2006).

Les chercheurs admettent aussi le fait que comme les superviseurs sont des agents de l'organisation et qui la représentent, mesurer la perception du soutien du superviseur permet aux gestionnaires de prendre des mesures correctives pour l'amélioration des relations interpersonnelles au travail (Eisenberger, Stinglhamber, Vandenberghe, Sucharski, & Rhoades, 2002). Ces auteurs définissent le soutien perçu du supérieur (SSP) comme la mesure dans laquelle les employés perçoivent que leurs superviseurs les prennent en charge, valorisent leurs contributions, leur offrent de l'aide et se soucient de leur bien-être. Le SSP se différencie du SOP de façon que le SSP le précède (Eisenberger et al., 2002 ; Campbell, Perry, Maertz, Allen, & Griffeth, 2013 ; DeConinck & Johnson, 2009 ; Lapalme, Tremblay, & Simard, 2009 ; Ng & Sorensen, 2008 ; Saks, 2006). Cependant, d'autres chercheurs plaident en faveur d'une relation plus complexe entre les deux perceptions du soutien et surtout

distinctes ou, même si un employé ne perçoit pas beaucoup de soutien de la part des superviseurs, d'autres éléments pourraient soutenir le soutien organisationnel perçu des employés, et vice versa (par exemple, Maertz, Griffeth, Campbell, & Allen, 2007 ; Yoon & Thye, 2000). La présente étude rejoint le point de vue de Rhoades et al. (2001), dans l'idée que comme les employés croient que les évaluations des superviseurs sont souvent transmises à la direction, ceci contribue à l'association du soutien des superviseurs avec un soutien organisationnel perçu. Les superviseurs peuvent être considérés comme des représentants de première ligne de l'organisation auprès du subordonné. Par conséquent, tout type de valeurs ou de normes organisationnelles sont censés être véhiculés par l'intermédiaire des superviseurs. En considérant cela, la perception de soutien de l'organisation commence d'abord avec le soutien perçu du superviseur.

Empiriquement, les études ont montré que le soutien organisationnel perçu et le soutien perçu du supérieur peuvent conduire à des résultats positifs sur le bien-être au travail (Dabke & Patole, 2015 ; Baran et al., 2012 ; Masterson, Lewis, Goldman, & Taylor, 2000 ; Rhoades & Eisenberger, 2002 ; Rhoades, Eisenberger, & Armeli, 2001 ; Eisenberger, Armeli, Rexwinkel, Lynch, & Rhoades, 2001). La perception d'être apprécié et pris en charge par l'organisation via le superviseur encouragerait le sentiment d'appartenance et favoriserait les comportements prosociaux (Eisenberger et al., 2002). Ces résultats suggèrent aussi que le SSP facilite l'intériorisation et l'acceptation des normes et des règles liées à l'affichage émotionnel (Dal Santo et al., 2016). Dans ce sens, une récente méta-analyse basée sur la théorie du soutien organisationnel, démontre que le SSP représente une ressource importante face aux demandes du travail et prédit avec succès le bien-être au travail (Kurtessis, Eisenberger, Ford, Buffardi, Stewart, & Adis, 2017).

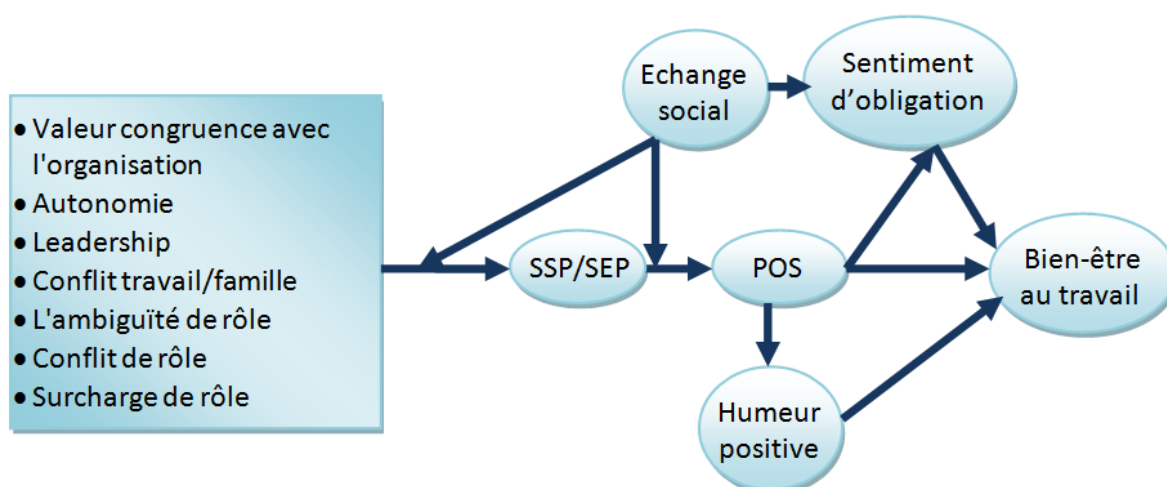


Figure 3.7. Antécédents et conséquents (SSP et POS) selon la Méta-analyse Kurtessis et al. (2017)

Les chercheurs distinguent aussi deux formes de soutien dans chaque type de soutien perçu (soutien émotionnel et instrumental du supérieur et soutien émotionnel et instrumental des collègues) (Eisenberger et al., 2002). Peu d'études empiriques font cette distinction. La plupart des études mesurent le soutien émotionnel et instrumental du supérieur comme un construit unidimensionnel (Thompson & Prottas, 2006). Récemment, les chercheurs commencent à explorer les effets du soutien du supérieur sur l'expérience des émotions négatives au travail (Meguellati, Mohd, & Mohd, 2013 ; Ashkanasy & Daus, 2002 ; Fisher, 2002). À cet égard, des recherches antérieures ont montré que les superviseurs empathiques et sensibles aux besoins des employés réussissent à particulièrement bien gérer les réactions émotionnelles de leurs subalternes (par exemple, Humphrey, 2002 ; Pescosolido, 2002). Cependant, il faudra attendre la publication de très récentes études réalisées sur la profession infirmière, pour entrevoir les prémises de l'importance du volet émotionnel du soutien dans le milieu du travail. En général, de récentes études démontrent que le soutien émotionnel perçu du supérieur (Pohl & Galletta, 2017), le soutien émotionnel et instrumental perçu du supérieur (Ruiller & Van Der Heijden, 2016) ou encore le soutien émotionnel du supérieur et des collègues (Dal Santo et al., 2016), représentent des ressources pertinentes pour la promotion du bien-être au travail. C'est résultats et le manque de considération du soutien émotionnel dans les études empiriques nous ont encouragé et poussé à investiguer ce type de soutien. Nous postulons que le milieu de travail typique à la population infirmière est un milieu caractérisé par les tensions et la charge de travail intense (Demerouti et al., 2000), comme les demandes psychologiques, les contraintes physiques et la dissonance émotionnelle, induisant un effet négatif sur le bien-être au travail. Plus précisément, cet effet entre demandes du travail et le bien-être peut être expliqué en partie ou totalement par la forme émotionnelle du soutien organisationnel du supérieur et des collègues.

3.2.2 Le soutien émotionnel perçu du supérieur : Définition et perspective empirique

Notre vision tend à conceptualiser le SESP en jouxtant la conceptualisation de Eisenberger et al., (2001) et celle de Pohl & Galletta, (2017) comme symbolisant la perception du salarié de la mesure dans laquelle son supérieur hiérarchique le soutient émotionnellement, c'est-à-dire se préoccupe de son bien-être, lui exprime des affects positifs et lui apporte des sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort. Il est examiné comme un processus à travers lequel les relations interpersonnelles protègent l'individu contre les événements générateurs de tension et de stress. Dans cette perspective, l'individu fait plus facilement face à des exigences de travail importantes s'il bénéficie ou estime bénéficier d'un environnement professionnel serein où la qualité des relations entre les collaborateurs est valorisée.

Dans la littérature, on peut trouver d'autres définitions similaires issues du concept du soutien social du superviseur, positionné lui aussi comme une ressource organisationnelle contribuant à réduire les exigences physiques, psychologiques et émotionnelles (Bakker et al., 2005 ; Kossek, Pichler, Bodner, & Hammer, 2011). Hobfoll (1988) définit la forme émotionnelle du soutien social comme consistant à exprimer à une personne les affects positifs que l'on ressent à son égard (confiance, amitié, amour, etc.) et qui apportent à celle-ci des sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort, qui vont l'aider à traverser des moments difficiles. Pour Bruchon-Schweitzer (2002) le soutien social émotionnel traduit l'intégration sociale de la personne qui a le sentiment d'être aimée et d'évoluer dans un climat empreint de confiance et d'amitié.

Il est à noter que le soutien social est un concept similaire au soutien organisationnel, sauf que le soutien social combine les sources de soutien du travail (collègues et supérieur) avec les sources du soutien hors travail issues de la sphère privée (famille, amis ...), alors que le soutien organisationnel se focalise exclusivement sur des sources de soutien issues du milieu professionnel (l'organisation, le supérieur et collègues de travail). Aussi, House (1981) considère le soutien social perçu du superviseur comme impliquant quatre aspects psychosociaux importants : (1) le soutien émotionnel (estime, confiance, affect, préoccupation et écoute) ; (2) le soutien à l'estime (encouragement, feedback) ; (3) le soutien informationnel (conseils, suggestions, directives, information) et (4) le soutien physique (tangibles, argent, travail, temps et modification environnementale). Le soutien informationnel et le soutien physique sont tout deux de type tangible, alors que le soutien émotionnel et d'estime sont intangibles. Ruiller (2008) raffine la conceptualisation du soutien social perçu du supérieur en le rebaptisant « *la perception du soutien social organisationnel* », en rejoignant celle d'Eisenberger et ses collègues, (2001) comme comportant deux formes : l'une serait socio-émotionnelle (estime, empathie, écoute, encouragement etc.), tandis que l'autre serait professionnelle (aide au travail, aménagement des plannings, protection etc.). Cependant, les résultats obtenus sont, selon l'auteur « *partiellement contre intuitifs* ». Les résultats démontrent que le SESP se trouve agir positivement sur l'engagement affectif mais, aussi sur l'épuisement émotionnel. Dans une deuxième tentative, Ruiller & Van Der Heijden (2016), élaborent une deuxième échelle distinguant la forme instrumentale et émotionnelle du soutien social organisationnel perçu du supérieur, les résultats de la validité discriminante de la distinction entre les deux dimensions de soutien n'ont cependant pas été satisfaisants. D'autres études utilisant des mesures du soutien social émotionnel du supérieur comme Zellars et Perrewé, (2001) qui démontrent une relation positive entre le SESP et l'épuisement émotionnel, contrairement à l'étude de Lingard et Francis (2006) qui démontre que le SESP entretient une relation négative avec l'épuisement émotionnel et avec le conflit travail/famille.

Récemment, l'étude multiniveaux de Pohl & Galletta (2017) sur une population infirmière, basée sur une échelle du SESP inspirée du concept du SSP de Rhoades et Eisenberger (2002), démontre qu'au niveau individuel, les soignants ayant un haut niveau d'engagement au travail affichaient des niveaux élevés de satisfaction au travail, cette relation était plus forte lorsque le soutien émotionnel perçu du supérieur hiérarchique au niveau du groupe était élevé. De telles interactions démontrent que le SESP joue un rôle important dans la promotion du bien-être au travail infirmier. L'étude de Dal Santo et al. (2016) positionne aussi le SESP en tant que ressource importante devant la charge de travail émotionnelle dans la profession infirmière. Leurs résultats montrent que le SESP réduit l'impact des règles d'affichage émotionnel sur la dissonance émotionnelle.

Dal Santo et ses collègues (2016) affirment que le SESP peut atténuer l'hypocrisie induite par la dissonance émotionnelle car, si l'infirmier(e) se sent émotionnellement soutenu, spécialement par son supérieur immédiat, il ou elle peut intégrer les règles d'affichage comme une partie intrinsèque de ce travail, ce qui diminuera leur impact sur la dissonance émotionnelle. Dans ce sens, un environnement émotionnellement soutenant faciliterait l'introspection par rapport à la façon dont les infirmier-e-s conçoivent leurs relations avec les patients et les émotions qui en résultent (Huynh, Alderson, & Thompson, 2008). Dans une étude qualitative, les infirmières ont décrit l'importance du soutien des superviseurs comme un important mécanisme d'adaptation en relation directe avec les aspects d'interactions de leur rôle et l'orientation de leur expression émotionnelle (McCreight, 2005). Des recherches antérieures indiquent que lorsque les superviseurs soutiennent émotionnellement leurs subalternes, ce traitement conduit à des résultats favorables pour l'employé et l'organisation et s'explique par le principe de la réciprocité. Selon ce principe, les employés qui perçoivent que leurs supérieurs hiérarchiques les soutiennent émotionnellement éprouvent l'obligation d'aider leurs supérieurs à atteindre les objectifs prescrits (Rhoades & Eisenberger, 2002 ; Eisenberger et al., 2002 ; Stinglhamber & Vandenberghe, 2003). D'autre part, Brotheridge et Lee (2002), soulignent un élément important de la théorie de conservation des ressources qui suggère que les travailleurs qui éprouvent des difficultés avec les relations professionnelles dans leur milieu de travail peuvent tenter d'accumuler des ressources, sous forme de soutien, en référence à Hobfoll (1989) qui désigne l'importance du soutien émotionnel dans les situations où les dépenses affectives sont importantes.

Considérant le manque d'études empiriques reliant le SESP au bien-être au travail dans la population infirmière, il est cependant possible d'entrevoir le sens de la relation du soutien perçu du supérieur avec ses antécédents et ses conséquents. Ainsi, le manager de proximité occupe une place importante pour créer un cadre favorable à la mobilisation de ses collaborateurs, il est le garant du climat organisationnel puisqu'il a le pouvoir d'induire ou de

faciliter l'induction de comportements que l'organisation valorise ou attend de ses salariés (Van der Doef & Maes, 1999) et du personnel infirmier (Failla & Stichler, 2008). Plusieurs études identifient certaines demandes du travail infirmier comme des antécédents du SSP. Ainsi des résultats négatifs sont souvent démontré entre la dissonance émotionnelle et le SSP (Zito, Colombo, & Cortese, 2015 ; Xanthopoulou et al., 2007 ; Kinman, Wray, & Strange, 2011). D'autres facteurs comme les demandes psychologiques et physiques du travail infirmier se trouvent négativement liés au SSP (Willemse, de Jonge, Smit, Depla, & Pot, 2012 ; Jourdain & Chênevert, 2010 ; McCarthy, Power, & Greiner, 2010 ; Hansez, Stinglhamber, & Hanin, 2008 ; Hansez et al, 2008 ; Cortese et al., 2010). Par ailleurs, le SSP se trouve généralement positivement lié au bien-être au travail dans la population infirmière. Le SSP se trouve positivement lié à la satisfaction au travail, à l'engagement organisationnel et négativement lié à la détresse psychologique et l'épuisement émotionnel (Rodwell, Noblet, Demir, & Steane, 2009 ; Rodwell & Munro, 2013 ; Willemse et al., 2012). Plusieurs chercheurs démontrent le rôle modérateur ou médiateur du SSP dans la relation entre les demandes du travail et le bien-être au travail (Mishra & Kumar, 2016 ; Xanthopoulou et al., 2007 ; Sawang, Brough, & Barbour, 2009 ; Kinman et al., 2011 ; Doorn, Ruysseveldt, Dam, Mistiaen, & Nikolova, 2016 ; Zito et al., 2016). C'est-à-dire que le SSP comme une ressource organisationnelle peut en effet, limiter ou bien annuler l'effet négatif des demandes du travail.

A notre connaissance, aucune étude ne prend en considération le soutien émotionnel perçu du supérieur pour expliquer la relation entre la dissonance émotionnelle (considérée comme une tension du travail) et le bien-être au travail. Basé sur ce même principe, nous postulons que l'individu en état de dissonance émotionnelle et en état de tensions professionnelles (demandes du travail) cherchera à compenser sa perte de ressources en essayant de trouver du soutien auprès de son supérieur hiérarchique qui représente l'image humaine de l'organisation. De plus, selon le principe de la triple correspondance ou « *triple matching principle* », qui suggère une meilleure efficacité des ressources de mêmes types que les demandes et les résultats (van den Tooren & de Jonge 2010 ; De Jonge & Dormann 2003, 2006), les demandes psychologiques sont par exemple, plus susceptibles d'influer sur des résultats psychologiques mais aussi, plus à mêmes d'être atténuées par des ressources psychologiques. Un postulat déjà démontré dans une étude sur une population infirmière utilisant le modèle JD-R (Lavoie-Tremblay, Trépanier, Fernet, & Bonneville-Roussy, 2014). Dans ce sens, un soutien du supérieur de type émotionnel est plus susceptible d'expliquer la relation entre la dissonance émotionnelle et l'épuisement émotionnel, l'engagement affectif, l'engagement au travail ou encore la satisfaction au travail, des indicateurs du bien-être au travail à connotation affective.

Synthèse de la partie théorique et proposition d'un modèle

A travers de la partie théorique, apparaît notre intention de souscrire à une approche positive basée sur le bien-être au travail, cela signifie accorder de l'attention aux ressources et aux aspects positifs du travail. Cette perspective, issue de la psychologie positive, semble fondamentale pour la profession infirmière qui, profondément marquée par une vague de changements en lien avec de multitudes restructurations des systèmes de santé, a vu le cœur de sa profession tronqué par un raisonnement économique étranger à leur sens du prendre soin. Étant un concept multidimensionnel, la complexité du concept du bien-être au travail ne peut être capté par quelques dimensions. Néanmoins, la satisfaction au travail, l'engagement au travail et l'engagement organisationnel affectif ou encore, l'épuisement émotionnel représentent des aspects importants et très pertinents des expériences positives et négatives de la profession infirmière. D'autre part, du fait de leur proximité avec l'intimité des patients, avec leurs souffrances, leurs angoisses, leurs instants de joies et de bonheur et surtout, du fait d'une proximité avec la mort, le personnel infirmier expérimente chaque instant l'émotion dans toute sa splendeur et son obscurité. La longue tradition de la recherche sur les répercussions négatives du travail émotionnel n'a fait que masquer, au moins jusqu'à ces dernières années, la potentielle ressource du travail émotionnel. En effet, la gestion des émotions comporte dans son socle une part stressante, mais aussi stimulante lorsqu'elle permet à l'infirmier (e) d'être en phase avec les règles d'affichage émotionnel. En plus des ressources personnelles, le personnel infirmier peut compter sur son supérieur hiérarchique en cas de difficulté. Appelé aussi infirmier en chef ou coordinateur médical, il détient en effet, les connaissances et l'expérience nécessaire pour soutenir et faciliter le travail pour ses subordonnés. Plus important, l'infirmier en chef est en première ligne pour constater les difficultés émotionnelles que ses subordonnés supportent.

De ce qui précède, le principal objectif de cette recherche doctorale est de vérifier la pertinence de certaines ressources pour expliquer l'effet de certaines demandes du travail (physiques et psychologiques) et de la dissonance émotionnelle positionnée comme une tension du travail traduisant l'intensité des demandes émotionnelles, sur le bien-être au travail dans la profession infirmière. Deux catégories de ressources seront considérées : (1) les ressources personnelles seront appréhendées par les stratégies de régulation émotionnelle. Elles seront opérationnalisées d'une manière innovante, suivant un raffinement méthodologique démontré par d'Andela et al. (2015). Cette opérationnalisation vise à considérer chaque composante des deux stratégies de régulation émotionnelle comme une stratégie à part entière. Ainsi, nous expérimenterons quatre stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive, l'amplification positive, la réévaluation cognitive et le déploiement attentionnel comme des ressources personnelles ; au côté des ressources

personnelles, nous considérons (2) le soutien émotionnel perçu du supérieur hiérarchique, comme une ressource organisationnelle, opérationnalisé suivant la méthode de Pohl & Galletta (2017) à partir de l'adaptation de l'échelle du soutien du superviseur perçu d'Eisenberger et al. (2002).

La figure 13 illustre le positionnement de chaque variable dans notre vision globale du bien-être au travail infirmier qui, comme nous allons le voir à travers la prochaine partie empirique, à donner lieu à deux études transversales et une étude de panel.

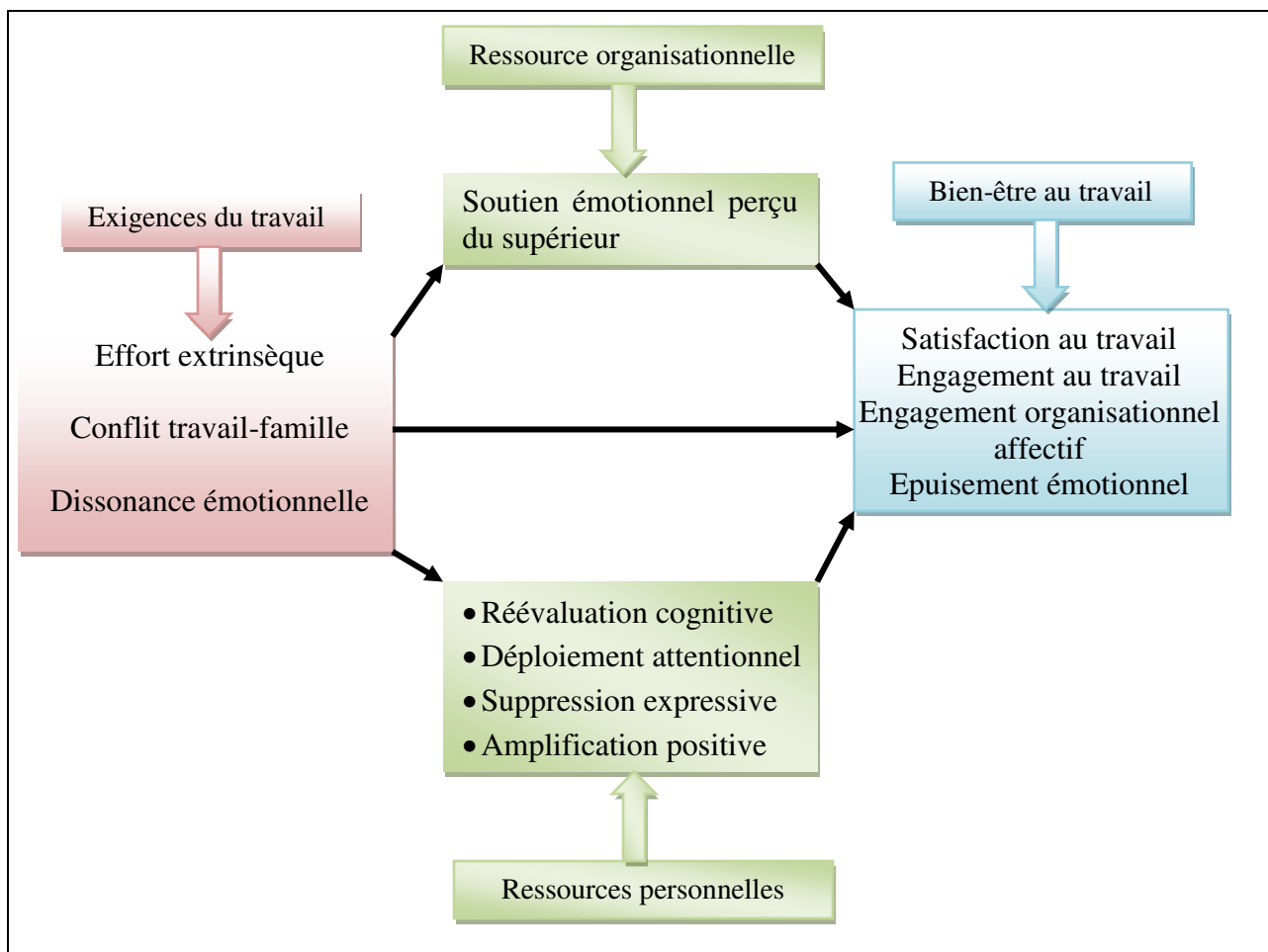


Figure 3.8. Cadre conceptuel général de la thèse

Deuxieme partie : études empiriques

Objectifs

La présente recherche doctorale s'inscrit dans la lignée des recherches sur le travail émotionnel suivant la conceptualisation de Grandey (2000) et du soutien organisationnel perçu d'Eisenberger et al. (1986). Nos objectifs cheminent par l'étude des effets des demandes du travail sur le bien-être au travail dans la profession infirmière. Nous chercherons ensuite à tester l'éventuelle médiation des stratégies de régulation émotionnelle et du soutien émotionnel perçu du supérieur dans cette relation.

Trois variables recouvrant les dimensions physiques, psychologiques et émotionnelles de la profession infirmière nous permettent d'appréhender les demandes du travail. Ces variables ont été identifiées par la littérature comme étant particulièrement prégnantes et préjudiciables au bien-être au travail : l'effort extrinsèque au sens de Sigris, (1996) qui reflète les exigences physiques et psychologiques du travail ; le conflit travail/famille fait référence à la tension psychologique engendrée par la pression du temps et le débordement du rôle d'infirmier sur la vie de famille au sens de Greenhaus et Beutell, (1985) et la troisième variable concerne la dissonance émotionnelle qui renseigne sur l'intensité des demandes émotionnelles du travail infirmier, se manifestant à travers une tension émotionnelle issue d'une incohérence entre les émotions ressenties au cours de l'exercice de la profession et les règles d'affiches émotionnels propre à la profession, à l'organisation ou encore propre aux idiomes sociétales (Zapf, 2002).

D'autre part, notre étude s'est basée sur quatre indicateurs reflétant le bien-être au travail dans la population infirmière. La satisfaction au travail, l'engagement au travail et l'engagement organisationnel de type affectif représentent des indicateurs « positif » du bien-être au travail, tandis que l'épuisement émotionnel traduit une dimension « négative » du bien-être au travail et représente une problématique particulièrement en lien avec la pratique infirmière. Comme nous l'avons exposé précédemment, ces indicateurs identifiés par la littérature, sont considérés comme pertinents pour estimer le bien-être dans la profession infirmière.

L'existence de ressources dans le milieu du travail peut atténuer l'effet négatif des demandes du travail sur le bien-être dans la profession infirmière (Demerouti et al., 2001). D'abord, le soutien perçu du supérieur a été identifié comme une ressource importante du travail infirmier, son effet tampon sur l'influence des demandes du travail sur le bien-être au travail a été démontrée (Demerouti et al., 2000). Cependant, le SSP se décline sous deux formes, instrumentale et émotionnelle (Eisenberger et al, 1986). Peu de recherches se sont intéressées à la dimension émotionnelle dans la profession infirmière, une profession où les

émotions symbolisent une facette du métier (Dal Santo et al., 2016). Récemment, Pohl et Galletta (2017) ont révélé que le soutien émotionnel perçu du supérieur contribue au bien-être dans la population infirmière. Notre deuxième objectif est de contribuer empiriquement à déterminer le rôle du soutien émotionnel perçu du supérieur comme ressource du travail, une variable qui nous permettra d'expliquer les effets négatifs des demandes du travail sur le bien-être dans la profession infirmière.

Le travail émotionnel peut aussi être considéré comme une ressource personnelle du fait qu'il permet au soignant, à travers des stratégies de régulation émotionnelle, de ressentir et d'exprimer des émotions, en phase avec les règles d'affichage émotionnel qu'il sait devoir suivre et agir ainsi, en faveur de la promotion du bien-être au travail (Grandey, 2000). Sachant qu'une incompatibilité entre les émotions ressenties et ces règles d'affichage, engendre une dissonance émotionnelle à l'origine d'une tension psychologique, particulièrement préjudiciable au bien-être infirmier (Dal Santo et al., 2016). La revue de littérature fait ressortir plusieurs points de divergences concernant l'effet des stratégies de régulation émotionnelle. En effet, les études portant sur les stratégies de régulation émotionnelle, à savoir la régulation en surface et la régulation en profondeur, ne permettent pas de statuer sur l'impact de chaque stratégie. De plus, la même stratégie se trouve parfois négativement, et parfois positivement liée au bien-être au travail (Andela et al., 2015 ; Mikolajczak et al., 2009 ; Lee & Brotheridge, 2006). Pour ce faire, notre dernier objectif est de contribuer à la compréhension du concept de travail émotionnel dans la profession infirmière, à travers une nouvelle conceptualisation des stratégies de régulation émotionnelle révélée par Andela et ses collègues (2015). De plus, à l'aide de cette conceptualisation, nous chercherons à expliquer l'effet délétère de la dissonance émotionnelle sur le bien-être dans la profession infirmière.

Après avoir défini nos objectifs et affiné nos connaissances théoriques des différents concepts de l'étude, trois études empiriques ont été conduites et testés à l'aide de la modélisation en équation structurelle en utilisant le logiciel Mplus. A travers la première étude, nous chercherons à démontrer l'éventuel effet médiateur du soutien émotionnel du supérieur perçu dans la relation entre l'effort extrinsèque, le conflit travail/famille et le bien-être au travail appréhendée par l'épuisement émotionnel, la satisfaction au travail et l'engagement affectif. Nous chercherons ensuite, lors de la deuxième étude, à démontrer l'éventuel effet médiateur des stratégies de régulation émotionnelle (appréhendée en quatre dimensions) dans la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail considéré à travers l'engagement au travail, la satisfaction au travail ainsi que sur l'épuisement émotionnel. La troisième et dernière étude nous servira à expérimenter la temporalité de la relation, grâce à deux temps de mesure espacés de six mois, entre la dissonance émotionnelle mesurée en temps 1 et le bien-être au travail mesuré en temps 2 à

travers l'engagement au travail, la satisfaction au travail, l'engagement affectif ainsi que l'épuisement émotionnel. Cette relation sera expliquée à travers le soutien émotionnel perçu du supérieur mesuré en temps 1.

Chapitre 4, étude 1. Les demandes du travail et le bien-être dans la profession infirmière : le rôle médiateur du soutien émotionnel perçu du supérieur.

4.1 Introduction

La profession infirmière est souvent considérée comme une vocation, un métier d'aide où l'humanité n'est pas seulement une qualité, mais une exigence souvent mise à mal par des conditions de travail intensifiées sous l'impulsion de multiples réformes, visant à améliorer le système de santé et dont leur mise en vigueur s'est accompagné de son lot de contraintes et de tensions, allant à associer cette profession avec l'évocation récurrente du « *malaise des soignants* » (Phaneuf, 2014 ; Loriol, 2003 ; Bonneville, 2005 ; Sainseaulieu, 2003 ; Bourbonnais, 2000). Les écrits recensés, notamment les résultats de l'étude ORSOSA (Organisation des soins et de la santé des soignants) réalisée sur une population de 4 350 soignants des hôpitaux français (Lamy, De Gaudemaris, Sobaszek, Caroly, Descatha, & Lang, 2013), font état de l'augmentation du volume et du rythme du travail accompagné d'une complexification des tâches due entre autres, à l'introduction de nouvelles technologies, à la rationalisation importante des ressources humaines, entraînant ainsi une dégradation notable du bien-être au travail des soignants. Plusieurs études corroborent ces résultats (Burke, Moodie, Dolan, & Fiksenbaum, 2012 ; Drury, Craigie, Francis, Aoun, & Hegney, 2014 ; Meng, Jin, & Guo, 2016 ; Estry-Behar, Négri, & Le-Nézet, 2007 ; Guignon, Niedhammer, & Sandre, 2008 ; Lavoie-Tremblay, Wright, Desforges, Gélinas, Marchionni, & Drevniok, 2008 ; Manville, 2014).

La profession infirmière est par ailleurs, caractérisée par des horaires atypiques s'étalant sur 24 heures pour répondre aux besoins des patients (travail de nuit, week-ends et jours fériés), exposant cette profession à d'importants conflits entre la vie au travail et la vie hors travail. Ces conflits sont accentués par les mutations sociales telles que l'augmentation des familles monoparentales et biactives (Estry-Behar et al., 2007 ; Olsen & Dahl 2010 ; Closon, 2007 ; Rhnima, Wils, Pousa, & Frigon, 2014 ; Dodeler & Tremblay, 2016 ; Bouffartigue & Bouteiller, 2003 ; Lazzari, 2012). Le conflit entre la vie au travail et la vie de famille (CTF) est souvent décrit en termes de stress ayant des répercussions négatives sur le bien-être (Burke et al., 2012 ; Simbula, Guglielmi, & Schaufeli, 2011 ; Bellavia & Frone 2005 ; Clays, Kittel, Godin, De Bacquer, & De Backer, 2009 ; Wang, Lawler, & Shi, 2010). L'organisation internationale du travail (OIT) en 2003 a souligné le rôle du CTF en tant que facteur de risque émergent mettant en péril la qualité de la vie au travail (Gospel, 2003). Néanmoins, les récentes études mettent au premier plan le soutien perçu du superviseur (SSP) comme une ressource permettant d'atténuer les effets négatifs des tensions résultant du travail (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2000 ; Babakus, Yavas, & Karatepe, 2008).

Le soutien du supérieur se décline sous une forme émotionnelle ou instrumentale, qui permet de réduire l'incertitude face à l'environnement stressant (Marchand & Vandenberghe, 2015). Peu de recherche considère la dimension émotionnelle du soutien comme une ressource permettant d'atténuer l'effet des demandes au travail, bien qu'il semble admis que la dimension émotionnelle du soutien soit importante pour son influence positive sur les diverses facettes de l'engagement et de la performance au travail (Winnubst, Buunk, & Marcelissen, 1988). Dans le milieu hospitalier où le volet émotionnel constitue une partie importante de l'activité infirmière, le soutien émotionnel du supérieur pourrait contribuer à combler les besoins socio-émotionnels des individus (Pohl & Galletta, 2017 ; Baran, Shanock Rhoades, & Miller, 2012).

Cette étude prend comme toile de fond, le Job Demande Ressource « JD-R » (Demerouti Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001) afin d'étudier l'effet des demandes du travail (l'effort extrinsèque et le conflit travail/famille) sur l'épuisement émotionnel, l'engagement organisationnel affectif et la satisfaction au travail. Le soutien émotionnel perçu du supérieur « SESP » est appréhendé comme une ressource, médiatisant la relation demandes/résultats (voir figure 3.8).

4.2 Les demandes du travail à travers les modèles théoriques

Les demandes du travail sont des exigences physiques, psychologiques, sociales ou organisationnelles nécessitant un effort continu physique et psychologique conduisant à des résultats positifs et négatifs en fonction de la demande elle-même ainsi que de la capacité de l'individu et des ressources disponibles pour y faire face (Schaufeli & Bakker, 2004 ; Karasek, 1979 ; Bakker & Demerouti, 2007). Les réponses positives peuvent être la motivation, la stimulation ou la satisfaction professionnelle (Marchand, Durand, Simard, Demers, & Collin, 2006), tandis que les réponses négatives peuvent être la dépression, l'épuisement professionnel ou l'abandon de la profession (Truchot, 2004).

Plusieurs modèles théoriques permettent d'étudier l'effet de la perception de l'individu des exigences de son travail. Le modèle « *Demand-control* » de Karasek (1979) qui a dominé le domaine de la recherche empirique sur le stress et les conditions de travail durant plus de vingt ans (Halbesleben, 2008) avance que le stress prend source des fortes exigences du travail (demande psychologique) qui renvoient à des aspects tels que le conflit de rôle, la pression du temps ou un rythme de travail élevé. Le modèle de Siegrist (1996) « *effort-reward imbalance : ERI* » ou « déséquilibre entre l'effort et la récompense » appréhende quant à lui, les demandes du travail par « *l'effort extrinsèque* » qui est défini comme des contraintes professionnelles telles que les contraintes de temps, les interruptions, les responsabilités, la charge physique et une exigence croissante du travail.

Récemment, le modèle de Demerouti et al. (2001) couramment nommé JD-R Model (Job demands-resources model) s'inscrit dans la perspective développée par Hobfoll (1989) et fonde son argumentation sur deux processus. Le premier processus, corroborant les recherches antérieures de Karasek (1979) et de Siegrist (1998), postule que les demandes excessives du travail conduisent à une sollicitation trop importante des ressources propres. À terme, elles induisent la mise en échec des stratégies compensatoires et l'épuisement. Le deuxième processus, plus inédit, postule que le manque de ressources, par le fait qu'elles ne permettent plus de répondre aux exigences du travail, entraîne une attitude de retrait qui conduit à un désengagement (Demerouti et al., 2001). Bien que les demandes du travail ne soient pas nécessairement négatives, elles peuvent devenir des facteurs de stress au travail, lorsque la réponse à ces demandes nécessite un effort élevé dépassant les ressources de l'individu (Bakker, Demerouti, De Boer, & Schaufeli, 2003).

Le modèle de JD-R a connu un essor important dans les dernières années et a été l'objet de nombreux travaux empiriques le validant (Vandenberghe, Stordeur, & d'Hoore, 2009 ; Crawford, LePine, & Rich, 2010). Ce modèle convient particulièrement au milieu des soins en raison de la nature très exigeante du travail dans le domaine hospitalier (Haberey-Knuessi, 2011 ; Bakker & Demerouti, 2007 ; Hakanen, Schaufeli, & Ahola, 2008 ; Jourdain & Chênevert, 2010 ; Mauno, Kinnunen, & Ruokolainen, 2007 ; Burke et al, 2012). Suivant l'approche du modèle « *JD-R* », les demandes du travail seront appréhendées dans la présente étude à travers deux dimensions : l'effort extrinsèque et le conflit travail/famille.

4.2.1 Les demandes du travail en termes d'efforts extrinsèques

Parmi les dimensions organisationnelles susceptibles d'influencer le bien-être au travail dans le milieu hospitalier figure l'intensité des demandes du travail (Estryn-Behar & Le-Nezet, 2006 ; Akerstedt, Fredlund, Gillberg, & Jansson, 2002 ; Niedhammer, Tek, Starke, & Siegrist, 2004). Plusieurs études sur le bien-être au travail et la qualité des soins conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS), révèlent que le secteur hospitalier se caractérise globalement par une pénibilité des conditions de travail. Parmi les exigences du travail recensées figurent les contraintes horaires (le travail de nuit et le week-end) ainsi que l'intensification du travail dû à la complexification des situations de soins et le vieillissement de la population générale. Les soignants expérimentent également plus fréquemment le stress dans l'exercice quotidien de leur profession, ce qui conduit à des conséquences sur le bien-être au travail (Acker, 2005 ; Kornig, Levet, & Ghadi, 2016 ; Fillion, Desbiens, & Truchon, 2011 ; Haberey-Knuessi, 2011 ; Moisson-Duthoit, 2016 ; Garrosa, Rainho, Moreno-Jiménez, & Monteiro, 2010 ; Buja, Zampieron, Mastrangelo, Petean, Vinelli, Cerne, & Baldo, 2013).

Le caractère exigeant du travail opérationnalisé par Siegrist (1996) en termes d'effort extrinsèque reflète plusieurs facettes du travail infirmier telles que les contraintes de temps

(ex : horaires décalés et obligation de faire des heures supplémentaires), de rythmes (ex : cadences de travail élevée), les interruptions durant la réalisation des tâches (ex : sollicitations des collègues, des patients ou leurs familles), de lourdes responsabilités professionnelles (ex : l'état critique des patients et la crainte des erreurs médicales), la charge physique (ex : manutention de patients, fréquence des déplacements à pied et le travail en station debout), et des exigences psychologiques croissantes du travail (ex : confrontation à la souffrance et la détresse des patients et leurs familles) (Portes, 2012 ; Lacharme, 2016 ; Pelissier, 2015 ; Phaneuf, 2014 ; Martin & Gadbois, 2004). Ainsi, devoir travailler (trop) vite, de façon hachée, ou subir de nombreuses contraintes de rythme s'est imposé comme une condition fréquente de réalisation des tâches en soins infirmiers, alimentant un diagnostic d'intensification du travail, qui peut s'avérer néfaste pour la santé (Vézina, Bourbonnais, Brisson, & Trudel, 2006).

4.2.1.1 Effort extrinsèque et bien-être au travail dans le contexte infirmier

Parmi les répercussions des demandes du travail les plus traitées dans la littérature figure l'épuisement émotionnel, ce dernier étant l'une des trois dimensions de l'épuisement professionnel ou « *burnout* » (Truchot & Borteyrou, 2010 ; Hellemans & Karnas, 1999 ; Lourel, Abdellaoui, Chevaleyre, Paltrier, & Gana, 2008 ; Stordeur, D'Hoore, & Vandenberghe, 2001 ; Hoonakker, Carayon, & Korunka, 2013). L'épuisement émotionnel renvoie essentiellement à un assèchement et une érosion des ressources émotionnelles causés par d'intenses demandes du travail sollicitant l'individu à la fois psychologiquement et physiquement. Il génère un sentiment d'être « vide », lessivé, éreinté par l'effort au point d'être émotionnellement saturé et incapable de faire face aux contraintes du travail (Kirouac, 2012). Dans le contexte infirmier, l'épuisement émotionnel complique les relations affectives à cause d'une incapacité de partage des émotions, conduisant à un comportement de contrôle, de froideur et une distance avec le patient (Courty, Bouisson, & Compagnone, 2004 ; Canoui & Mauranges, 2008).

Pour comprendre l'épuisement émotionnel, Truchot (2004) préconise de s'intéresser aux causes professionnelles plutôt qu'aux causes personnelles. Dans cette perspective, Demerouti et al. (2001) affirment que de hauts niveaux de demandes du travail seraient fortement corrélés à l'épuisement émotionnel. Concernant le personnel infirmier, plusieurs auteurs pointent les tensions temporelles comme une particularité du métier qui se trouve fortement dommageable en termes d'épuisement émotionnel (Bakker, Killmer, Siegrist, & Schaufeli, 2000 ; De Witte, Moors, Symons, Van der Meeren, & Evers, 2001). En général, le personnel infirmier expérimente un fort niveau de demandes du travail notamment l'intensification des tâches à accomplir dans un laps de temps réduit, la charge physique et la quantité de patients à charge, ce qui engendre le plus souvent l'épuisement émotionnel (Kowalski, Ommen, Driller, Ernstmann, Wirtz, Köhler, & Pfaff, 2010 ; Vignoli, Guglielmi, Bonfiglioli, & Violante, 2016 ;

Doorn, Ruysseveldt, Dam, Mistiaen, & Nikolova, 2016 ; Rathert, Williams, Lawrence, & Halbesleben, 2012 ; Bernez, Batt, Yzoard, Jacob, Trognon, Verhaegen, & Rivasseau-Jonveaux, 2017 ; van der Doef, Mbazzi, & Verhoeven, 2012 ; Van Bogaert, Peremans, Van Heusden, Verspuy, Kureckova, Van de Cruys, & Franck, 2017).

Fort de ce constat, il apparait que le lien entre les demandes du travail en termes d'efforts et l'épuisement émotionnel est bien établi, nous émettons donc l'hypothèse suivante :

Hypothèse 1. L'effort extrinsèque a une relation positive avec l'épuisement émotionnel.

La littérature nous renseigne que d'intenses demandes du travail influent négativement sur la satisfaction au travail dans la profession infirmière (Cortese, Colombo, & Ghislieri, 2010 ; Hayes, Bonner, & Pryor, 2010 ; De-Bonnières, Estryn-Behar, & Lassaunière, 2010 ; Zeytinoglu, Denton, Davies, Baumann, Blythe, & Boos, 2007). La satisfaction au travail est un enjeu majeur pour les professionnels de la santé du monde entier, de par ses répercussions sur la qualité des soins et le bien-être au travail (Van Der Doef, Mbazzi, & Verhoeven 2012). De récentes recensions de la littérature sur la satisfaction au travail dans le contexte infirmier identifient la charge de travail, tant physique que psychologique, comme une importante source d'insatisfaction au travail (McVicar, 2016 ; Randon, 2010 ; Lu, Barriball, Zhang, & While, 2012 ; Han, Trinkoff, & Gurses, 2015). D'autres chercheurs identifient plus spécifiquement l'effort extrinsèque comme déterminant de la satisfaction au travail chez les infirmier-e-s (Jones, Wells, Gao, Cassidy, & Davie, 2013 ; Fillion, Tremblay, Truchon, Côté, Struthers, & Dupuis, 2007 ; Van Bogaert et al., 2017 ; Satoh, Watanabe, & Asakura, 2017).

Estryn-Behar (2004) indiquent que le facteur le plus lié à l'insatisfaction du personnel infirmier concerne la pénibilité physique, avec en particulier la manutention et la posture debout, et la pénibilité psychologique, avec en particulier le manque de temps pour parler aux patients. Dans cette veine, Unruh & Zhang (2011) précise que le nombre de patients à charge, un rythme du travail soutenu et les heures supplémentaires sont les éléments ayant le plus d'influence sur la satisfaction au travail des soignants. Ainsi, sur la base des précédentes considérations, nous formulons l'hypothèse suivante :

Hypothèse 2. L'effort extrinsèque a une relation négative avec la satisfaction au travail.

L'engagement organisationnel affectif, au cœur même de la profession infirmière, occupe une place particulière dans la détermination et l'appréciation de ce métier. L'énergie dégagée par cet engagement permet au professionnel de s'épanouir et d'aller au-delà de ses limites, et contribue ainsi, à l'atteinte des objectifs de l'organisation (Haberey-Knuessi, 2011). L'engagement organisationnel de type affectif reflète un état de force psychologique qui fait appel à l'identification, l'attachement et l'implication émotionnelle perçue par un individu vis-à-vis de son organisation, l'internalisation des valeurs qui caractérisent l'organisation et se traduisant par un sentiment de fierté et un désir d'appartenir à l'organisation (Meyer, Stanley,

Herscovitch, & Topolnytsky, 2002). L'engagement organisationnel affectif est associé à des effets positifs tant pour l'organisation que pour ses membres, dans le contexte infirmier, il est considéré comme une variable importante contribuant au bien-être au travail (Brunetto, Teo, Shacklock, & Farr-Wharton, 2012), au développement des compétences professionnelles (Paillé, 2004) et à une diminution de l'intention de quitter la profession (Battistelli, Portoghese, Galletta, & Pohl, 2013).

Le modèle JD-R affirme que l'engagement organisationnel est une conséquence de la présence de ressources professionnelles dans le milieu de travail. Les demandes du travail, quant à elles, prédiraient les résultats liés à la santé comme l'épuisement professionnel (Demerouti et al., 2001). Cependant, les ressources professionnelles seraient effectivement associées positivement à l'engagement organisationnel, mais les demandes du travail le seraient négativement (Llorens, Bakker, Schaufeli, & Salanova, 2006). Depuis lors, plusieurs études confirment l'effet négatif des demandes du travail sur l'engagement affectif des soignants (Jourdain & Chênevert, 2010 ; Rodwell & Munro, 2013 ; Satoh et al., 2017 ; Clausen & Borg, 2010 ; Ruiller, 2012). Selon Zargar, Vandenberghe, Marchand et BenAyed (2013), l'engagement organisationnel est plus susceptible d'être influencé par l'intensification du travail qui affecte les valeurs morales et éthiques de l'infirmier, mettant ainsi à mal la relation soignante. En effet, d'intenses demandes physiques et psychologiques ne permettent pas aux infirmier-e-s de consacrer le temps qu'il faut au relationnel et dégradent ainsi la relation soignant-soigné, une relation à la base de la satisfaction vis-à-vis de la qualité des soins aux yeux des soignants (Douguet, Munoz, & Leboul, 2005). Ce faisant, sur la base du principe de réciprocité, les infirmier-e-s mettent en cause l'organisation dans la dégradation de la relation soignant-soigné, et répondent par une diminution de l'engagement affectif envers cette organisation (Estryn-Béhar, 2008 ; Converso, Loera, Viotti, & Martini, 2015). De ce constat, nous émettons l'hypothèse suivante :

Hypothèse 3. L'effort extrinsèque est associé négativement à l'engagement organisationnel affectif.

4.2.2 Demandes du travail en termes de conflit travail/famille

Plusieurs chercheurs affirment qu'une conciliation entre la sphère familiale et la sphère professionnelle joue un rôle important dans la détermination du bien-être au travail dans la profession infirmière (Almaiki, 2012 ; Nayeri, Salehi, & Noghabi, 2011 ; Vagharseyyedin, Vanaki, & Mohammadi, 2011 ; Munir, Nielsen, Garde, Albertsen, & Carneiro, 2012). La possibilité de structurer son propre horaire de travail est associée positivement à la satisfaction au travail et à la capacité d'équilibrer la vie au travail avec la vie de famille (Pryce, Albertsen, & Nielsen, 2006).

La profession infirmière se distingue assez nettement de l'ensemble des autres professions par un cumul de contraintes horaires et organisationnelles découlant de la nécessaire prise en charge continue des patients (7 jours sur 7, 24 heures sur 24). En effet, selon l'étude de la DARES menée auprès de 5000 personnels des établissements de santé, les horaires de travail infirmier sont réputés pour leur intensité, cumulant le travail de nuit, les weekends et les jours fériés (Le Lan & Baubeau, 2004). La population infirmière est souvent contrainte par des horaires de travail atypiques, des changements de plannings imprévisibles, l'alternance du travail jour/nuit, une activité le week-end et les jours fériés rendant difficile l'organisation de leur vie de famille (Benligiray & Sönmez, 2012 ; Yildirim & Ayçan, 2008). De plus, l'augmentation des familles biactives (les deux parents travaillent), la monoparentalité et la féminisation de la profession infirmière accentuent l'acuité du conflit travail/famille, puisque les femmes assurent toujours, malgré des évolutions sociétales notables, une part bien plus importante que les hommes du travail domestique (Serrurier, 2002 ; Luk & Shaffer, 2005 ; Camus & Waltisperger, 2009 ; Estryn-Behar, Le-Nézet, & Benmessaoud, 2004).

Cette situation préoccupante est particulièrement problématique dans le secteur de la santé, notamment chez le personnel infirmier (Portoghese, Galletta, & Battistelli, 2011). La difficulté grandissante à concilier le travail et la famille permet de comprendre la recrudescence actuelle d'intention de quitter la profession infirmière (Battistelli et al, 2013). Le conflit entre le travail et la famille (CTF) peut être considéré comme une demande d'emploi faisant partie des principales sources de stress organisationnel (Lourel & Mabire, 2008). Il s'avère que le CTF constitue même, une des sources de stress les plus spécifiques à la profession infirmière (Cascino, Mélan, & Galy, 2016 ; Hoonakker et al., 2013 ; Mauno, Kinnunen, & Ruokolainen, 2006 ; Burke & Greenglass, 2001, Rhnima, Wils, Pousa, & Frigon, 2014 ; Munir et al., 2012).

4.2.2.1 Conflit travail/famille et bien-être dans le contexte infirmier

Dans la profession infirmière, les chercheurs affirment que le CTF est fortement associé négativement à l'épuisement professionnel. Ainsi, plus le CTF est intense, plus cette population expérimente l'épuisement émotionnel (Estryn-Behar, Lassaunière, Fry, & de Bonnières, 2012 ; Fuhrer, Moisson, & Cucchi, 2011 ; Leineweber, Westerlund, Chungkham, Lindqvist, Runesdotter, & Tishelman, 2014 ; Ádám, Györffy, & Susánszky, 2008 ; Halbesleben, Wheeler, & Rossi, 2012 ; Tayfur & Arslan, 2013 ; Boamah & Laschinger, 2016). Dès lors, sur la base de la littérature existante, nous pouvons formuler l'hypothèse suivante :

Hypothèse 4. Le conflit travail/famille est positivement lié à l'épuisement émotionnel.

La satisfaction au travail et l'engagement envers l'organisation se trouvent également négativement liés au conflit travail/famille (Battistelli et al., 2013). En effet, l'individu se

trouvant dans cette situation de conflit aura moins de possibilités de récupérer après une journée au travail ce qui aura pour conséquence d'aggraver le stress perçu au travail, étant donné que la vie de famille est l'une des sphères les plus importantes dans le processus de récupération (Lingard & Francis, 2005). En conséquence, plusieurs études confirment l'effet négatif du conflit travail/famille sur la satisfaction au travail dans la profession infirmière (Portoghese et al., 2011 ; Hoonakker et al., 2013 ; Cortese et al., 2010 ; Estryn-Behar et al., 2012 ; Unruh, Raffenaud, & Fottler, 2016 ; Buonocore & Russo, 2013 ; Makabe, Takagai, Asanuma, Ohtomo, & Kimura, 2015). Nous pouvons ainsi, formuler l'hypothèse suivante :

Hypothèse 5. Le conflit travail/famille est associé négativement à la satisfaction au travail.

L'engagement organisationnel affectif trouve ses sources dans la théorie de l'échange social de Blau (1964) et la norme de réciprocité de Gouldner (1960). En effet, plus l'individu valorise les conditions de travail offertes par l'organisation, plus il sera disposé à rendre la réciprocité par de meilleures attitudes au travail, notamment par un plus grand attachement émotionnel envers son organisation et l'intention de demeurer en son sein (Meyer & Allen, 1997). Dans ce sens, cette perception positive de l'organisation est susceptible d'être corrompue par une tension résultant d'un conflit travail/famille. En effet, la population infirmière perçoit le travail en milieu hospitalier comme étant la source de cette tension résultant du conflit travail/famille (Tremblay & Larivière, 2009). Ainsi, par un processus d'attribution causale, les réactions attitudeles négatives s'orientent vers le domaine perçu comme étant la cause du problème (Amstad, Meier, Fasel, Elfering, & Semmer, 2011), d'où la diminution de l'implication envers l'organisation dans la mesure où l'individu identifiera l'organisation comme source des contraintes et du conflit avec sa vie familiale (Reichl, Leiter, & Spinath, 2014).

Bon nombre de recherches empiriques confirment effectivement que le CTF est associé à une diminution de l'engagement affectif envers l'organisation (Wayne, Casper, Matthews, & Allen, 2013 ; Casper, Harris, Taylor-Bianco, & Wayne, 2011 ; Akintayo, 2010 ; Treadway, Duke, Perrewé, Breland, & Goodman, 2011). De même que pour le personnel infirmier ou plusieurs études confirment cette relation (Ruiller, 2012 ; Benligiray & Sönmez, 2012 ; Battistelli et al., 2013 ; Akintayo, 2010 ; Nelson, 2012 ; Flinkman, Laine, Leino-Kilpi, Hasselhorn, & Salanterä, 2008 ; Benligiray & Sönmez, 2012 ; Buonocore & Russo, 2013). Par conséquent, sur la base des précédentes considérations, nous formulons l'hypothèse suivante :

Hypothèse 6. Le conflit travail/famille est associé négativement à l'engagement organisationnel de type affectif.

4.3 Le soutien émotionnel perçu du supérieur (SESP) : une ressource au service du bien-être au travail dans le contexte infirmier

Le concept « soutien du supérieur perçu » fait directement référence à la notion de ressources à travers des dimensions liées à la reconnaissance, la valorisation ou la considération du travailleur, des aspects souvent reconnus à l'heure actuelle, dans le discours des salariés et/ou dans les pratiques prônées dans les organisations (Pohl, Bertrand, & Ergen, 2016). Le milieu hospitalier caractérise de manière exemplaire la dynamique et les enjeux du management de proximité à travers une décentralisation croissante (Battistelli, Galletta, Vandenberghe, & Odoardi, 2015 ; Estryn-Behar et al., 2007 ; Jones et al, 2013 ; Li, Shaffer, & Bagger, 2015).

Le soutien perçu du supérieur perçu (SSP) se réfère aux croyances des employés quant à la mesure selon laquelle leur superviseur se préoccupe de leur bien-être et apprécie leur contribution aux résultats du travail (Golden & Veiga, 2008). Issu du concept du soutien organisationnel perçu (Eisenberger, Huntington, Hutchison, & Sowa, 1986), le soutien perçu du supérieur prend ses racines dans la théorie de l'échange social et se base sur la norme de réciprocité. De par ce processus d'échange social, l'employé qui perçoit un soutien de la part de son supérieur hiérarchique, ressentira le besoin de s'investir en retour envers l'organisation (Rhoades & Eisenberger, 2002). La perception du SSP est le facteur le plus significatif dans la construction de la perception du soutien organisationnel (Rhoades & Eisenberger, 2002).

Dans le contexte infirmier, le SSP est souvent lié à des résultats positifs au niveau personnel et organisationnel. Le SSP contribue à une diminution de l'épuisement émotionnel (Willemse, de Jonge, Smit, Depla, & Pot, 2012 ; Jourdain & Chênevert, 2010 ; Weigl, Stab, Herms, Angerer, Hacker, & Glaser, 2016), à une plus grande satisfaction au travail (Willemse et al., 2012 ; Pisanti, van der Doef, Maes, Lazzari, & Bertini, 2011 ; Rodwell & Munro, 2013), et à une augmentation de l'engagement affectif envers l'organisation (Armstrong-Stassen & Schlosser, 2010 ; Ruiller & Van Der Heijden, 2016 ; Doucet, Simard, & Tremblay, 2008). Par ailleurs, les demandes du travail par leurs caractères exigeants, notamment les demandes psychologiques du travail infirmier se trouvent être négativement liées avec le SSP (Leroy-Frémont, Desrumaux, & Moundjiegout, 2014 ; Willemse et al., 2012 ; Jourdain & Chênevert, 2010 ; McCarthy, Power, & Greiner, 2010 ; Weigl et al., 2016 ; Hansez, Stinglhamber, & Hanin, 2008 ; Jones et al., 2013). Parmi les demandes du travail spécifiquement problématiques dans la profession infirmière, le conflit travail/famille se trouve lui aussi être négativement lié au SSP (Jourdain & Chênevert, 2010 ; Casper et al., 2011 ; Van der Heijden et al., 2009 ; Hansez et al, 2008 ; Cortese et al., 2010).

Le SSP distingue deux composantes, émotionnelle et instrumentale (Pohl & Galletta, 2017). Le soutien instrumental du supérieur hiérarchique correspond à des comportements

d'aide, souvent formels, qui survient en réponse à un besoin exprimé (par exemple : aide technique, clarifications et conseils, informations et commentaires sur le travail), alors que le soutien émotionnel revêt un caractère informel et répond également à un besoin mais se manifeste autrement que le soutien instrumental, soit par l'empathie, l'attention, la confiance et l'estime (Saint-Onge, Haines, & Sevin, 2000).

Notre vision tend à conceptualiser le soutien émotionnel perçu du supérieur (SESP), en jouxtant la conceptualisation d'Eisenberger, Armeli, Rexwinkel, Lynch, & Rhoades. (2001) et de Pohl & Galletta (2017), comme étant la perception du salarié de la mesure dans laquelle son supérieur hiérarchique le soutient émotionnellement, c'est-à-dire se préoccupe de son bien-être, lui exprime des affects positifs et apporte des sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort. Il est examiné dans la présente étude comme une ressource organisationnelle. Dans cette perspective, l'individu fait plus facilement face aux exigences de travail importantes s'il estime bénéficier d'un soutien émotionnel de son chef valorisant ainsi, ses efforts au travail et sa contribution dans la réalisation des objectifs de l'organisation. L'étude de Pohl et Galletta (2017) compte parmi les rares ayant exploré, à travers une population infirmière, le rôle du soutien organisationnel du supérieur de type émotionnel, les résultats de l'étude indiquent que les infirmières ayant un haut niveau d'engagement au travail affichaient des niveaux élevés de satisfaction au travail, et que cette relation était plus forte, lorsque le soutien émotionnel du superviseur au niveau du groupe était élevé. Les auteurs concluent que le soutien émotionnel du supérieur apparaît comme un moyen efficace d'améliorer le bien-être des infirmières.

Compte tenu de la rareté des études ayant traité le soutien émotionnel du supérieur, nous citons d'autres études ayant examiné le rôle du (SSP) comme ressource du travail. Ainsi, plusieurs études confirment l'effet buffer (modérateur) du soutien du superviseur entre les demandes du travail et l'engagement affectif et la satisfaction au travail dans la profession infirmière (Willemse et al., 2012 ; Rodwell, & Munro, 2013 ; Han et al., 2015 ; Jones et al., 2013 ; Brunetto, Shriberg, Farr-Wharton, Shacklock, Newman, & Dienger, 2013). On remarque, à travers la littérature, que le SSP est souvent considéré comme un modérateur, c'est aussi la position adoptée par plusieurs théories appliquées au stress au travail, qui prédisent un effet modérateur du soutien dans la relation entre les demandes de travail et le bien-être des travailleurs (Devereux, Hastings, Noone, Firth, & Totsika, 2009). Des études suggèrent que le manque de soutien empirique de l'hypothèse tampon du SSP dans le modèle DCS de Karasek et Theorell (1990) par exemple, pourrait en partie provenir de la nature médiatrice du soutien du supérieur, un schéma tant négligé, bien que souligné dans des recherches antérieures (Blanch, 2016 ; Baker, Israel, & Schurman, 1996 ; Daniels & Guppy, 1994 ; (De Jonge & Kompier, 1997 ; Van der Doef & Maes, 1998).

Pour ce faire, la version révisée du modèle JD-R, explique, contrairement aux modèles précédents (DCS et ERI par exemple), les interactions entre les demandes, ressources et le bien-être au travail à travers des mécanismes médiateurs (Schaufeli & Taris, 2014). Deux principaux mécanismes sont explicités : (1) le « processus de dégradation de la santé » conçoit le rôle médiateur de l'épuisement professionnel dans la relation entre les demandes et le bien-être au travail ; alors que (2) le « processus motivationnel » place l'engagement au travail comme mécanisme explicatif de la relation entre les ressources et le bien-être au travail. Ce dernier processus est expliqué par Schaufeli et Taris (2014) sur la base du pouvoir de motivation intrinsèque des ressources, comme le SSP, qui contribue à satisfaire les besoins fondamentaux d'autonomie, de relationnel et de compétence, ce qui stimulent un état d'esprit positif et satisfaisant lié au travail (c'est-à-dire l'engagement au travail), qui à son tour, favorise le bien-être au travail. Dans cette continuité, une suite logique peut être avancée qui tend vers l'influence des demandes du travail sur le SSP, qui à son tour influence le bien-être au travail.

Ainsi, le soignant en difficulté face aux demandes du travail percevra une perte éminente de ses ressources et cherchera à préserver ses ressources restantes ou à en acquérir de nouvelles afin de pouvoir faire face à ces demandes (Hobfoll & Shirom, 2001). Pour ce faire, cette recherche de ressources est plus susceptible d'être orientée vers le supérieur hiérarchique, un acteur de l'organisation qui détient une double casquette : celle du soignant expérimenté qui est plus susceptible de comprendre les difficultés professionnelles, psychologiques et familiales que les infirmier(e)s endurent ; et celle du représentant de l'organisation disposant des moyens et des capacités pour pouvoir fournir des ressources adéquates. Dans ce sens, les résultats d'une étude méta-analytique démontrent qu'un soutien spécifique (soutien par rapport aux difficultés familiales) de la part du supérieur été négativement lié au conflit travail/famille (Kossek, Pichler, Bodner, & Hammer, 2011). Aydin & Basim (2017) démontrent que le SSP médiatise la relation entre les tensions, la charge et l'ambiguïté de rôle et le bien-être au travail. Bobbio, Bellan et Manganelli, (2012) à travers une étude sur une population infirmière, concluent que les comportements de soutien du supérieur caractérisés par une préoccupation des problèmes personnels et du bien-être des membres du groupe de travail, renforcent la confiance du groupe envers le supérieur et diminue ainsi, l'épuisement émotionnel. Le SSP s'avère aussi être un médiateur dans la relation entre le conflit travail/famille et l'épuisement émotionnel (Blanch & Aluja, 2012). Spécifiquement dans le contexte infirmier, Cortese et al. (2010) dénonce le nombre limité d'études menées sur le conflit travail/famille dans ce contexte, et plaident pour une portée plus élargie de la recherche, incluant notamment le SSP qui se trouve être, dans leur étude, une importante ressource face au conflit travail/famille.

D'autre part, bien que le concept du SSP depuis son introduction, son opérationnalisation à sa consolidation pleinement avérée (Shanock & Eisenberger, 2006 ; Boyer & Edmondson, 2015 ; Ng & Sorensen, 2008), la nature du SSP demeure peu exploré (Ruiller, 2008). A ce stade de la compréhension du concept, il s'agit de savoir comment la forme émotionnelle du soutien perçu du supérieur explique la relation entre les demandes du travail et le bien-être au travail. Schaufeli (2017) précise dans le cadre du modèle JD-R que les demandes du travail influence négativement le bien-être au travail seulement si les ressources sont insuffisantes, mais les ressources peuvent influencer positivement le bien-être au travail même si les demandes du travail sont intenses. C'est-à-dire que plus les exigences du travail sont intenses, plus les ressources sont déterminantes pour le bien-être au travail (Bakker, Hakanen, Demerouti, & Xanthopoulou, 2007). Dans ce cas, Rasclé et Irachabal (2001), expliquent que : « *la variable médiatrice transforme l'évaluation première de l'événement stressant et l'émotion qui l'accompagne (effet feedback)* » (p. 106). La perception de l'intensité des demandes du travail infirmier conditionné le SESP, qui conditionne à son tour le degré du bien-être au travail. Empiriquement, comme nous l'avons vu plus haut, le SSP démontre des liens négatifs avec les demandes du travail, et positifs avec le bien-être au travail. Ainsi, face à d'intenses demandes du travail, l'individu percevant un soutien émotionnel de la part de son supérieur, aura tendance à interagir avec ces demandes en termes de défis à relevés (Zhou, Martinez, Ferreira, & Rodrigues, 2016), ou la façon d'y faire face, valorisée par le supérieur hiérarchique, se traduit par un regain d'engagement et de satisfaction au travail (Demerouti & Bakker, 2011). Sur la base des arguments ci-dessus, nous supposant que la forme émotionnelle du soutien perçu du supérieur médiatise la relation entre les demandes du travail et le bien-être dans la profession infirmière. Nous formulons donc les hypothèses suivantes :

- *Hypothèse 7a.* Le soutien émotionnel du supérieur hiérarchique médiatise la relation entre l'effort extrinsèque et l'épuisement émotionnel
- *Hypothèse 7b.* Le soutien émotionnel du supérieur hiérarchique médiatise la relation entre l'effort extrinsèque et la satisfaction au travail
- *Hypothèse 7c.* Le soutien émotionnel du supérieur hiérarchique médiatise la relation entre l'effort extrinsèque et l'engagement affectif
- *Hypothèse 8a.* Le soutien émotionnel du supérieur hiérarchique médiatise la relation entre le conflit travail/famille et l'épuisement émotionnel
- *Hypothèse 8b.* Le soutien émotionnel du supérieur hiérarchique médiatise la relation entre le conflit travail/famille et la satisfaction au travail
- *Hypothèse 8c.* Le soutien émotionnel du supérieur hiérarchique médiatise la relation entre le conflit travail/famille et l'engagement affectif.

4.4 Méthode

4.4.1 Echantillon et procédure

L'échantillon est composé de personnel infirmier de différentes sous catégories socioprofessionnelle (Infirmier de santé publique, infirmier spécialiste de santé publique, auxiliaire médical d'anesthésie réanimation et aide-soignant) travaillant dans deux hôpitaux d'Alger à savoir, les centres hospitaliers universitaire Isaad Hassani et Mohammed Lamine Debaghine.

Les participants ont été invités sur base volontaire à remplir un questionnaire papier proposé en deux langues : française et arabe. Pour assurer l'exactitude de la traduction littérale, une bonne adaptation au contexte culturel, aux habitudes de vie et aux idiomes de la population cible a été réalisée selon les recommandations de Guillemain, Bombardier, & Beaton (1993). Le questionnaire a été traduit par des spécialistes en traduction et validé par cinq professeurs de psychologie du travail et des organisations de l'Université d'Alger.

La présentation de la démarche leur a été faite à partir d'une note explicative figurant à la première page du questionnaire. La consigne qui leur a été donnée était de remplir le questionnaire en leur rappelant l'anonymat du questionnaire, mais également la confidentialité dans le traitement des données. La distribution, le remplissage et la collecte des questionnaires se sont effectués sur leur lieu de travail avec le concours des infirmier-e-s coordinateurs-(trice). Les questionnaires remplis ont été retournés dans une boîte verrouillée.

Le nombre de questionnaires distribués est de 990 dont 522 questionnaires complétés et valides, ce qui correspond à un taux de réponse de 52,72%. La composition de l'échantillon est la suivante : 78.7 % des répondants sont de sexe féminin dont 82.5 % sont en couple, et seulement 21.3 % du sexe masculin dont 65.8 % étaient en couple. L'âge minimum est de 19 ans alors que l'âge maximum est de 60 ans, avec une moyenne d'âge est de 38 ans. Concernant l'expérience dans la profession, la minimale est de 1 an, alors que la maximale est de 40 ans, avec une moyenne d'expérience de 13 ans.

4.4.2 Mesures

Le soutien émotionnel perçu du supérieur : six items adaptés de l'échelle du soutien organisationnel du supérieur perçu de Pohl et Galletta (2017) ont été utilisés. Cette échelle fut adaptée de l'échelle du soutien organisationnel perçu de d'Eisenberger, Stinglhamber, Vandenberghe, Sucharski et Rhoades (2002). Comme Pohl et Galletta (2017), de manière à décrire le soutien émotionnel, par exemple, « Mon supérieur essaie de faire le nécessaire pour m'aider à gérer mes émotions avec les patients ». Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : *pas du tout d'accord*, à 5 : *Tout à fait d'accord*.

L'épuisement émotionnel : le Maslach Burnout Inventory for human services professions « MBI-HSS » de Maslach, Jackson et Leiter, (1996) validé en langue française

par Truchot, Lheureux, Borteyrou et Rasclé (2012) a été utilisé. Cette échelle à neuf items vise à évaluer le degré d'épuisement émotionnel en situation de travail tel que : « Je me sens frustré par mon travail » et « Travailler en contact direct avec d'autres personnes représente pour moi un stress très intense ». Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : *très rarement/jamais* à 5 : *très souvent*.

L'engagement affectif : l'échelle OCQ (Organizational Commitment Questionnaire) de Meyer et Allen, (1997) validée en langue française par Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe (2002) a été utilisée. Cette échelle comprend six items. Un exemple d'items : « Je ressens vraiment les problèmes de mon organisation comme si c'était les miens » et « J'éprouve vraiment un sentiment d'appartenance à mon organisation ». Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : *pas du tout d'accord* à 5 : *Tout à fait d'accord*.

La satisfaction au travail : le Michigan Organizational Assessment Questionnaire « MOAQ-JSS » (Cammann, Fichman, & Klesh, 1983) a été utilisé. Cette échelle à trois items permet de mesurer la satisfaction globale envers le travail, l'échelle a été traduite et validée en milieu francophone (Molines, 2014 ; El Akremi, Nasr, & Richebé, 2014). Un exemple d'item : « Globalement, je suis satisfait de mon travail ». Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : *pas du tout d'accord* à 5 : *Tout à fait d'accord*.

Le conflit travail/famille : l'échelle d'Anderson, Coffey et Byerly (2002), composée de cinq items a été utilisée. Il n'existe pas de validation en langue française. Néanmoins, cette échelle a été utilisée par Closon (2009) sur une population infirmière francophone, le coefficient alpha obtenu été de 0,91. Cette échelle permet de mesurer la perception de la mesure dans laquelle un travail interfère avec la vie de famille. Des exemples d'items : « J'ai été incapable de mener à bien des tâches chez moi à cause de mon travail » et « J'ai manqué de temps pour ma famille et mes amis à cause de mon travail ». Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : *très rarement/jamais* à 5 : *très souvent*.

Les efforts extrinsèques : six items issus de l'échelle « *Effort-Reward Imbalance mode* » de Siegrist (1996) permettent de mesurer l'effort perçu au travail. La traduction, la validation et les qualités psychométriques de la version française ont été établies (Niedhammer, Siegrist, Landre, Goldberg, & Leclerc, 2000). Des exemples d'items : « Je suis constamment pressé par le temps à cause d'une forte charge de travail » et « Je suis fréquemment interrompu et dérangé dans mon travail ». Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : *très rarement/jamais* à 5 : *très souvent*.

4.4.3 Considération éthique de la recherche

L'approbation de la recherche a été obtenue par le comité d'éthique de l'Université Libre de Bruxelles selon le code de déontologie de l'association médicale mondiale (Déclaration d'Helsinki). Le consentement formel pour mener l'étude a été obtenu auprès des deux établissements hospitaliers cibles après approbation de leur conseil scientifique.

4.5 Résultats

Dans ce qui suit, nous allons présenter les résultats des analyses exploratoires, corrélationnelles et structurelles traitées avec les logiciels SPSS 21 et Mplus 7.3 (Muthén & Muthén, 2012). Dans un premier temps, nous avons vérifié les propriétés psychométriques des mesures utilisées à l'aide des analyses factorielles confirmatoires (CFA). Ensuite, nous avons testé un modèle en équations structurelles (SEM) pour tester le rôle médiateur du soutien émotionnel du supérieur comme ressource dans les relations entre, d'une part, les demandes du travail (l'effort extrinsèque et le conflit travail/famille), et d'autre part, l'épuisement émotionnel, la satisfaction au travail et l'engagement affectif comme résultats (voir figure 4.1).

4.5.1 Analyses confirmatoires

Afin d'analyser les propriétés psychométriques des mesures utilisées, nous avons conduit des analyses factorielles confirmatoires (CFA) en testant trois modèles (voir tableau 4.1). Notre modèle à six facteurs indépendants (effort extrinsèque, conflit travail/famille, soutien émotionnel perçu du supérieur, épuisement émotionnel, satisfaction au travail et engagement affectif) a été comparé avec deux modèles alternatifs, dont un premier modèle à trois facteurs indépendants : (F1 : effort extrinsèque et conflit travail/famille), (F2 : satisfaction au travail, épuisement émotionnel et engagement affectif), (F3 : soutien émotionnel perçu du supérieur) ; et un deuxième modèle dans lequel les six échelles de mesures utilisées ont été chargées sur un facteur commun.

Tableau 4.1. Analyse factorielle confirmatoire du modèle de mesure (N = 522)

Modèles de mesures	χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	AIC
Modèle de mesure à six facteurs	1311.3	540	.94	.93	.05	.05	41877.1
Modèle de mesure à quatre facteurs	4533.8	557	.67	.64	.12	.17	47254.4
Modèle de mesure à un facteur commun	7680.9	560	.40	.36	.16	.17	52772.1

Les résultats indiquent que le modèle de mesure global à six facteurs indépendants s'ajuste bien aux données, ce qui confirme la structure factorielle du modèle de mesure.

4.5.2 Statistiques descriptives

Les moyennes, écarts types, les corrélations et les scores de fiabilité interne des variables mesurées sont présentés dans le tableau 3. Les indices de cohérence interne (alpha de

Cronbach) pour les mesures sont acceptables, allant de .71 à .98. Les coefficients de corrélations indiquent que l'effort extrinsèque est positivement corrélé avec l'épuisement émotionnel ($r = .31, p < .01$), et négativement avec la satisfaction au travail ($r = -.17, p < .01$) et l'engagement affectif ($r = -.24, p < .01$). Le conflit travail/famille est aussi positivement corrélé avec l'épuisement émotionnel ($r = .62, p < .01$), et négativement avec la satisfaction au travail ($r = -.40, p < .01$) et l'engagement affectif ($r = -.30, p < .01$). Ces coefficients de corrélations sont plus élevés comparé à l'effort extrinsèque, et ce, bien que la moyenne du conflit travail/famille est moins forte ($M = 2.93, SD = 1.29$) que celle de l'effort extrinsèque ($M = 4.04, SD = .85$). Le soutien émotionnel du supérieur (SESP) présente des coefficients de corrélations significatifs ($p < .01$) et positifs avec la satisfaction au travail et l'engagement affectif, et négatifs avec l'épuisement émotionnel, l'effort extrinsèque et le conflit travail/famille. Ces résultats préliminaires vont dans la direction de nos hypothèses.

Tableau 4.2. Statistiques descriptives

	M	ET	1	2	3	4	5	6
1. Effort extrinsèque	4.04	.85	(.87)					
2. Conflit travail/famille	2.93	1.29	.23**	(.96)				
3. Soutien émotionnel perçu du supérieur	3.12	1.45	-.23**	-.45**	(.98)			
4. Epuisement émotionnel	2.89	1.16	.31**	.62**	-.57**	(.95)		
5. Satisfaction au travail	4.25	.92	-.17**	-.40**	.44**	-.48**	(.71)	
6. Engagement affectif	3.64	1.12	-.24**	-.30**	.51**	-.46**	.39**	(.96)

$N = 522, M =$ Moyenne, $SD =$ écart-type. Coefficients alphas entre parenthèses. ** $p < 0,01$

4.5.3 Test des hypothèses

Le modèle testé avec les coefficients standardisés est présenté dans la Figure 4.1. Les valeurs des indices d'ajustement obtenues confirment que nos données s'ajustent correctement au modèle théorique suggéré : χ^2/ddf égal (1311.3/540, $p < .001, N = 522$) ; $RMSEA = .05$; $CFI = .94$; $TLI = .93$ et $SRMR = .05$.

Tableau 4.3. Liens directs et indirects (médiateurs) entre les demandes et le bien-être au travail

Variables dépendantes	Epuisement émotionnelle		Satisfaction au travail		Engagement affectif		SESP		
	β	p	β	p	β	p	β	p	
Effort extrinsèque	.15	.001	-.04	.345 ^{ns}	-.16	.001	-.15	.001	Liens directs
Conflit travail/famille	.43	.001	-.27	.001	-.04	.181 ^{ns}	-.41	.001	
SESP	-.35	.001	.40	.001	.44	.001			
VI sur VD via SESP									Liens indirects
Effort extrinsèque	.05	.004	-.06	.003	-.02	.002			
Conflit travail/famille	.14	.001	-.17	.001	-.18	.001			

L'hypothèse 1 postule que l'effort extrinsèque est associé positivement à l'épuisement émotionnel. Cette hypothèse est vérifiée. Le modèle fait ressortir une relation directe et positive entre l'effort extrinsèque et l'épuisement émotionnel ($\beta = .15$; $p < .001$). Selon l'hypothèse 2, l'effort extrinsèque devait être associé négativement à la satisfaction au travail. Cette hypothèse est infirmée, les résultats indiquent que le lien direct entre l'effort et la satisfaction au travail ($\beta = -.04$; $p > .05$) est statistiquement non significatif. Concernant l'hypothèse 3, il était prévu une relation négative entre l'effort extrinsèque et l'engagement affectif. Cette hypothèse est validée. Les résultats confirment l'existence d'un lien direct et négatif entre l'effort et l'engagement affectif ($\beta = -.16$; $p < .001$).

Concernant le conflit travail/famille, les liens avec les variables dépendantes sont plus élevés comparé à l'effort extrinsèque. Conformément à l'hypothèse 4 qui postule une relation positive entre le conflit travail/famille et l'épuisement émotionnel, les résultats démontrent un lien direct et positif ($\beta = .43$, $p < .001$). L'hypothèse 5 qui postule une relation négative entre le conflit travail/famille et la satisfaction au travail, est également confirmée ($\beta = -.27$, $p < .001$). Par contre, l'hypothèse 6 qui prévoyait une relation négative entre le conflit travail/famille et l'engagement affectif, les résultats démontrent l'absence de relation ($\beta = -.04$; $p > .05$). L'hypothèse 6 est donc infirmée.

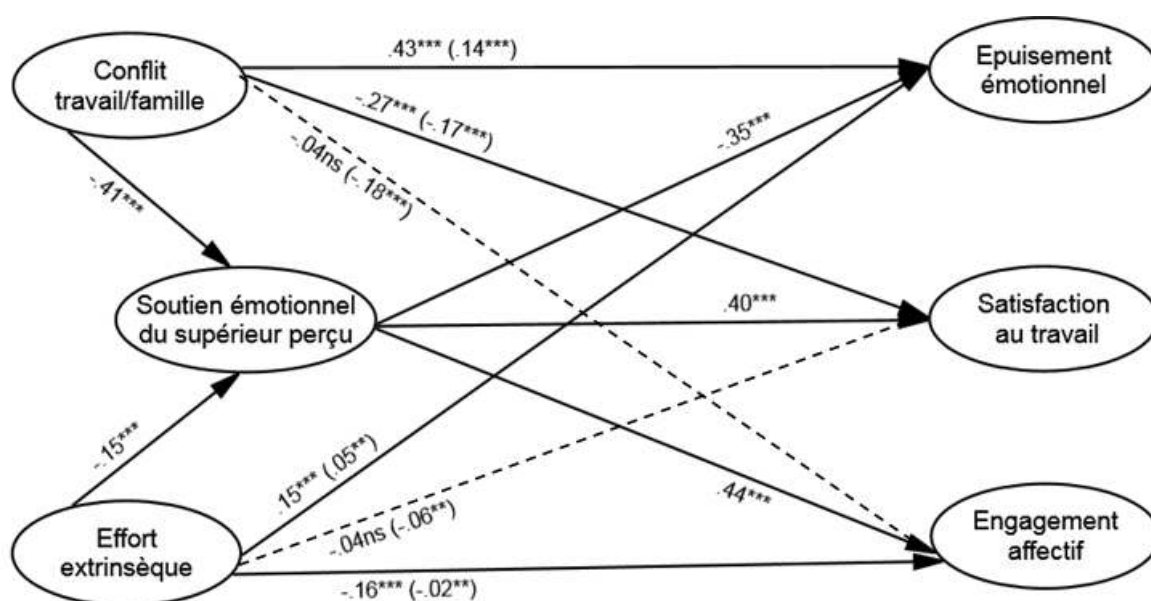


Figure 4.1. Effet médiateur du SESP dans la relation entre les demandes et le bien-être au travail

Note. Coefficients standardisés, «**» $p < .01$, «***» $p < .001$. (-----)=liens non significatifs. ()=effets médiateurs via le SESP.

Notre étude prévoit également un effet médiateur du soutien émotionnel perçu du supérieur (SESP) dans la relation entre les demandes du travail et les variables dépendantes. Les

résultats vont dans le sens de nos hypothèses. L'hypothèse 7a prévoit un effet médiateur du SESP dans la relation entre l'effort extrinsèque et l'épuisement émotionnel. Cette hypothèse est confirmée. En effet, les résultats confirment l'existence d'une médiation partielle du SESP, de sorte qu'une partie de l'effet direct entre l'effort extrinsèque et l'épuisement émotionnel ($\beta = .15, p < .001$) transite par le SESP ($\beta = .05, p < .01$). L'hypothèse 7b qui postule un effet médiateur du SESP dans la relation entre l'effort extrinsèque et la satisfaction au travail est confirmée. Les résultats démontrent que le SESP médiatise totalement cette relation, la relation non significative entre l'effort extrinsèque et la satisfaction au travail ($\beta = -.04 ; p > .05$) devient significative à travers le SESP ($\beta = -.06, p < .01$). L'hypothèse 7c qui postule un effet médiateur du SESP dans la relation entre l'effort extrinsèque et l'engagement affectif est également confirmée. Une partie de l'effet direct de l'effort extrinsèque sur l'engagement affectif ($\beta = -.16 ; p < .001$) passe indirectement par le SESP ($\beta = -.02 ; p < .01$), indiquant ainsi une médiation partielle.

Enfin, les résultats confirment aussi le rôle médiateur du SESP dans la relation entre le conflit travail/famille et les variables dépendantes. En effet, l'hypothèse 8a qui postulait un effet médiateur du SESP dans la relation entre le conflit travail/famille et l'épuisement émotionnel est confirmée. Le modèle nous renseigne que l'effet direct du conflit travail/famille sur l'épuisement émotionnel ($\beta = .43 ; p < .001$) est partiellement médié par le SESP ($\beta = .14 ; p < .001$). L'hypothèse 8b qui postulait que le SESP médiatise la relation entre le conflit travail/famille et la satisfaction au travail est aussi confirmée. En effet, en présence du SESP dans le modèle, l'effet direct entre le conflit travail/famille et la satisfaction ($\beta = -.27 ; p < .001$) est partiellement médié ($\beta = -.17 ; p < .001$). Enfin, l'hypothèse 8c qui postule un rôle médiateur du SESP dans la relation entre le conflit travail/famille et l'engagement affectif est aussi confirmée. Les résultats confirment que le SESP médiatise totalement cette relation, de sorte que l'effet direct non significatif entre le conflit travail/famille et l'engagement affectif ($\beta = -.04 ; p > .05$), transite totalement à travers le SESP ($\beta = -.18 ; p < .001$).

4.6 Discussion

Basée sur le modèle JD-R de Demerouti et al. (2001), notre premier objectif a été d'étudier la relation entre l'effort extrinsèque, le conflit travail/famille et les résultats en terme d'épuisement émotionnel, la satisfaction au travail et l'engagement affectif. Quant aux ressources, notre modèle met en avant l'importance du soutien du supérieur perçu de type émotionnel, une facette du soutien du supérieur peu investiguée. Questionner le rôle médiateur du soutien émotionnel perçu du supérieur dans la relation entre les demandes et les résultats constitue notre deuxième objectif.

4.6.1 Les relations directes entre les demandes du travail et bien-être au travail

Tout d'abord, nos résultats dévoilent que la population de l'étude est particulièrement assujettie à l'effort extrinsèque, ce résultat confirme le caractère exigeant de la profession infirmière en concordance avec plusieurs études (Hachelafi, Bouameur, Chergue, & Fyad, 2011 ; Hasselhorn, Tackenberg, & Peter, 2004). Le conflit travail/famille présente aussi une moyenne relativement élevée, notamment celle du sexe masculin (M : 3.04). Ce résultat pourrait traduire une nouvelle dynamique de la société algérienne qui, par le passé, se caractérisait par un style exclusivement patriarcale, tend ces dernières années vers une ouverture et une réorientation sociétale due à la mondialisation et l'ouverture internationale, ou les hommes assument de plus en plus leurs responsabilités familiales (Abdelhak, 2014 ; Hachelafi et al., 2011).

Concernant la relation entre les demandes et le bien-être travail : l'effort extrinsèque a une relation négative avec l'épuisement émotionnel et l'engagement affectif. Ces résultats confortent nos hypothèses et concordent avec beaucoup d'études existantes dans la littérature spécifique à la population infirmière (Leka, Hassard, & Yanagida, 2012 ; Laschinger, Grau, Finegan, & Wilk, 2012 ; Hu, Schaufeli, & Taris, 2011 ; Benmessaoud & Lamara-Mahamed, 2014 ; Schulz, Damkröger, Heins, Wehlitz, Löhr, Driessen, & Wingenfeld, 2009 ; Tummers & Den Dulk, 2013). S'agissant du personnel soignant, les chercheurs démontrent que l'insatisfaction au travail et un manque d'engagement du personnel infirmier est lié à une moindre qualité des soins dispensés aux patients (Maes, Fontanaud, & Pronost, 2010 ; Liu, Bartram, Casimir, & Leggat, 2015).

De tels résultats peuvent découler des récentes restructurations du secteur hospitalier qui, à travers l'introduction de diverses mesures censées améliorer la qualité des soins, ont intensifié le travail des soignants, notamment à cause des mesures de rationalisation des effectifs dans un contexte de maîtrise budgétaire, (Bourbonnais, Brisson, Malenfant, & Vézina, 2005). Réorientant ainsi, la vision du « *care* » centrale dans la profession infirmière vers une voie « *cure* » ou la technicité prime, l'attention que l'infirmier souhaite apporter aux patients est souvent mise entre parenthèses par manque de temps. Un appauvrissement de la relation soignant/soigné vient dégrader la qualité des soins aux yeux des soignants (Douguet et al., 2005), se traduisant par un désengagement affectif envers l'organisation, désignée comme responsable de cette situation d'intensification du travail et un épuisement émotionnel traduisant cette perte vocationnelle avec les patients. Ainsi, les tensions psychologiques induites par d'intenses demandes du travail interfèrent négativement avec les attitudes des soignants vis-à-vis du travail et de l'organisation, dénature la relation soignant/soigné et remet en question le sentiment d'auto-performance (Douguet et al., 2005).

Cependant, le modèle de l'étude fait ressortir une absence de relation entre l'effort extrinsèque et la satisfaction au travail. Bien que ce résultat vient à l'encontre de plusieurs recensements de littérature effectués sur la population infirmière (McVicar, 2016 ; Randon, 2010 ; Lu et al., 2012 ; Negussie & Kaur, 2016 ; Chen, Brown, Bowers, & Chang, 2015 ; Han et al., 2015), quelques études confirment l'absence de relation entre ces deux variables (van der Doef et al., 2012 ; Gelsema, Van Der Doef, Maes, Akerboom, & Verhoeven, 2005; De Lange, Taris, Kompier, Houtman, & Bongers, 2004). D'ailleurs, Adriaenssens, De Gucht, Van Der Doef et Maes (2011) expliquent l'absence de relation entre les exigences du travail et la satisfaction au travail sur la base du processus motivationnel du modèle JDR, par le fait que les exigences, peuvent être vécues comme un défi (source de motivation) si elles ne dépassent pas les ressources de l'individu. Ainsi, les demandes du travail peuvent être vécues par les soignants de différentes manières selon la pertinence et la disponibilité des ressources. Des ressources comme le soutien émotionnel perçu du supérieur qui, comme nous allons le voir plus bas, peut expliquer, par son effet médiateur, cette absence de lien.

Concernant le conflit travail/famille, le modèle de l'étude confirme nos hypothèses relatives à l'effet négatif du conflit travail/famille sur la satisfaction au travail et positif sur l'épuisement émotionnel. Plusieurs études corroborent nos résultats (Demerouti, Bakker, & Bulters, 2004 ; Jourdain & Chênevert, 2010 ; Ruiller, 2008). Ces résultats traduisent la difficulté des soignants face à l'incompatibilité des exigences professionnelles et familiales. Ainsi, se consacrer au travail au détriment de la vie familiale semble particulièrement contraignant, notamment dans le cadre de la réduction des effectifs, engagée depuis quelques années sous l'impulsion des restrictions budgétaires, accentuant ainsi, le travail en horaires atypiques (Dodeler & Tremblay, 2016 ; Hachelafi et al., 2011 ; Bougherbal, 2010). Aussi, à travers de récentes évolutions sociétales, de plus en plus de familles biactives trouvent difficilement un consensus sur les obligations familiales à l'heure où, malgré un regain d'égalité des sexes, les femmes endossent encore, selon Abdelhak, (2014) la majorité des responsabilités familiales. Ainsi affectée par l'incompatibilité des deux sphères travail/famille, la population d'étude se trouve privée de sa source principale de récupération des efforts fourni lors de l'activité professionnelle, à savoir la sphère familiale, l'exposant aux effets néfastes de l'épuisement émotionnel et à l'insatisfaction au travail. D'autre part, la réglementation en vigueur régissant la profession paramédicale en Algérie, notamment l'Ordonnance n°06-03 du 15 juillet 2006, portant statut général de la fonction publique hospitalière n'offre pas la possibilité aux infirmier-e-s d'exercer leur profession en temps partiel, ce qui pourrait expliquer les relations négatives entre le conflit travail/famille avec la satisfaction au travail et l'épuisement émotionnel.

Par ailleurs, malgré des coefficients de corrélation négatifs et significatifs entre le conflit travail-famille et l'engagement affectif, le modèle final indique une absence de relation entre ces deux variables et contredit ainsi, nos hypothèses ainsi que les résultats de la méta-analyse de Meyer, Stanley, Herscovitch, & Topolnytsky. (2002). Cependant, certaines études corroborent nos résultats (Battistelli et al., 2013 ; Tremblay, Chênevert, & Hébert, 2012 ; Lourel & Gueguen, 2007). Concernant l'engagement infirmier, Dodeler & Tremblay (2016) indiquent que le choix d'être infirmier(e) n'est pas le fruit du hasard, les infirmier-e-s sont profondément attachés à leur métier qu'ils exercent avec fierté et à la mission noble de l'hôpital. Dans ce sens, Doppia, Lieutaud & Mion (2012), en concluant leur étude, indiquent : « Choisir pour métier de soustraire les patients à la douleur ... ou de les réanimer n'est pas un choix banal. Nous l'assumons tous les jours, et souvent la nuit, au point d'y donner un peu ou beaucoup de notre vie personnelle et parfois, de notre santé » (p. 22). Bien que le caractère vocationnel très peignant dans la profession infirmière puisse expliquer cette absence de relation, nos données nous renvoient forcément à la présence du SESP dans notre modèle. En effet, le positionnement du SESP comme médiateur explique, comme nous allons le voir ci-après, l'absence de relation entre le conflit travail-famille et l'engagement affectif.

4.6.2 Les effets indirects des demandes du travail sur le bien-être au travail

Concernant l'effet médiateur du SESP dans la relation entre les demandes du travail et le bien-être au travail, une modélisation par équation structurelle confirme nos hypothèses 7 et 8. D'abord, le SESP médiatise partiellement la relation entre l'effort extrinsèque et l'épuisement émotionnel et l'engagement affectif. D'autre part, le SESP exerce une médiation totale entre l'effort extrinsèque et la satisfaction au travail. Les résultats confirment aussi l'effet médiateur du SESP dans la relation entre le conflit travail/famille et le bien-être au travail. Plus précisément, le SESP médiatise partiellement la relation entre le conflit travail/famille et l'épuisement émotionnel ainsi que la satisfaction au travail. De plus, le SESP exerce une médiation totale entre le conflit travail/famille et l'engagement affectif envers l'organisation. Aussi, il est intéressant de noter ici que l'effet médiateur du SESP est plus fort dans la relation entre le conflit/travail/famille et le bien-être au travail que dans la relation entre l'effort extrinsèque et le bien-être au travail. Un résultat expliqué sans doute par la forte moyenne de l'effort extrinsèque (voir tableau 4.2), néanmoins le SESP arrive encore à médier cette relation.

Ainsi, il apparaît que le SESP agit bien comme une ressource et un mécanisme important dans la relation entre les demandes et le bien-être au travail. Nos résultats corroborent ceux de Pohl et Galletta (2017) qui démontrent, à travers une étude sur une population infirmière, que plus le SESP est élevé, plus la satisfaction et l'engagement au travail augmentent. Ainsi, les infirmier-e-s considèrent le soutien émotionnel de leur superviseur comme une indication que

leurs efforts sont pris en considération, ce qui contribue grandement à l'accroissement de leur bien-être au travail. De plus, considérant la décentralisation de l'organisation des centres hospitaliers, le superviseur infirmier évoque un représentant légitime de l'organisation qui, à travers des comportements de soutien envers ses subordonnés, peut favoriser le développement de l'engagement organisationnel et l'efficacité personnelle de ses subordonnés (Battistelli et al., 2015). D'autres identifient la qualité de la relation entre les infirmier-e-s et leur supérieur comme une « *affective force* » qui détermine la qualité de l'environnement au sein du groupe et le bien-être au travail (Portoghese, Galletta, Battistelli, & Leiter, 2015 ; Van der Heijden et al., 2009).

Par ailleurs, il est surprenant de constater qu'à travers la population infirmière, une profession émotionnellement contraignante, la littérature n'a que peu traité le volet émotionnel du soutien du supérieur qui, incarne bien le processus de ressource pouvant alléger la perception des soignants quant à l'intensité des demandes du travail. Cette étude contribue à combler cette lacune. Nos résultats démontrent que le personnel infirmier est très sensible au regard du soutien émotionnel apporté par le supérieur hiérarchique, il constitue une importante ressource qui permet aux soignants, d'évacuer le fardeau psychologique des exigences de travail. Percevoir que son chef est conscient de l'ampleur émotionnel de la tâche, est réceptif au dévouement de ses subordonnés, valorise la façon dont ces subordonnés gère leurs émotions face à des situations émotionnellement délicates et en tire une certaine fierté, constitue pour les infirmier-e-s, une source de motivation et de régénération des forces psychologiques et émotionnelles, renforçant ainsi, leur sens du sacrifice pour une cause humaine, et permettant de faire de nouveau, face aux exigences du travail avec vigueur, sans en subir les conséquences d'un épuisement émotionnel. De plus, une étude méta-analytique démontrent qu'un supérieur réellement soucieux du bien-être émotionnel de ses subordonnés est plus à même de fournir une aide quant à la conciliation entre les exigences du travail et celles de la famille de ses subordonnés (Kossek et al., 2011). De tels résultats découlent du fait que le soignant aura le sentiment d'être compris, valorisé et soutenu par son organisation, personnifiée par son chef hiérarchique, qui par un processus de réciprocité (Rhoades & Eisenberger, 2002) sentira l'obligation de rendre la pareille par un regain d'effort volontaire. Les infirmier-e-s développent ainsi, un sentiment de satisfaction à l'égard du travail et une fierté d'appartenir à l'organisation. Expliquer la relation entre les demandes du travail et le bien-être du personnel infirmier, à travers le SESP, du point de vue de nos résultats, c'est dire que face aux difficultés du travail, l'infirmier(e) perçoit une perte imminente de ressources (par exemple : en terme de résilience, de compassion et d'engagement), ce qui induit un besoin de soutien afin d'éviter la spirale de perte de ressources (Hobfoll, 1989). De plus, l'infirmier est plus susceptible de chercher ce soutien auprès du supérieur hiérarchique, un

représentant de l'organisation qui véhicule l'image d'un infirmier expérimenté, confronté aux mêmes difficultés que ses collègues, et une autorité habilitée et appelée à fournir un soutien à ses subordonnés (Battistelli et al., 2015). Percevant que son supérieur hiérarchique comprend ses difficultés, valorise ses efforts, le reconforte et lui apporte un sentiment de réassurance, l'infirmier(e) verra ses ressources augmentées, et pourra investir d'autres ressources pour en acquérir d'avantage conformément à la théorie de conservation des ressources de Hobfoll, (1989). Ainsi, en application du principe du modèle J-DR, un environnement de travail à fortes demandes/ressources constitue une base motivationnelle stimulant le sens du défi, de performance et du bien-être au travail.

4.7 Conclusion

La complexité du travail infirmier consiste à assurer la qualité des soins dans ces dimensions techniques et relationnelles (faire des soins et prendre soin) dans un environnement particulièrement contraignant sur le plan physique et psychologique. Les restructurations organisationnelles et la diminution du personnel soignant intensifient ce travail avec un rythme d'exécution de plus en plus élevé, ceci n'est pas sans conséquence sur le bien-être au travail. Par conséquent, lorsque le supérieur soutient émotionnellement ses collaborateurs, reconnaît leurs efforts, se préoccupe de leur bien-être, leur exprime des affects positifs et valorise leurs contributions au travail, il répond à leurs besoins sociaux et émotionnels. Ce soutien émotionnel prémunit la population infirmière des exigences du travail générateur de stress et d'épuisement émotionnel, et favorise leur attachement affectif à l'organisation et leur satisfaction à l'égard de leur travail.

4.8 Implications

Le soutien émotionnel du supérieur se révèle, à travers notre étude, une ressource effective, disponible au niveau organisationnel et à la portée des décideurs qui doivent l'exploiter et l'optimiser à travers des sessions de formation des managers de proximité spécifiquement axé sur la gestion des émotions, afin de promouvoir le bien-être au travail de leurs employés.

4.9 Limites et perspectives

La principale limite tient au fait qu'étant une recherche transversale, elle ne permet pas de vérifier la temporalité des relations observées. Dans le futur, une étude longitudinale pourrait venir confirmer ces relations. Par ailleurs, d'autres études tant quantitatives que qualitatives devraient enrichir davantage le sujet. Aussi, ayant seulement considéré le soutien émotionnel du supérieur, alors que le travail infirmier est une activité dont le collectif de travail est particulièrement important, il serait intéressant d'entrevoir le rôle de la perception des soignants, au niveau collectif, du soutien émotionnel de leur supérieur dans la relation entre exigences et bien-être au travail.

4.10 Sources de financement et Conflit d'intérêt

Cette recherche n'a reçu aucune subvention spécifique d'une agence de financement dans les secteurs public, commercial ou à but non lucratif. Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré par les auteurs.

Chapitre 5, étude 2. Dissonance émotionnelle et bien-être dans la profession infirmière : le rôle médiateur des stratégies de régulation émotionnelle.

5.1 Introduction

Bien que les émotions soient la preuve de notre humanité, au cours des dernières décennies, les travailleurs avaient pour consigne, de laisser leurs émotions à la maison (Hess, 2003). Actuellement, les émotions semblent conquérir le monde du travail jusqu'à en devenir une importante composante (Van De Weerdt, 2011), notamment dans la profession infirmière pour laquelle la gestion des émotions est au cœur des fonctions à remplir (Dal Santo, Pohl, & Battistelli, 2016 ; Grandey, Foo, Groth, & Goodwin, 2012). Le travail infirmier est émotionnellement exigeant car il implique des interactions directes, souvent intenses, avec des patients qui se trouvent dans une situation de souffrance et de vulnérabilité physique et psychologique et implique la gestion des deuils multiples et des échecs thérapeutiques (Loriol, 2013). Dans ce contexte, l'infirmier(e) ressent, exprime ou réprime ses émotions suivant des normes de comportements appelés "*règles d'affichage émotionnel*" (Diefendorff, Erickson, Grandey, & Dahling, 2011). Mais qu'arrive-t-il lorsque l'obligation de réprimer certaines émotions est trop forte ? Qu'en est-il de l'infirmier qui doit afficher un visage rassurant face à patient condamné ?

La revue de la littérature scientifique nous indique que la contrefaçon des émotions sur le long terme crée une tension psychologique et physique importante induite par une dissonance émotionnelle (Zapf, 2002), cette dissonance apparaît lorsque les émotions ressenties discordent avec les règles d'affichage qu'il sait devoir suivre (Brotheridge & Grandey, 2002). Par exemple, l'infirmier ressent naturellement du dégoût lorsqu'il prodigue des soins sur un pied diabétique gangréné, cette émotion ressentie (le dégoût) ne concorde pas avec les règles d'affichage. Cette dissonance émotionnelle aurait un lien négatif avec le bien-être au travail dans la profession infirmière (Karimi, Leggat, Donohue, Farrell, & Couper, 2014 ; Zapf, 2002).

Conformément à l'approche de Holman, Chissick et Todderell (2002), l'individu percevant une dissonance émotionnelle devra faire un travail sur ses émotions par le biais des stratégies de régulation émotionnelle (Dal Santo et al., 2016). Ce travail émotionnel révélé par Hochschild (1983) consiste en un processus de normalisation de l'expression des émotions afin de se conformer aux objectifs organisationnels. Ce processus chemine par deux principales stratégies de régulation des émotions : la régulation en profondeur « Deep-acting » où il est question d'adapter les émotions ressenties aux émotions qui doivent être affichées, alors que la régulation en surface « Surface-acting », comme son nom l'indique, consiste à

feindre les émotions ressenties et afficher une émotion qui est plus adéquate soit avec la situation professionnelle ou avec les exigences de l'organisation (Grandey, 2000).

Cependant, la revue de la littérature fait ressortir des divergences marquantes quant aux conséquences des stratégies de régulation émotionnelle. La régulation en surface est généralement considérée comme une stratégie ayant des conséquences négatives sur la population infirmière, notamment sur l'épuisement émotionnel, la satisfaction et l'engagement au travail (Springer & Oleksa, 2017 ; Thisera & Silva, 2016 ; Schmidt & Diestel, 2014 ; Lapointe, Morin, Courcy, Boilard, & Payette, 2011 ; Hülshager & Schewe, 2011). D'autres études laissent entrevoir des résultats contraires. En effet, Schaible et Six, (2016) démontrent que la régulation en surface est négativement liée à l'épuisement émotionnel. Quant à Lee, An et Noh, (2015) leurs résultats tendent vers un lien positif entre la régulation en surface et la performance professionnelle. Concernant les conséquences de la régulation en profondeur, les divergences des résultats sont encore plus marquées. En effet, certaines études font ressortir un lien positif entre la régulation en profondeur et le bien-être au travail dans le contexte infirmier (Jordan, Soutar, & Kiffin-Petersen, 2007 ; Thisera & Silva, 2016 ; Golfenshtein & Drach-Zahavy, 2015 ; Chou, Hecker, & Martin, 2012), alors que d'autres études, révèlent un lien négatif (Mikolajczak, Menil, & Luminet, 2007 ; Pisaniello, Winefield, & Delfabbro, 2012 ; Pandey & Singh, 2016), ou inexistant (Martinez-Inigo, Totterdell, Alcover, & Holman, 2007 ; Brotheridge & Lee, 2003 ; Bono & Vey, 2007 ; Springer & Oleksa, 2017).

Ces résultats contrastés forcent la réflexion sur la qualité psychométrique de la mesure des stratégies de régulation émotionnelle comme le souligne l'étude d'Andela, Truchot et Borteyrou, (2015). Les auteurs révèlent aussi, à travers leur mesure des stratégies de régulation émotionnelle que les deux dimensions de la régulation en profondeur, à savoir la réévaluation cognitive et le déploiement attentionnel, ainsi que les deux dimensions de la régulation en surface, à savoir la suppression et l'amplification positive auraient des effets différents sur l'épuisement émotionnel. En effet, la réévaluation cognitive et l'amplification positive ont été trouvées négativement liées à l'épuisement émotionnel alors que le déploiement attentionnel et la suppression expressive l'étaient inversement (Andela et al., 2015).

En somme, la relation entre la régulation émotionnelle et le bien-être dans la profession infirmière demeure incertaine, ce qui selon plusieurs auteurs, serait dû au concept même du travail émotionnel, un concept relativement récent, d'où la nécessité d'approfondir le sujet pour une meilleure compréhension du rôle du travail émotionnel, notamment dans le contexte infirmier (Grandey & Gabriel, 2015 ; Badolamenti, Sili, Caruso, & Fida, 2017 ; Andela et al., 2015). D'autre part, les stratégies de régulation émotionnelle comme un concept

intrapyschique (Grandey & Gabriel, 2015), peuvent être appréhendées dans le cadre du modèle JD-R révisé comme des ressources personnelles, des ressources qui trouvent racines dans l'individu et qui servent son intérêt ou peuvent être exploitées pour influencer l'environnement (Biron & van Veldhoven, 2012). Dans le cadre de la théorie de conservation des ressources, Grandey & Gabriel (2015) précisent que les stratégies de régulation émotionnelle sont des moyens de faire face aux demandes émotionnelles dans le but d'acquies, de conserver ou de protéger les ressources, où un gain net de ressources et de satisfaction au travail survient lorsque la régulation émotionnelle est efficace (Régulation en profondeur). Une spirale de perte de ressources rend plus difficile la récupération ou la protection des ressources et entraîne l'épuisement professionnel lorsque la régulation des émotions est inefficace (régulation en surface). McVicar (2016) dénonce, dans sa revue de littérature sur le modèle JD-R dans la population infirmière, le manque de considération des ressources personnelles par rapport aux ressources organisationnelles.

Ainsi, dans la continuité des travaux cités, notamment l'étude d'Andela et al. (2015), notre objectif est de contribuer empiriquement à la compréhension du concept de travail émotionnel dans le contexte infirmier. Cette étude intègre les stratégies de régulation émotionnelle appréhendées en quatre facteurs (le déploiement attentionnel, la réévaluation cognitive, la suppression et l'amplification suppressive), comme des ressources personnelles médiatisant la relation entre la dissonance émotionnelle d'une part, et l'engagement au travail, la satisfaction au travail et l'épuisement émotionnel, des variables identifiées par la littérature comme référant au bien-être au travail (Tavani, Monaco, Hoffmann-Hervé, Botella, & Collange, 2014).

5.2 La dissonance émotionnelle : positionnement conceptuel

Toute organisation de travail, tout métier comprend des règles d'affichage. Le contexte infirmier pose de manière singulière le rapport aux règles d'affichage, de par la nature des clients (patients atteints de maladie, en état de souffrance et souvent de désespoir), ainsi que par les valeurs professionnelles de la profession telles la disponibilité, la bienveillance, la compassion et l'empathie. Il est évident que l'infirmier comme tout être humain éprouve des émotions qui ne reflètent pas toujours cette image de la profession ou ne concordent pas avec les règles d'affichage, cet écart entre l'émotion requise et l'émotion ressentie ou affichée crée une tension psychologique qui, génère la dissonance émotionnelle (Van Hoorebeke, 2003). Cette dissonance émotionnelle représente le noyau central du travail émotionnel (Grandey, Diefendorff, & Rupp, 2013 ; Holman, Martinez-iñigo, & Totterdell, 2008 ; Rubin, Staebler Tardino, Daus, & Munz, 2005 ; Hülshager & Schewe, 2011 ; Van Dijk & Brown, 2006).

Le terme « travail émotionnel » a été introduit par Hochschild (1983), qui le définit comme la gestion des émotions pour créer un affichage facial ou corporel observable

publiquement. Hochschild pose ainsi les bases du concept notamment par la description des règles d'affichage, l'introduction des stratégies de régulation émotionnelle (en surface et en profondeur) et la dissonance émotionnelle qui serait un état interne inconfortable, résultant de la tension engendrée par l'obligation d'exprimer des émotions qui ne sont pas personnellement ressenties par l'employé dans une situation donnée. Depuis lors, plusieurs voies de recherches ont été tracées afin de peaufiner le concept et permettre une meilleure compréhension de ses processus.

Ainsi, afin de mieux cerner la place qu'occupe la dissonance émotionnelle dans le processus de travail émotionnel, deux principales approches sont particulièrement pertinentes. L'approche axée sur l'emploi ou « *job-focused approach* » met l'accent sur la présence d'un travail émotionnel dans son travail et se concentre sur la nature des règles d'affichage émotionnel et de la dissonance émotionnelle (Morris & Feldman, 1996 ; Zapf, 2002). Cette approche considère la dissonance émotionnelle comme une composante distincte du travail émotionnel et comme antécédent des stratégies de régulation émotionnelle (Holman et al., 2002), elle est définie comme l'écart entre les émotions ressenties et les émotions prescrites, en d'autres termes, ce que j'éprouve ne concorde pas avec ce que je dois éprouver dans cette situation. L'approche axée sur les employés ou « *employees-focused approaches* » examine quant à elle les processus internes de gestion de l'émotion des employés (par exemple, la régulation en profondeur ou en surface) pour l'affichage des émotions appropriées et place la dissonance émotionnelle comme le résultat de la stratégie de régulation en surface (Grandey, 2003). Cette approche définit la dissonance émotionnelle comme l'écart entre l'émotion exprimée ou affichée et l'émotion réellement ressentie.

Nous sommes d'avis avec Dal Santo, Pohl et Battistelli (2016), d'établir une différence conceptuelle entre la dissonance émotionnelle comme un état psychologique et la régulation émotionnelle qui représente un processus traduisant un effort de régulation de l'émotion. La présente étude adopte l'approche axée sur l'emploi en appréhendant la dissonance émotionnelle comme le résultat de l'écart entre une émotion ressentie et celle qui est prescrite. Cet écart engendre une tension inconfortable que l'individu cherchera à résoudre ou à évacuer à travers les stratégies de régulation émotionnelle afin de se conformer aux règles d'affichage organisationnelles ou sociétales (Dal Santo et al., 2016). De plus, plusieurs études empiriques évaluent la dissonance émotionnelle en se basant sur l'approche axée sur le travail, c'est à dire, l'écart entre deux émotions (ressentie/prescrite), comme antécédent des stratégies de régulation émotionnelle (Dal Santo, Pohl, & Battistelli, 2013 ; Karimi et al., 2014 ; Mauno, Ruokolainen, Kinnunen, & de-Bloom, 2016 ; Kinman & Leggetter, 2016 ; Hong & Lee, 2016 ; Tsukamoto, Abe, & Ono, 2015 ; Kwon & Kim, 2015 ; Hülshager & Schewe, 2011).

5.2.1 Dissonance émotionnelle et bien-être au travail

L'épuisement professionnel a été décrit initialement dans les professions soignantes dans lesquelles les professionnels sont confrontés quotidiennement à la maladie, à la souffrance et à la mort (Canoui, 1996). Le concept d'épuisement professionnel est multidimensionnel et correspond à un épuisement physique, émotionnel et mental résultat d'une exposition à des situations de travail émotionnellement exigeantes, altérant ainsi, la santé physique et psychologique des travailleurs (Maslach & Leiter, 2011 ; Truchot, 2010). Les dimensions de l'épuisement professionnel habituellement retenues sont celles déterminées par Maslach et Jackson (1981) : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement personnel.

L'épuisement émotionnel se réfère à une surcharge émotionnelle liée au travail, il est associé à une baisse des ressources émotionnelles empêchant l'individu de se dédier totalement à son travail (Halbesleben & Buckley, 2004). Cette baisse des ressources émotionnelles de l'individu entraîne une baisse de l'énergie physique et un accroissement de la fatigue (Maslach & Jackson, 1981 ; Shirom & Melamed, 2006). En d'autres termes, l'individu ne porte plus attention à lui et il est inefficace. L'épuisement émotionnel occasionne également de l'irritabilité et des difficultés à se concentrer, des attitudes d'évitement comme le désinvestissement, la rigidité, le retrait ou l'hyperactivité et entraîne un faible contrôle des sentiments négatifs ressentis tels que la colère, les pleurs et une diminution de l'empathie (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). La dépersonnalisation ou le désengagement relationnel est la réaction d'écartement de l'individu de son travail pour se protéger de l'épuisement, en développant des attitudes insensibles et impersonnelles envers ses patients et collègues. Finalement, le manque d'accomplissement personnel correspond au fait de se sentir incompetent, ce sentiment d'incompétence est lié à une baisse de la motivation intrinsèque et à une baisse de l'estime de soi (Maslach et al., 2001).

Comme l'ont montré Lee et Ashforth (1996), dans une méta-analyse des travaux sur le burnout, l'épuisement émotionnel décrit la dimension affective du burnout alors que la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel sont les dimensions comportementales ou cognitives (Schaufeli & Van Dierendonck, 1993). De plus, Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli (2001) tout comme Truchot (2010) considèrent l'épuisement émotionnel comme une dimension centrale dans le processus de l'épuisement professionnel. Notre modèle intègre donc l'épuisement émotionnel, à l'exclusion des deux autres dimensions, soit la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement.

L'épuisement émotionnel a souvent été associé à de fortes charges émotionnelles au travail notamment dans le contexte infirmier (Chou et al., 2012 ; Van den Broeck, Van Ruyseveldt, Vanbelle, & De Witte, 2013 ; Andela et al., 2015 ; Kovács, M., Kovács, E., & Hegedűs,

2010). Dans cette perspective, un conflit entre les émotions expérimentées et celles qui sont nécessaires pour se conformer aux règles d'affichage constitue une source de tension qui peut menacer le bien-être des employés et conduire à l'épuisement des ressources émotionnelles (Grandey, 2000 ; Zapf, 2002). Cette tension peut refléter selon Hülshager et Schewe (2011), un conflit de rôle, où l'émotion réellement ressentie ne traduit pas l'image que l'organisation ou la société donne à la profession. Ce conflit interne est émotionnellement épuisant. De récentes recherches associent la dissonance émotionnelle avec l'épuisement émotionnel dans le contexte infirmier (Mishra & Kumar, 2016 ; Kwon & Kim, 2015 ; Kinman & Leggetter, 2016 ; Delgado, Upton, Ransie, Furness, & Foster, 2017). De plus, la dissonance émotionnelle est la variable la plus fortement associée à l'épuisement émotionnel par rapport à d'autres stressors organisationnels (Andela & Truchot, 2016 ; Andela, Truchot, & Van der Doef, 2016). Sur la base des précédentes considérations, nous faisons donc l'hypothèse suivante :

Hypothèse 1. La dissonance émotionnelle est liée positivement à l'épuisement émotionnel.

Par ailleurs, la profession infirmière est avant tout une profession d'aide, ayant un fort sens de la responsabilité et du devoir, un niveau d'attente élevé sur le plan éthique, accompagné d'un sentiment quasi omniprésent de ne jamais en faire assez (De Bouvet & Sauvage, 2005). L'exercice de la profession infirmière ne saurait se penser en dehors d'une dimension d'engagement qui en constitue l'un des fondements essentiels (Dallaire, 2008).

Dans le cadre de la présente étude, l'engagement au travail est considéré comme « *un état émotionnel positif satisfaisant et épanouissant vis-à-vis du travail et caractérisé par la vigueur, le dévouement et l'absorption* » (Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002, p. 74). Selon ces auteurs, la vigueur renvoie à un haut niveau d'énergie mobilisé dans l'activité, une résilience mentale au travail et une bonne volonté dans l'accomplissement des tâches ; les personnes vigoureuses sont donc prêtes à fournir des efforts importants et persistants face aux difficultés. Le dévouement caractérise une forte implication dans le travail et l'expérience subjective d'attribution de sens, d'inspiration et de challenge en situation de travail ; une personne dévouée accorde de l'importance à son travail et est enthousiaste et fière de son activité professionnelle. Enfin, l'absorption reflète une mobilisation totale des capacités physiques et cognitives de l'individu dans l'activité ; une personne absorbée est tellement concentrée par son travail qu'il en résulte une altération dans la perception du temps et des difficultés à se détacher du travail (Schaufeli et al., 2002).

Ainsi, il apparaît que l'engagement au travail est un facteur important au sein de toute organisation, et plus particulièrement dans les professions des services sociaux telles que les soins infirmiers (Haberey-Knuessi, 2013 ; Simpson, 2008). Schaufeli et ses collègues (2002) opposent le burnout à l'engagement au travail, le premier étant un indicateur négatif de la santé mentale au travail, alors que l'engagement au travail reflète le sentiment d'intérêt vis-à-

vis du travail (Seligman, 2002). Selon Bakker et Demerouti (2008), l'engagement au travail est déterminé en outre, par des facteurs émotionnels liés au travail. Dans ce sens, la dissonance émotionnelle a été trouvée négativement corrélée à l'engagement au travail (Mauno et al., 2016 ; Dal Santo et al., 2016 ; Seery & Corrigan, 2009), le même résultat a été confirmé par une étude longitudinale (Xanthopoulou, Bakker, & Fischbach, 2013). Par ailleurs, à notre connaissance, peu d'études associent la dissonance émotionnelle et l'engagement au travail dans le contexte hospitalier. Ainsi, nous faisons l'hypothèse suivante :

Hypothèse 2. La dissonance émotionnelle a une relation négative avec l'engagement au travail.

Concernant la satisfaction au travail, elle constitue l'un des indicateurs les plus pertinents pour la promotion du bien-être au travail dans le contexte infirmier (Serey, 2006 ; Munir, Nielsen, Garde, Albertsen, & Carneiro, 2012 ; Begat, Ellefsen, & Severinsson, 2005). Elle est généralement définie comme le résultat de l'évaluation qu'une personne fait au sujet de son travail ou de sa situation de travail (Paillé, 2008). Plus simplement, elle est l'expression du plaisir de l'individu dans le travail qu'il exerce (Lent & Brown, 2006).

Outre sa définition, la satisfaction au travail a souvent été associée aux études portant sur la dissonance émotionnelle (définie comme l'écart entre émotion ressentie/prescrite) dans le contexte infirmier (Dal Santo et al., 2013 ; Sandeep Kaur & Laxmi, 2014 ; Morris & Feldman, 1997 ; Abraham, 1998). L'étude longitudinale de Peters (2007) confirme la relation négative entre la dissonance émotionnelle et la satisfaction au travail. Par ailleurs, l'étude de Wharton (1993) figure parmi les rares études ayant révélé que la dissonance émotionnelle est positivement liée à la satisfaction au travail. Selon l'auteur, la dissonance émotionnelle pourrait rendre les interactions plus prévisibles et aider les travailleurs à éviter les problèmes interpersonnels gênants, ce qui devrait réduire le stress et augmenter la satisfaction au travail. Sur la base de ces considérations, nous formulons l'hypothèse suivante :

Hypothèse 3. La dissonance émotionnelle a une relation négative avec la satisfaction au travail.

5.3 Stratégies de régulation émotionnelle et bien-être au travail : une relation incertaine

L'individu en état de dissonance effectue généralement un travail de régulation de ses émotions afin de les adapter aux règles organisationnelles communément nommé "*feeling rules*" (Byrne, 2003). Hochschild a défini cette maîtrise des émotions comme étant le « travail émotionnel », c'est-à-dire la compréhension, l'évaluation et la gestion de ses propres émotions, ainsi que des émotions d'autrui (Hochschild, 1983). Depuis lors, Brotheridge et Grandey (2002) ont restructuré le travail émotionnel en deux catégories : l'une appelée « travail émotionnel axé sur le travail » qui comprend la fréquence, la durée, la variété et l'intensité du travail émotionnel et des règles d'affichage, et l'autre appelée « travail

émotionnel axé sur les employés » comme techniques de gestion des émotions que les employés utilisent dans le cadre des interactions avec les clients.

Grandey (2000) a identifié deux stratégies de régulation émotionnelle : la régulation en surface ou “*Surface acting*” et la régulation en profondeur ou “*Deep acting*”. D’abord, la régulation en surface est considérée comme une forme de régulation axée sur la réponse émotionnelle qui se produit lorsque l’émotion a déjà été provoquée. Cette stratégie consiste à ajuster l’expression émotionnelle soit en dissimulant les émotions indésirables, par la suppression des véritables sentiments (suppression expressive) ou en simulant des émotions non ressenties en les amplifiant (amplification positive), par le biais du contrôle de la posture et des expressions faciales. En d’autres termes, il s’agit de modifier les aspects observables de l’émotion, soit la réponse émotionnelle, sans modifier l’émotion ressentie. Dans ce cas, reprenant l’exemple précédant, l’infirmier qui doit prodiguer des soins à un patient diabétique souffrant d’un pied gangréné, pourra dissimuler le dégoût ressenti en contrôlant son expression faciale en faisant en sorte par exemple, d’ignorer l’odeur désagréable en nourrissant une discussion avec le patient (suppression expressive), ou bien en affichant un sourire ou un état d’enthousiasme durant la séance de soins (amplification positive).

Quant à la stratégie de régulation en profondeur, elle est considérée comme une stratégie de régulation axée sur les antécédents, c’est-à-dire, celle qui se produit avant que l’émotion n’éveille les réactions physiologiques et comportementales (Grandey, 2000). Cette stratégie consiste à modifier l’émotion ressentie afin qu’elle soit plus conforme à la situation, par un processus cognitif de reconsidération et de modification de la perception initiale de l’émotion afin de déclencher l’émotion requise (réévaluation cognitive), ou bien en orientant la pensée vers des événements ou des souvenirs qui suscitent des émotions similaires à la situation en question (déploiement attentionnel). Ainsi, l’infirmier face à un patient condamné ou un parent insultant et violent pourra, à travers cette stratégie de régulation en profondeur, essayer de se mettre à la place du patient ou du parent et ainsi, percevoir la perspective du désespoir ressenti par eux (réévaluation cognitive). Ou bien, il pourra focaliser son attention sur un événement ou un souvenir similaire survenu dans le passé, comme la perte d’un proche (déploiement attentionnel), ce qui permettra de mieux composer avec ses propres émotions négatives et d’adopter une attitude empathique vis-à-vis du client.

Empiriquement, comme nous l’avons évoqué précédemment, les études discordent quant aux conséquences des stratégies de régulation émotionnelle. En effet, par rapport à nos variables dépendantes, la régulation émotionnelle en surface a souvent été positivement liée à l’épuisement émotionnel (Becker & Cropanzano, 2015 ; Goussinsky & Livne, 2016 ; Brotheridge & Grandey, 2002 ; Thisera & Silva, 2016 ; Springer & Oleksa, 2017), et négativement liée à l’engagement au travail (Lapointe et al., 2011 ; Jordan et al., 2007), ainsi

qu'à la satisfaction au travail (Pisaniello et al., 2012 ; Chou et al., 2012 ; Jordan et al., 2007). Les auteurs renvoient ces résultats à l'aspect superficiel de la stratégie de régulation en surface, car elle opère seulement sur la modification de l'aspect observable des émotions sans affecter l'émotion réellement ressentie par la personne, entraînant ainsi, un sentiment d'inauthenticité chez la personne qui généralement, ne permet pas de résoudre l'état de dissonance émotionnel (Grandey, 2000 ; Brotheridge & Lee, 2003). Par ailleurs, certains auteurs contredisent cette voie en faisant apparaître à travers leurs résultats un effet négatif de la régulation en surface sur l'épuisement émotionnel et positif sur la performance professionnelle (Schaible & Six, 2016 ; Lee et al., 2015). Pour ces auteurs, la régulation en surface est moins contraignante que la régulation en profondeur dans le sens où cette stratégie sollicite moins les ressources et les capacités cognitives de l'individu.

Concernant la régulation en profondeur, la revue de littérature fait ressortir des résultats plus divergents entre les études. Certaines études indiquent un lien positif entre la régulation en profondeur et l'épuisement émotionnel (Pandey & Singh, 2016 ; Lapointe et al., 2011 ; Pisaniello et al., 2012), d'autres révèlent un lien négatif (Jordan et al., 2007 ; Thisera & Silva, 2016 ; Philipp & Schüpbach, 2010 ; Whiting, Donthu, & Baker, 2011), d'autres encore, ne révèlent aucun lien entre la régulation en profondeur et l'épuisement émotionnel (Maxwell & Riley, 2017 ; Schmidt & Diestel, 2014 ; Chou et al., 2012 ; Martinez-Inigo et al., 2007 ; Song & Liu, 2010 ; Totterdell & Holman, 2003 ; Springer & Oleksa, 2017). La même confusion est constatée concernant la relation entre cette stratégie et l'engagement au travail et la satisfaction au travail, cette relation est parfois positive (Jordan et al., 2007 ; Golfenshtein & Drach-Zahavy, 2015 ; Chou et al., 2012 ; Grandey 2003), parfois négative (Cottingham, Erickson, & Diefendorff, 2015 ; Pandey & Singh, 2016) et parfois non significative (Maxwell & Riley, 2017 ; Dick, 2011 ; Becker & Cropanzano, 2015 ; Pisaniello et al., 2012 ; Bono & Vey, 2005 ; Lapointe et al., 2011).

Cette brève revue de littérature sur la relation entre les stratégies de régulation émotionnelle et le bien-être au travail démontre bien l'incertitude de cette relation, inhérente pour certains chercheurs à des limites méthodologiques de la mesure des stratégies de régulation émotionnelle (Andela et al., 2015 ; Mikolajczak, Tran, Brotheridge, & Gross, 2009 ; Lee & Brotheridge, 2006). Pour ce faire, Andela et ses collègues (2015) distinguent, à travers une étude sur une population infirmière, quatre dimensions d'après leur mesure des stratégies de régulation émotionnelle. Les deux premières dimensions à savoir : la suppression expressive et l'amplification positive, reflètent la régulation en surface, alors que les deux dernières : le déploiement attentionnel et la réévaluation cognitive, renvoient à la stratégie de régulation en profondeur. Leurs résultats démontrent bien que les deux dimensions reflétant la régulation en surface agissent différemment sur l'épuisement émotionnel, la suppression

expressive été liée positivement et l'amplification positive négativement à l'épuisement émotionnel. De même pour les deux dimensions de la régulation en profondeur, le déploiement attentionnel été positivement corrélé avec l'épuisement émotionnel, contrairement à la réévaluation cognitive.

Par conséquent, nous utiliserons la conceptualisation des stratégies de régulation émotionnelle à quatre facteurs révélée par Andela et ses collègues (2015).

5.3.1 Stratégies de régulation émotionnelle comme variables médiatrices

La conceptualisation du travail émotionnel de Grandey (2000) positionne les stratégies de régulation émotionnelle comme médiateurs entre les antécédents (la fréquence, la durée, la variété et l'intensité du travail émotionnel et les règles d'affichage) et les résultats. De plus, Brotheridge et Lee (2003) tout comme Grandey et Gabriel (2015) affirment que les stratégies de régulation émotionnelle permettent de gérer la dissonance émotionnelle induite par des situations émotionnellement exigeantes, afin d'une part, de limiter l'impression d'inauthenticité, et d'autre part, de maintenir un certain niveau de ressources personnelles afin de se prémunir de certains effets comme l'épuisement émotionnel. Cependant, peu d'études empiriques ont été conduites dans ce sens (Wang, Yin, & Huang, 2016).

Selon Schaufeli et Taris (2014), le rôle des ressources personnelles à travers le modèle JD-R peut se résumer en cinq points : (1) les ressources personnelles ont un effet direct sur le bien-être au travail ; (2) les ressources personnelles modèrent la relation entre les demandes du travail et le bien-être des employés. Ces deux rôles sont expliqués sur la base de la définition même des ressources personnelles en termes de résilience et de contrôle, elles peuvent réduire l'épuisement professionnel et augmenter l'engagement, elles peuvent atténuer les effets négatifs des demandes et exacerber les effets positifs des ressources organisationnelles sur l'engagement au travail et l'épuisement professionnel. Aussi, (3) les ressources personnelles influencent la perception des demandes du travail. En effet, la théorie cognitive-sociale de Bandura (1997) propose que les ressources personnelles (comme l'auto-efficacité) façonnent la façon dont les gens comprennent leur environnement et y réagissent. Enfin, les points (4 et 5) positionnent les ressources personnelles comme médiateurs dans la relation entre les demandes du travail et le bien-être, une position justifiée sur la base de la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 2002) qui propose que les ressources ont tendance à s'accumuler. Par exemple, les employés qui travaillent dans un environnement caractérisé par des ressources abondantes ou « resourceful environment » sont plus susceptibles de développer un sentiment de confiance en soi et d'être optimistes quant à leur avenir au travail. À leur tour, ces ressources personnelles seront positivement liées à l'engagement au travail. De plus, les ressources personnelles agissent comme une « troisième variable ». Enfin, les points 1 et 3 justifient cette position médiatrice des ressources

personnelles, dû fait qu'elles peuvent affecter à la fois le bien-être des employés et la perception des demandes du travail. Plus récemment, Schaufeli (2017) précise que bien que les ressources personnelles puissent être intégrées avec succès dans le modèle JD-R et que leurs effets puissent être substantiels, on ne sait toujours pas quelle place elles devraient occuper dans le modèle. Cela semble dépendre de la ressource personnelle étudiée, par exemple, des traits stables de la personnalité (comme l'optimisme) sont plus susceptibles d'agir comme des antécédents ou des modérateurs, contrairement aux aspects personnels dynamiques (comme l'auto-efficacité) qui pourraient agir comme médiateurs entre les demandes du travail et le bien-être. Compte tenu que le concept de régulation émotionnelle représente un processus dynamique (Grandey & Gabriel, 2015 ; Gross, 1998) ; compte tenu que la dissonance émotionnelle traduit la non assimilation des règles d'affichage émotionnel (Dal Santo et al., 2016) induisant le besoin de faire un travail sur les émotions propres de l'individu, sous forme de régulation émotionnelle, afin de les faire correspondre à ces règles d'affichage émotionnel (Grandey, 2000) ; compte tenu que la régulation émotionnelle affecte le bien-être au travail différemment selon la stratégie employée ; il est plausible que la régulation émotionnelle constitue un médiateur dans la relation entre les tensions du travail (par exemple, la dissonance émotionnelle) et le bien-être au travail en lien avec plusieurs études similaires (Grandey et al., 2012 ; Maxwell & Riley, 2017 ; Delmas & Duquette, 2000 ; Rupp, Silke McCance, Spencer, & Sonntag, 2008 ; Lapointe et al., 2011 ; Kafetsios & Loumakou, 2007 ; Ko & Jeng, 2016). Dans une étude sur une population d'enseignants de différents niveaux (primaire et secondaire) ainsi que sur les directeurs des écoles, Maxwell et Riley (2017) constatent que toutes les formes de régulation émotionnelle augmentaient en même temps que les demandes émotionnelles dans les différentes populations, apportant ainsi la preuve que les deux mécanismes sont liés. Par conséquent, la présente étude appréhende la régulation émotionnelle comme un mécanisme explicatif (médiateur) de la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail.

Certes, la revue de littérature identifie la dissonance émotionnelle comme étant l'un des antécédents les plus pertinents des stratégies de régulation émotionnelle (Zapf, 2002 ; Mann, 2005 ; Holman et al., 2002 ; Cottingham et al., 2015, Erickson, & Diefendorff, 2015). Cette dissonance émotionnelle se trouve aussi, comme nous l'avons vu plus haut, négativement liée au bien-être au travail dans la population infirmière (Kubicek & Korunka, 2015 ; Mishra & Kumar, 2016 ; Mauno et al., 2016 ; Dal Santo et al., 2016). Néanmoins, les stratégies de régulation émotionnelle comme une réponse adaptative motivée constituent l'un des mécanismes par lesquels les individus choisissent de réagir à des situations stressantes (Bonanno & Burton, 2013 ; Troy & Mauss, 2011 ; Cossette, 2008). Cependant, les individus régulent leurs émotions de différentes façons (Coté, Miners, & Moon, 2006). Une régulation

en profondeur à travers la réévaluation cognitive permet de manipuler le traitement cognitif des informations auxquelles l'individu est exposé (Grandey, 2000). Dans ce sens, pour faire face à une situation de dissonance émotionnelle, l'individu effectue un traitement cognitif de la situation de manière à ressentir l'émotion désirée. Cette stratégie implique une modification de la signification de la situation initiale, de façon à en altérer le sens afin de diminuer les émotions négatives (Gross & Thompson, 2007). La méta-analyse de Shin, Park, Ying, Kim, Noh et Lee (2014) confirme que la réévaluation cognitive est négativement liée à l'épuisement émotionnel. D'autres ont révélé un lien positif entre la réévaluation cognitive et la satisfaction et l'engagement au travail (Kafetsios & Loumakou, 2007 ; Liu, Prati, Perrewé, & Brymer, 2010 ; Virga & Bota, 2015). La régulation en profondeur agit aussi à travers le déploiement attentionnel, en réorientation l'attention vers une pensée ou un souvenir générateur d'émotions positives désirée, en évitant de penser à la situation, ou en dirigeant son attention sur autre chose (Grandey, 2000 ; Gross & Thompson, 2007). Le déploiement attentionnel n'a été, à notre connaissance, que très peu étudié en relation avec le bien-être au travail, mise à part l'étude d'Andela et al. (2015) qui révèle que cette stratégie est positivement liée à l'épuisement émotionnel.

Il apparaît ainsi, que la réévaluation cognitive agit différemment par rapport au déploiement attentionnel, d'où l'intérêt de séparer les deux processus (Andela et al., 2015). La réévaluation cognitive permet un alignement des émotions personnelles et attendues, de sorte que l'intention de la personne est d'afficher les sentiments authentiques plutôt que de falsifier ses émotions (Grandey, 2003). Le déploiement attentionnel peut être considéré comme une distraction cognitive (Gross, 1998). Mais plus l'individu essaie de se distraire d'un événement négatif, plus le lien négatif avec la situation perdurera (Andela et al., 2015 ; Wenzlaff & Wegner, 2000). D'autre part, comme la dissonance émotionnelle constitue un antécédent de la réévaluation cognitive comme du déploiement attentionnel (Brotheridge & Grandey, 2002), ces dernières peuvent constituer des variables intermédiaires ou la réévaluation cognitive peut promouvoir les gains de ressources en générant des affichages authentiques d'émotion contrairement au déploiement attentionnel (Iltaf & Gulzar, 2013 ; Wallace, Lee, J., & Lee, S. M. 2010 ; Gerzina & Porfeli, 2012 ; Llewellyn, Dolcos, Jordan, Rudolph, & Dolcos, 2013 ; Yin, Huang, & Wang, 2016). Sur la base de ses considérations, nous formulons les hypothèses suivantes :

Hypothèse 4. Le déploiement attentionnel a un effet médiateur dans la relation entre la dissonance émotionnelle et l'épuisement émotionnel, la satisfaction au travail et l'engagement au travail.

Hypothèse 5. La réévaluation cognitive a un effet médiateur dans la relation entre la dissonance émotionnelle et l'épuisement émotionnel, la satisfaction au travail et l'engagement au travail.

Quant à la régulation en surface, elle permet une régulation émotionnelle sans pour autant modifier l'émotion ressentie grâce à deux processus : la dissimulation de l'émotion négative (la suppression expressive) ou l'amplification d'une fausse émotion qui serait plus harmonieuse avec l'émotion adéquate au contexte (Grandey, 2000). Empiriquement, la suppression tout comme l'amplification sont conséquents à la dissonance émotionnelle (Brotheridge & Lee, 2003 ; Ashforth & Tomiuk, 2000). La suppression expressive a souvent été négativement liée à l'épuisement émotionnel (Andela et al., 2015), à la satisfaction et au bien être au travail (Kafetsios & Loumakou, 2007 ; Liu et al., 2010 ; McRae, Jacobs, Ray, John, & Gross, 2012), alors que l'amplification positive a été trouvée positivement liée à la satisfaction au travail (Côté & Morgan, 2002), et négativement à l'épuisement émotionnel (Andela et al., 2015). Ainsi, il apparaît l'intérêt d'étudier séparément les deux dimensions représentant la régulation en surface, étant donné que la suppression expressive est négativement liée au bien-être au travail contrairement à l'amplification positive (Côté & Morgan, 2002).

L'amplification positive permet de renforcer le statut social de l'individu dans l'organisation à travers un processus d'amplification des émotions socialement désirées et conformes aux règles d'affichage (Gross, 1998). Cette stratégie peu explorée dans la littérature peut constituer donc, une variable intermédiaire dans la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail. En effet, l'étude de Sliter, Jex, Wolford et McInnerney (2010), démontre que l'effet négatif de l'incivilité des clients sur la qualité du service est affaibli à travers l'amplification positive. Cependant, Maxwell & Riley (2017) démontrent qu'au contraire, la suppression expressive suppose plus de pouvoir médiateur dans la relation entre les demandes émotionnelles du travail et le bien-être des employés par rapport à l'amplification positive. La suppression expressive constitue une stratégie qui entrave les interactions sociales au travail car le ressenti d'une émotion négative ne peut-être entièrement supprimé (Gross, 1998). Les employés continuent d'être affectés par cette émotion, ce qui peut, à long terme, altérer les interactions sociales au travail (Andela et al., 2015). En outre, cette stratégie est susceptible d'interférer et d'aggraver l'état de dissonance émotionnelle conduisant ainsi, à des effets négatifs sur le bien-être au travail (Schaible & Gecas, 2010). Aussi, il a été prouvé que les demandes émotionnelles du travail accentuent l'épuisement émotionnel à travers la suppression expressive (Maxwell & Riley, 2017 ; Van Gelderen, Bakker, Konijn, & Demerouti, 2011 ; Grandey et al., 2012 ; Sliter et al., 2010). De ce qui précède, nous formulons les hypothèses suivantes :

Hypothèse 6. La suppression expressive médiatise la relation entre la dissonance émotionnelle et l'épuisement émotionnel, la satisfaction au travail et l'engagement au travail.

Hypothèse 7. L'amplification positive médiatise la relation entre la dissonance émotionnelle et l'épuisement émotionnel, la satisfaction au travail et l'engagement au travail.

5.4 Méthode

5.4.1 Echantillon et procédure

L'échantillon est composé de personnel infirmier de différentes sous catégories socioprofessionnelles (Infirmier de santé publique, infirmier spécialiste de santé publique, auxiliaire médical d'anesthésie réanimation et aide-soignant), travaillant dans deux hôpitaux d'Alger en Algérie, à savoir le centre hospitalier universitaire Isaad Hassani et Mohammed Lamine Debaghine.

Les participants ont été invités sur la base du volontariat à remplir un questionnaire papier auto-administré, proposé en en deux langues : française et arabe. Pour assurer l'exactitude de la traduction littérale, une bonne adaptation au contexte culturel, aux habitudes de vie et aux idiomes de la population cible selon les recommandations de Guillemin, Bombardier, & Beaton (1993), le questionnaire a été traduit par des spécialistes en traduction et validé par cinq professeurs de psychologie du travail et des organisations de l'Université d'Alger.

Le nombre de questionnaires distribués est de 990. La présentation de la démarche leur a été faite à partir d'une note explicative figurant à la première page du questionnaire. La consigne qui leur a été donnée était de remplir le questionnaire en leur rappelant l'anonymat du questionnaire, mais également la confidentialité dans le traitement des données. La distribution, le remplissage et la collecte des questionnaires se sont effectués sur leur lieu de travail avec le concours des infirmier-e-s coordinateurs-(trices). Les questionnaires remplis ont été retournés dans une boîte verrouillée.

Le nombre de questionnaires complétés et valides est de 559 correspondant à un taux de réponse de 54,46%. La composition de l'échantillon est la suivante : 76,7 % des répondants sont de sexe féminin dont 83 % sont en couple, et seulement 23,2 % du sexe masculin dont 68,2 % étaient en couple. L'âge minimum est de 19 ans alors que l'âge maximum est de 60 ans, avec une moyenne d'âge de 38 ans. Concernant l'ancienneté dans la profession, la minimale est de 1 an, alors que la maximale est de 40 ans, avec une moyenne l'ancienneté de 13 ans.

5.4.2 Mesures

Dissonance émotionnelle : Quatre items mesurant la dissonance émotionnelle issue de l'échelle des émotions au travail « FEWS » (Frankfurt Emotion Work Scale) de Zapf, Vogt, Seifert, Mertini, & Isic. (1999) Traduits en langue française par Machado, Desrumaux, & Dose. (2015) ont été utilisés. Cette échelle vise à évaluer différents registres émotionnels en

situation de travail (par exemple, « Dans votre poste, à quelle fréquence arrive-t-il que l'on doive réprimer ses émotions de telle manière à avoir l'air neutre ? »). Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : « très rarement/jamais » à 5 : « très souvent ».

L'épuisement émotionnel : le Maslach Burnout Inventory for human services professions « MBI-HSS » de Maslach, Jackson et Leiter, (1996) validé en langue française par Truchot, Lheureux, Borteyrou et Rascle (2012) a été utilisé. Cette échelle à neuf items vise à évaluer le degré d'épuisement émotionnel en situation de travail tel que : « Je me sens frustré par mon travail » et « Travailler en contact direct avec d'autres personnes représente pour moi un stress très intense ». Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : *très rarement/jamais* à 5 : *très souvent*.

Engagement au travail : l'UWES-9 » dans sa version française à neuf items (Schaufeli & Bakker, 2003) validée en langue française par Zecca, Gyorkos, Becker, Massoudi, de Bruin et Rossier (2015) a été utilisé pour mesurer l'engagement au travail. Cette échelle vise à évaluer le degré d'engagement envers le travail tel que : – « Je déborde d'énergie pour mon travail » et « Faire ce métier est stimulant ». Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : « très rarement/jamais » à 5 : « très souvent ».

La satisfaction au travail : le Michigan Organizational Assessment Questionnaire « MOAQ –JSS » (Cammann, Fichman, & Klesh, 1983) a été utilisé. Cette échelle à trois items permette de mesurer la satisfaction globale envers le travail, l'échelle a été traduite et validée en milieu francophone (Molines, 2014 ; El Akremi, Nasr, & Richebé, 2014). Un exemple d'item : « Globalement, je suis satisfait de mon travail ». Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : *pas du tout d'accord* à 5 : *Tout à fait d'accord*.

Stratégies de régulation émotionnelle : L'échelle d'Andela et al. (2015) a été utilisée pour mesurer les stratégies de régulation émotionnelle. Cette échelle se compose de 15 items répartis en quatre dimensions :

La suppression de l'émotion a été évaluée par quatre items, tels que « Lorsque je ressens des émotions négatives, j'évite de les exprimer », l'amplification positive de l'expression des émotions a été évaluée par quatre items : Par exemple, « Malgré la situation, je présente aux autres un visage détendu ». Ces deux dimensions représentent la régulation en surface. Quant à la régulation en profondeur, elle se compose de deux dimensions : le déploiement attentionnel a été évalué par quatre items comme : « je concentre mon attention sur quelque chose de plus agréable pour améliorer mon humeur », et la réévaluation cognitive a été mesurée sur la base de 3 items. Exemple d'item : « Je réexamine la situation sous un autre

angle ». Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : « pas du tout d'accord » à 5 : « Tout à fait d'accord ».

5.4.3 Considération éthique de la recherche

L'approbation de la recherche a été obtenue par le comité d'éthique de l'Université Libre de Bruxelles selon le code de déontologie de l'association médicale mondiale (Déclaration d'Helsinki). Le consentement formel pour mener l'étude a été obtenu auprès des deux établissements hospitaliers cibles après approbation de leur conseil scientifique.

5.5 Résultats

Dans ce qui suit, nous allons présenter les résultats des analyses exploratoires, corrélationnelles et structurelles traitées avec les logiciels SPSS 21 et Mplus 7.3 (Muthén & Muthén, 2012). Dans un premier temps, nous avons vérifié les propriétés psychométriques des mesures utilisées à l'aide des analyses factorielles confirmatoires (CFA). Ensuite, nous avons testé un modèle en équations structurelles (SEM) pour confirmer le rôle médiateur des stratégies de régulation émotionnelle (en quatre facteurs) dans les relations entre, d'une part, la dissonance émotionnelle, et d'autre part, l'épuisement émotionnel, l'engagement au travail et la satisfaction au travail (voir figure 5.1).

5.5.1 Analyses confirmatoires

Nous avons testé trois modèles de mesure des stratégies de régulation émotionnelle : le premier à deux facteurs indépendants (régulation en surface et régulation en profondeur) proposé par Grandey (2002) ; le deuxième à quatre facteurs indépendants (suppression, amplification, déploiement attentionnel et réévaluation cognitive) élaboré par Andela et al. (2015) et un troisième modèle dans lequel les quatre facteurs ont été chargés sur un facteur commun. Les résultats (tableau 5.1) ont mis en évidence un meilleur ajustement du modèle à quatre facteurs par rapport aux deux autres modèles de mesure.

Tableau 5.1. Analyse factorielle confirmatoire de l'échelle de régulation émotionnelle

Modèles de mesure	χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	AIC
Modèle de mesure à quatre facteurs	306.6	81	.93	.91	.07	.05	19326.5
Modèle de mesure à deux facteurs	760.7	89	.80	.77	.12	.07	20263.3
Modèle de mesure à un facteur commun	878.3	90	.77	.73	.13	.08	20534.3

5.4.2 Statistiques descriptives

Les moyennes, écarts types, les corrélations et les scores de fiabilité interne des variables mesurées sont présentés dans le tableau 5.2. Les indices de cohérence interne (alpha de Cronbach) pour les mesures sont acceptables, allant de .71 à .97. Les coefficients de corrélations indiquent que la dissonance émotionnelle est positivement corrélée avec

l'épuisement émotionnel ($r = .436$ $p < .01$), et négativement avec l'engagement au travail ($r = -.421$ $p < .01$) et la satisfaction au travail ($r = -.306$ $p < .01$).

Tableau 5.2. Statistiques descriptives

	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Dissonance émotionnelle	3.53	1.32	(.93)							
2. Satisfaction au travail	4.25	.92	-.30**	(.71)						
3. Epuisement émotionnel	2.88	1.16	.44**	.48**	(.95)					
4. Engagement au travail	3.62	1.16	-.42**	.67**	-.57**	(.97)				
5. Déploiement attentionnel	3.54	.96	.44**	-.25**	.40**	-.29**	(.87)			
6. Réévaluation cognitive	3.81	1.01	.44**	.17**	.35**	-.20**	.58**	(.90)		
7. Suppression expressive	3.68	.99	.39**	.14**	.36**	-.16**	.63**	.76**	(.88)	
8. Amplification positive	3.59	1.01	.30**	-.15**	.33**	-.15**	.64**	.67**	.80**	(.91)

$N = 559$, $M =$ Moyenne, $SD =$ écart-type. Coefficients alphas entre parenthèses. ** $p < .01$

5.4.3 Test des hypothèses

Le modèle hypothétique initial (effet médiateur de la régulation émotionnelle en quatre facteurs dans la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail) avec les coefficients standardisés est présenté dans la Figure 5.1. Les valeurs des indices d'ajustement obtenues ne permettent pas de confirmer l'ajustement des données au modèle théorique suggéré : χ^2/ddf égal (2853.2/718 ; $p < .001$), $RMSEA = .07$, le $CFI = .85$, $TLI = .84$ et le $SRMR = .13$ ($N=559$).

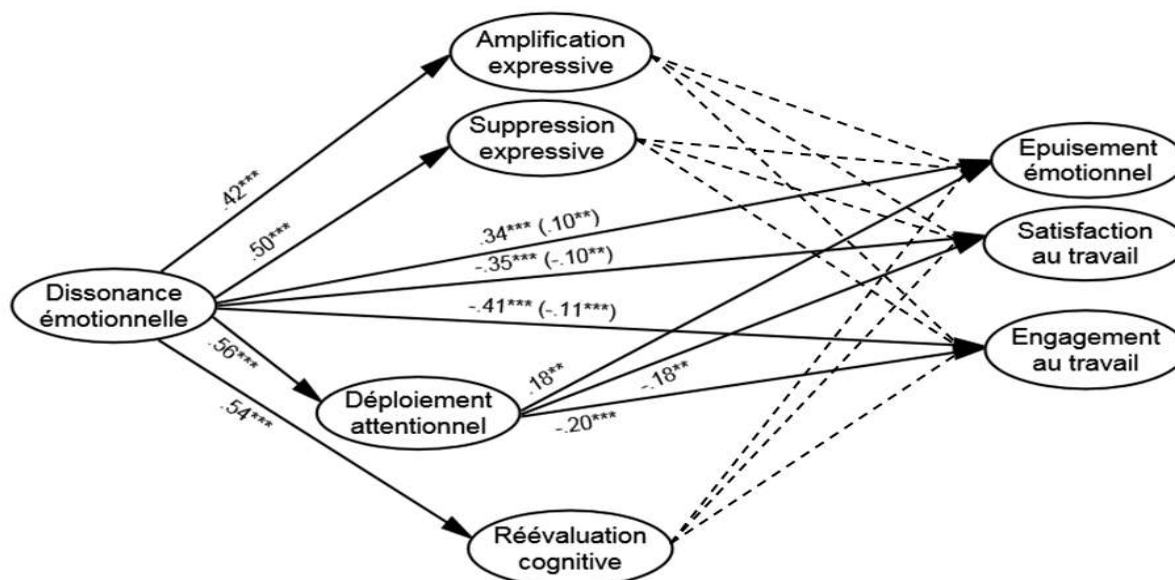


Figure 5.1. Effet médiateur des stratégies de régulation émotionnelle dans la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail

Note. Coefficients standardisés, «**» $p < .01$, «***» $p < .001$, ()=effets médiateur, «-----» liens non significatifs.

Afin d'améliorer les indices d'ajustement du modèle initial, un modèle alternatif contenant cinq facteurs a été construit, ce modèle alternatif conçoit le rôle médiateur du déploiement attentionnel dans la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail. Nous avons ensuite testé notre modèle de mesure (tableau 5.3) à cinq facteurs avec un deuxième modèle, où les cinq facteurs ont été chargés sur un facteur commun. Les résultats démontrent que notre modèle de mesure à cinq facteurs indépendants s'ajuste correctement aux données.

Tableau 5.3. Analyse factorielle confirmatoire du modèle de mesure final (N = 559)

Modèle de mesure	χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	AIC
Modèle de mesure global (5 facteurs)	1041.6	363	.93	.93	.06	.04	39238.5
Modèle de mesure (1facteur)	4621.2	377	.59	.56	.14	.16	45118.4

Le modèle définitif avec les coefficients standardisés est présenté dans la Figure 5.2. Les valeurs des indices d'ajustement du modèle confirment un meilleur ajustement des données au modèle théorique suggéré par rapport au modèle initial : chi-2/ddl égal (1230.912/367, $p < .001$) ; RMSEA = .06 ; CFI = .91 ; TLI = .90 et SRMR = .04 (N=559).

Tableau 5.4. Liens directs et indirects (médiateurs) du modèle alternatif

Variables dépendantes	Epuisement émotionnelle		Satisfaction au travail		Engagement au travail		Déploiement attentionnel		
	β	p	β	p	β	p	β	p	
Dissonance émotionnelle	.32	.001	-.32	.001	-.37	.001	.49	.001	Liens directs
Déploiement attentionnel	.26	.001	-.15	.002	-.13	.002			
VI sur VD via DEP									Liens indirects
Dissonance émotionnelle	.13	.001	-.07	.002	-.06	.003			

Le modèle final fait ressortir des résultats attendus par rapport à la relation entre la dissonance émotionnelle et les variables dépendantes. En effet, l'hypothèse 1 postule pour un lien positif entre la dissonance émotionnelle et l'épuisement émotionnel. Les résultats confortent notre hypothèse, la dissonance émotionnelle est liée positivement à l'épuisement émotionnel ($\beta = .32$, $p < .001$). Les hypothèses 2 et 3 postulent respectivement un lien négatif entre la dissonance émotionnelle et l'engagement travail et avec la satisfaction au travail. Les résultats confirment nos hypothèses et démontrent un lien négatif entre la dissonance émotionnelle et la satisfaction au travail ($\beta = -.32$, $p < .001$), ainsi qu'avec l'engagement au travail ($\beta = -.37$, $p < .001$). On observe aussi un effet positif du déploiement attentionnel sur l'épuisement émotionnel ($\beta = .26$, $p < .001$) et négatif sur la satisfaction au travail ($\beta = -.15$, $p < .01$) et l'engagement au travail ($\beta = -.13$, $p < .01$). Ces résultats confirment les conditions de la médiation.

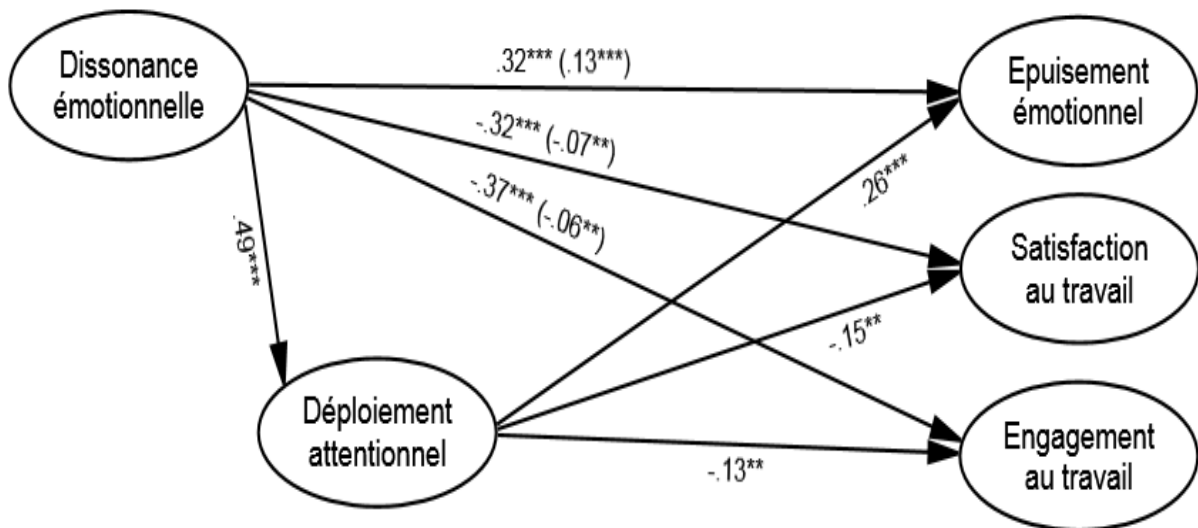


Figure 5.2. Effet médiateur du déploiement attentionnel dans la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail

Note. Coefficients standardisés, «**» $p < .01$, «***» $p < .001$, ()=effets médiateurs.

Nous avons également postulé que les stratégies de régulation émotionnelle médiatisent la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail. Ainsi, l'hypothèse 4 postule que le déploiement attentionnel médie la relation entre la dissonance et l'épuisement émotionnel, la satisfaction au travail et l'engagement au travail. Les résultats confirment cette hypothèse, l'effet direct de la dissonance émotionnelle sur l'épuisement émotionnel ($\beta = .32$, $p < .001$) est partiellement médié à travers le déploiement attentionnel ($\beta = .13$, $p < .001$). Aussi, la relation directe entre la dissonance émotionnelle et la satisfaction au travail ($\beta = -.32$, $p < .001$) transite partiellement via le déploiement attentionnel ($\beta = -.07$, $p < .01$). Enfin, l'effet direct de la dissonance émotionnelle sur l'engagement affectif ($\beta = -.37$, $p < .001$) se trouve partiellement médié par déploiement attentionnel ($\beta = -.06$, $p < .01$).

Par ailleurs, les hypothèses 5, 6 et 7 qui soutiennent respectivement un effet médiateur de la réévaluation cognitive, la suppression et l'amplification positive dans la relation entre la dissonance émotionnelle et l'épuisement émotionnel, la satisfaction au travail et l'engagement au travail sont rejetées. Contrairement à nos prédictions, les résultats ne permettent pas de satisfaire les conditions de la médiation, les liens entre les variables médiatrices et les variables dépendantes ne sont pas significatifs.

5.6 Discussion

S'inspirant du modèle JD-R révisé qui tient compte de la médiation des ressources personnelles entre les exigences du travail et le bien-être au travail, la présente étude examine le rôle médiateur des stratégies de régulation émotionnelle dans la relation entre la dissonance émotionnelle et l'épuisement émotionnel, la satisfaction et l'engagement au travail

appréhendés comme des indicateurs du bien-être au travail. Ainsi, elle contribue à la littérature sur le travail émotionnel de plusieurs façons.

Le premier objectif de la présente recherche était d'examiner la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail. Les résultats confirment que la dissonance émotionnelle est négativement liée à la satisfaction au travail, à l'engagement au travail et positivement liée à l'épuisement émotionnel. Ceci confirme l'aspect contraignant de la dissonance émotionnelle dans le contexte algérien. Le travail avec la souffrance humaine, le fait de prodiguer des soins à des patients lourdement atteint par la maladie, côtoyer le désespoir de ses proches, ou bien affronter au quotidien la mort fait émerger chez l'infirmier des émotions intenses qui ne sont pas toujours en phase avec les normes comportementales, professionnelles et/ou sociétales, souvent implicites (Jeantet, 2002, 2003 ; Zapf 2002).

Ainsi, selon Andela, Auzoult et Truchot (2014), l'environnement de travail en milieu de soins caractérisé par de fréquentes situations émotionnellement intenses, n'accorde pas la possibilité aux soignants d'être, spontanément en phase avec les émotions prescrites. Comme l'explique Abraham (1998), cet écart entre émotions ressenties et émotions prescrites engendre un conflit entre la personne et le rôle qu'elle tient. Nos résultats confirment, en concordance avec d'autres études similaires, que cette tension est préjudiciable à l'engagement et à la satisfaction au travail, elle contribue aussi à la survenue de l'épuisement émotionnel (Dal Santo et al., 2013 ; Kaur, & Laxmi, 2014 ; Kinman & Leggetter, 2016 ; Delgado et al., 2017 ; Mauno et al., 2016 ; Seery & Corrigan, 2009 ; Andela & Truchot, 2017 ; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini, & Holz, 2001).

Par ailleurs, pour surmonter cette tension émotionnelle, l'infirmier-ère met en œuvre un travail sur ses propres émotions et ses représentations, sous forme de stratégies de régulation émotionnelle qui permettent de résorber cette charge émotionnelle, et d'afficher des émotions conformes aux règles d'affichage (Grandey, 2000). Les résultats de cette étude confirment la structure quadridimensionnelle des stratégies de régulation émotionnelle (le déploiement attentionnel, la réévaluation cognitive, la suppression et l'amplification positive). Cette structure n'ayant été révélée que très récemment dans la littérature (Andela et al., 2015) apporte une contribution à la compréhension du concept de travail émotionnel, qui peut être envisagé différemment de sa conceptualisation bidimensionnelle d'origine (stratégies de régulation en surface et en profondeur) de Grandey (2000). Ainsi, en conformité aux résultats de l'étude d'Andela et al. (2015), il apparaît que les quatre stratégies de régulation émotionnelle sont structurellement indépendantes, ce qui pourrait expliquer les résultats antinomiques relevés dans la littérature quant à la relation entre la régulation émotionnelle en deux facteurs (stratégies de régulation en surface et en profondeur) et le bien-être au travail. De plus, cette étude étend la validité de la structure quadridimensionnelle des stratégies de

régulation émotionnelle à une population Algérienne, une population issue d'un milieu socialement différent.

Le modèle final révèle que le déploiement attentionnel, à l'opposé des autres stratégies, constitue une stratégie de régulation émotionnelle qui médiatise partiellement la relation entre la dissonance émotionnelle d'une part, et l'épuisement émotionnel, la satisfaction et l'engagement au travail d'autre part. Les autres stratégies à savoir, la réévaluation cognitive, la suppression et l'amplification positive n'ont pas satisfait aux conditions de la médiation. Ceci démontre que malgré l'existence de liens significatifs au niveau des corrélations entre ces stratégies et les variables dépendantes (tableau 5.2), ces relations s'estompent lorsque toutes les stratégies sont considérées simultanément dans le modèle (figure 5.1), démontrant ainsi toute l'importance du déploiement attentionnel.

Notant que la régulation émotionnelle permet à l'employé en situation de dissonance émotionnelle face à un patient agressif par exemple, de penser à quelque chose de plaisant (déploiement attentionnel), de se représenter la souffrance que la personne endure (réévaluation cognitive), d'essayer de montrer un visage neutre (suppression expressive) ou bien, d'afficher comme même un sourire (amplification positive) afin de se conformer aux règles d'affichage émotionnel. Le déploiement attentionnel se distingue des autres familles de régulation émotionnelle en étant une stratégie qui selon Gross (2015) est utilisée depuis la petite enfance jusqu'à la fin de la vie. Le déploiement attentionnel fait référence à un changement cognitif, à travers une réorientation des pensées vers des souvenirs propres susceptibles de susciter les émotions dont l'individu a besoin dans une situation donnée (Grandey, 2000), ou en déplaçant son attention sur des aspects spécifiques de la situation (Gross, 2008). Tandis que les études ayant examiné le rôle médiateur de la suppression expressive et la réévaluation cognitive entre les demandes et le bien-être au travail foisonnent (Kafetsios & Loumakou, 2007 ; Cossette, 2008), cette étude constitue, selon notre recensement de la littérature, la seule ayant examiné le rôle médiateur du déploiement attentionnel, comme une dimension à part entière, dans la relation entre les tensions du travail et le bien-être au travail. De ce fait, nous n'avons pratiquement pas de recul pour pouvoir discuter nos résultats.

Cropanzano, Weiss, Suckow et Grandey (2000) identifient le déploiement attentionnel comme un mécanisme pouvant affecter la mesure dans laquelle l'événement est interprété comme une menace pour le bien-être. En d'autres termes, le déploiement attentionnel peut être appréhendé comme un moyen par lequel les individus choisissent de réagir à des situations stressantes (Welbourne, Eggerth, Hartley, Andrew, & Sanchez, 2007 ; Wallace et al., 2010). Dans ce sens, cette étude démontre que parmi les quatre stratégies de régulation émotionnelle, le déploiement attentionnel se distingue par sa capacité à médier, ne serait ce

que partiellement, l'effet de la dissonance émotionnelle sur le bien-être au travail. Il est avéré que la régulation en profondeur est fortement liée à l'amélioration de l'humeur, agissant en amont du ressenti émotionnel, contrairement à la régulation en surface qui est plus fortement liée à un contrôle expressif intervenant en aval du ressenti émotionnel (Webb, Miles, & Sheeran, 2012). Ce faisant, les résultats de cette étude pourraient traduire l'efficacité dans un contexte spécifique, d'agir en amont, c'est-à-dire, au moment de l'identification de la situation porteuse d'une éventuelle dissonance émotionnelle et avant le ressenti de sa tension émotionnelle résultante, en améliorant l'humeur à travers le déploiement attentionnel. Par ailleurs, considéré comme une distraction cognitive, permettant de convoquer des émotions réellement ressenties et conformes aux règles d'affichage émotionnels (Grandey, 2000), le déploiement attentionnel apparaît comme une stratégie dysfonctionnelle (Andela et al., 2015) où plus l'individu tente de se distraire d'un événement négatif, plus le lien négatif avec la situation continue d'émerger plus tard dans sa conscience (Wenzlaff & Wegner, 2000). Sur la base de ces caractéristiques, il se pourrait que le déploiement attentionnel constitue une réponse adaptée, sur le moment, afin de convoquer dans une situation de dissonance émotionnelle, des émotions conformes aux règles d'affichage, sans pour autant permettre d'annuler complètement l'effet de la dissonance émotionnelle sur le bien-être au travail, ce qui explique peut être, la médiation partielle observée.

Cependant, le fait que la réévaluation cognitive, la suppression et l'amplification positive ne médiatisent pas la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail contredit des études similaires (Van Gelderen et al., 2011 ; Maxwell & Riley, 2017 ; Llewellyn et al., 2013 ; Yin et al., 2016 ; Sliter et al., 2010). Seulement, il est important de signaler ici que parmi les études citées précédemment, aucune d'elle n'utilise la même échelle de mesure de la régulation émotionnelle que celle utilisée dans la présente étude.

Néanmoins, les résultats de cette étude peuvent être interprétés à la lumière de la spécificité de la profession infirmière et du contexte social. Étant donné que les recherches précédentes sur le travail émotionnel ont révélé une relation principalement négative entre la suppression, l'amplification et le bien-être au travail, on peut supposer que les employés interrogés, ayant eu recours à ces stratégies lorsqu'ils éprouvent une dissonance émotionnelle, n'ont pas développé des sentiments et des attitudes négatives envers leur travail pour plusieurs raisons. D'autant plus que la réévaluation cognitive réputée comme une stratégie adaptative permettant de convoquer des émotions réellement ressenties conformément aux règles d'affichage émotionnel (Grandey, 2000) n'a pas permis de médier l'effet de la dissonance émotionnelle.

En effet, l'amplification positive suppose un travail de simulation similaire à l'acteur de cinéma qui doit simuler une émotion de peur ou de joie qui n'est pas réellement ressentie.

Une telle comédie demande un certain niveau d'habileté expressionnelle et un talent d'acteur qui, mal maîtrisé, risque d'être perçu comme faux et d'être démasqué (Groth, Thurau, & Walsh, 2009 ; Picard, Cossette, & Morin, 2016). Aussi, ce jeu d'acteur peut engendrer chez le soignant un sentiment d'hypocrisie, de fausseté et de déloyauté envers la profession, les collègues ou encore envers les patients, quand l'empathie, la gentillesse, la patience, la tolérance représentent l'une des nombreuses qualités qui définissent la profession d'infirmière. Ces vertus professionnelles peuvent en quelque sorte contrebalancer les effets néfastes de l'amplification positive. Un constat qui pourrait également s'appliquer à la suppression expressive. Le contrôle expressif dans une profession à fort relationnel comme la profession infirmière peut être perçue, notamment lors de l'utilisation de la suppression expressive, comme un désengagement relationnel et un désintéressement vis-à-vis de l'autre (Gross, 1998). La relation soignant/soigné si importante aux yeux des infirmier-e-s (Estryn-Béhar, 2008) pourrait expliquer l'absence de lien médiateur. A travers cette relation, le patient(e) pourrait exprimer des marques de gratitude et de reconnaissance si importantes aux yeux des soignants, un tel feedback selon Estryn-Béhar (2008) constitue l'un des fondements de base de la vocation infirmière qui serait peut être, selon nous, la cause derrière la non transition de l'effet négatif de la dissonance émotionnelle à travers la suppression ou l'amplification positive. De sorte que le soignant compense l'effet délétère de ces stratégies par un sentiment du devoir accompli.

D'autres aspects culturels ou même religieux pourrait être à l'origine de l'annulation de l'effet médiateur de ces stratégies. En effet, la population interrogées évoluent dans une société qui après avoir connu, selon Wali (2013), le libéralisme et le modernisme issu de l'héritage culturel Français jusqu'aux années 80, se voit endurcie par la violence de la guerre civile et l'autoritarisme du radicalisme religieux. De plus, l'analyse sociale entre islam et pratique infirmière effectuée par Phaneuf (2016) fait ressortir une certaine incompatibilité entre des expressions émotionnelles empathiques par exemple, et certaines doctrines répressives issue du radicalisme islamiste. Cette conjugaison de facteurs culturo-religieux pourrait expliquer le fait que certaines stratégies de régulation émotionnelle comme la suppression et l'amplification positive n'ont pas permis de véhiculer l'effet négatif de la dissonance émotionnelle sur le bien-être au travail, de sorte que la population interrogée de par un certain caractère de personnalité couplé à un fond idéologique est peut être, moins sensible au caractère contraignant de ces stratégies. Evidemment, d'autres études plus spécifiques à ces aspects sont nécessaires pour pouvoir étayer ce postulat.

D'autre part, la réévaluation cognitive constitue une stratégie moins automatique et plus onéreuse en ce qu'elle implique un processus cognitif conscient qui sollicite fortement les ressources cognitives de l'individu et impactant son bien-être (Van Gelderen, 2013). Se

mettre à la place d'un patient souffrant et désespéré, essayer de percevoir ses émotions, ses peurs, ces craintes et son mal-être représente un lourd travail cognitif et émotionnel. Cette stratégie permet aussi de convoquer des émotions réellement ressenties conformes aux règles d'affichage émotionnel, confortant ainsi le soignant dans son rôle professionnel (Andela et al., 2015). Nos résultats démontrent qu'en état de dissonance émotionnelle, la population interrogée a eu recours à la réévaluation cognitive sans pour autant que cette stratégie permette de médier l'effet de cette dissonance émotionnelle sur le bien-être au travail. Dans ce cas précis, et à la lumière des résultats obtenus, nous pensons que les capacités cognitives de l'individu lui permettent de mobiliser dans une même situation, plusieurs stratégies de régulation émotionnelle. D'ailleurs, le fait que certaines stratégies permettent ou pas d'interférer dans la relation entre les demandes et le bien-être au travail ne tient pas de la stratégie elle-même, mais d'une conjugaison de plusieurs facteurs. Il a été prouvé à maintes reprises que durant les interactions qu'à l'individu dans la réalisation de son travail, il est fréquent qu'il utilise plusieurs stratégies de régulation émotionnelle de manière simultanée (Gabriel & Diefendorff, 2015 ; Cossette & Hess, 2015 ; Gabriel, Daniels, Diefendorff, & Greguras, 2015), il est également possible que la même personne utilise différentes stratégies à différents moments selon son expérience émotionnelle (Grandey, 2000 ; Gross & Thompson, 2007). Dans ce cas, une ou plusieurs stratégies peuvent prendre le dessus sur d'autres (Cossette & Hess, 2015), de telle manière que le déploiement attentionnel dans notre modèle, a en quelque sorte, masqué l'effet des autres stratégies à un moment donné. Pour ce faire, une étude longitudinale pourrait capturer cette variation dans l'utilisation de telle ou telle stratégie à travers le temps, ou même dans une même journée de travail.

D'autres facteurs possibles pourraient prendre place dans l'équation comme l'expérience dans la profession. Nos analyses des variances (annexe 3) laissent entrevoir que les infirmier-e-s ayant plus d'ancienneté dans la profession sont moins fortement assujetties à la dissonance émotionnelle par rapport aux autres groupes ayant une ancienneté moindre. Ce résultat se trouve conforme à d'autres études similaires (Tsouloupas, Carson, Matthews, Grawitch, & Barber, 2010 ; Kafetsios & Loumakou, 2007). D'autres soutiennent qu'avec l'âge, les personnes apprennent à mieux réguler leurs émotions selon la situation (Carstensen, Pasupathi, Mayr, & Nesselroade, 2000). Néanmoins, cette différence n'a pas été relevée dans nos analyses de variance. Les recherches futures devraient faire la distinction entre les effets probables des processus de maturation professionnelle dans la relation entre le travail émotionnel et le bien-être au travail.

5.7 Conclusion

Les émotions au travail s'avèrent une réalité passionnante, elles ne sont pas qu'omniprésentes au travail, elles peuvent interagir dans la relation entre la dissonance

émotionnelle et le bien-être au travail, notamment à travers le déploiement attentionnel. Pourtant, peu de recherches se penchent sur le concept du travail émotionnel, qui pourrait être approfondi davantage dans le cadre d'études servant à en codifier et mesurer les attributs (Truc, Alderson, & Thompson, 2009).

Cette étude contribue à la littérature sur le travail émotionnel qui se voit enrichie par une structure quadridimensionnelle. Nos résultats confirment aussi que la dissonance émotionnelle a un effet direct et négatif sur le bien-être au travail d'une part, et un effet indirect négatif à travers le déploiement attentionnel sur le bien-être au travail. De plus, comme la plupart des études sur le travail émotionnel ont été menées dans un contexte nord-américain ou européen, notre étude peut être considérée comme une contribution à la littérature traitant du travail émotionnel dans un contexte culturel Algérien.

5.8 Implications

Comme le mentionne Soarès (2002), la recherche au sujet de la dimension émotionnelle du travail n'en est qu'à ses débuts. Etant donné que le travail émotionnel fait partie intégrante de la tâche des infirmier-e-s (Treweek, 1996), nous espérons que les résultats de cette étude encourageront les gestionnaires à élaborer des stratégies axées sur le travail émotionnel pour prémunir leurs salariés des effets néfastes de la dissonance émotionnelle et promouvoir ainsi, l'engagement et la satisfaction au travail, ce qui amènera un environnement professionnel propice au développement du bien-être au travail.

5.9 Limites et perspectives

Toutefois, bien que notre recherche apporte sa contribution qui peut conduire au développement de nouvelles pratiques de gestion, elle n'est pas exempte de limites. La principale tient au fait qu'étant une recherche transversale, elle ne permet pas de vérifier la temporalité des relations observées. Dans le futur, une étude longitudinale pourrait venir confirmer ces relations. Par ailleurs, d'autres études transversales ou qualitatives devraient enrichir davantage les résultats.

De plus, il serait judicieux d'inclure à cette étude des variables relatives à la spécificité du travail dans l'environnement hospitalier, telle que la charge de travail, le conflit famille/travail ou encore travail-famille du fait des horaires atypiques et le travail de nuit. Aussi, le secteur hospitalier est particulièrement axé sur le management de proximité et le travail collectif, d'où l'intérêt d'intégrer dans la relation des variables relatives au soutien du supérieur hiérarchique et des collègues.

5.10 Sources de financement et conflit d'intérêt

Cette recherche n'a reçu aucune subvention spécifique d'une agence de financement dans les secteurs public, commercial ou à but non lucratif. Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré par les auteurs.

Chapitre 6, étude 3. Dissonance émotionnelle et bien-être dans la profession infirmière : le rôle médiateur du soutien émotionnel perçu du supérieur.

6.1 Introduction

Les infirmier-e-s dans le secteur hospitalier sont en première ligne et doivent faire face à un certain nombre d'interactions émotionnellement exigeantes avec les patients et leurs familles. Ces interactions génératrices d'émotions, positives ou négatives, sont régies par des « règles d'affichage émotionnels » définies comme un ensemble de normes de comportement ou d'affichages émotionnels, implicites ou explicites, qui trouvent racines dans les règles organisationnelles, les normes sociales ou bien l'éthique de la profession. Cependant, dans certaines situations, les émotions ressenties ne concordent pas avec ces règles d'affichage, c'est le cas lorsqu'un infirmier(e) ressent du mépris envers un patient ingrat ou du dégoût lors du toilettage d'un sans abris alors que l'éthique de la profession lui dicte de se montrer bienveillant(e). La littérature scientifique identifie cet état de discordance entre émotion ressentie et règles d'affichage comme étant de la dissonance émotionnelle (Zapf, 2004). Une récente méta-analyse conclut que la dissonance émotionnelle constitue un important facteur de stress au travail induisant de l'épuisement professionnel (Kenworthy, Fay, Frame, & Petree, 2014).

En effet, sur le court terme, la dissonance émotionnelle se trouve positivement liée à l'épuisement émotionnel et négativement liée à l'engagement au travail et à la satisfaction au travail dans la profession infirmière établissant ainsi, le sens négatif de la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail (Dal Santo, Pohl, & Battistelli, 2016 ; Andela & Truchot, 2016). Néanmoins, peu d'études se sont penchées sur l'examen de la temporalité de cet effet négatif de la dissonance émotionnelle sur le bien-être au travail. Or une étude longitudinale permettrait d'entrevoir les variations, au cours du temps, de la force des liens entre dissonance émotionnelle et le bien-être au travail.

D'autre part, le modèle Job-Demands Resources (JD-R) appuie la nécessité d'exploiter les ressources du travail afin de maintenir et de promouvoir le bien-être au travail (Bakker, Demerouti, & Euwema, 2005). Plusieurs études basées sur le modèle JDR considèrent le soutien perçu du supérieur, comme une ressource organisationnelle essentielle pour le bien-être au travail (par exemple : Mishra & Kumar, 2016 ; Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2007 ; Sawang, Brough, & Barbour, 2009 ; Kinman, Wray, & Strange, 2011 ; Doorn, Ruysseveldt, Dam, Mistiaen, & Nikolova, 2016). Le soutien perçu du supérieur se compose de deux formes : une forme instrumentale qui revoie à une aide tangible telles que des clarifications et des informations par rapport aux tâches à réaliser et une forme émotionnelle qui se traduit par la sympathie, le réconfort, une valorisation des efforts

émotionnels consentis et une préoccupation pour le bien-être (Pohl & Galletta, 2017). Cependant, peu d'études font ressortir les formes du soutien du supérieur (Ruiller, 2008). Pour ce faire, s'inspirant du modèle JD-R révisé, la présente étude a pour objectif l'examen de la temporalité des relations entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail, à travers deux temps de mesure à six mois d'intervalle. Le bien-être au travail comme une expérience subjective est généralement appréhendé à l'aide d'indicateurs reflétant la perception d'un individu envers son travail, son organisation et sa santé (Taris & Schaufeli, 2015). Ainsi, cette étude appréhende le bien-être au travail par quatre indicateurs : l'épuisement émotionnel, l'engagement organisationnel affectif, l'engagement au travail et la satisfaction au travail. Notre deuxième objectif sera l'examen du rôle médiateur du soutien émotionnel perçu du supérieur (SESP) mesuré en temps 1, dans la relation entre la dissonance émotionnelle mesurée en temps 1 et le bien-être au travail mesuré au temps 2 (figure 6.1).

6.2 Dissonance émotionnelle et bien-être au travail : liens de temporalité

Les soins infirmiers sont parmi les professions d'aide types, enclins à la dissonance émotionnelle (Dal Santo et al., 2016). Dans le milieu hospitalier, les patients sont au centre de toute attention, ils doivent être pris en charge d'une manière globale, tant médicale que psychologique. En effet, le patient est d'abord un être humain fragilisé par la maladie et particulièrement inquiet pour sa santé. C'est pourquoi le personnel infirmier, conscient de l'importance du relationnel qui fait partie intégrante de son rôle, s'affaire à entretenir des relations basées sur l'authenticité, l'écoute, la compassion, l'humilité et la chaleur (Hesbeen, 2007). Les émotions engendrées par ces interactions sont souvent, pour le personnel infirmier, un gage de professionnalisme, d'humanité et de travail bien accompli. Cependant, le personnel infirmier se trouve parfois, dans des situations où l'émotion ressentie procure plutôt du stress et une tension psychologique et un sentiment d'inauthenticité du fait de sa discordance avec les normes, professionnelles ou sociales. Il ressentira alors une dissonance émotionnelle, un état de malaise psycho-émotionnel induit par une discordance entre ce qu'il ressent et ce qu'il doit ressentir (Zapf, 2002 ; Brotheridge & Grandey, 2002). Le concept de dissonance émotionnelle a été inclus dans plusieurs études (Brotheridge & Lee, 1998 ; Morris & Feldman, 1996, 1997 ; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini, & Holz, 2001 ; Zapf, Vogt, Seifert, Mertini, & Isic, 1999). Cependant, certains auteurs le voient comme une dimension du travail émotionnel (Morris & Feldman, 1996), d'autres le voient comme une variable dépendante résultant de la stratégie de régulation émotionnelle en surface (Ashforth & Humphrey, 1993), tandis qu'un troisième groupe d'auteurs le considèrent comme un facteur de stress et une contrainte ancrée dans l'environnement des professions de service (Holman, Chissick, & Todderell, 2002 ; Dal Santo et al., 2016 ; Machado, Desrumaux, & Dose, 2015). La présente étude comme explicité précédemment, s'inscrit dans la lignée de Dal Santo et al.

(2016), considérant la dissonance émotionnelle comme une tension psychologique issue d'un décalage entre les émotions ressenties et l'émotion plébiscitée par les normes organisationnelles, sociales ou les règles de l'éthique de la profession (Zapf, 2002).

La dissonance émotionnelle représente un frein au bien-être des infirmier-e-s (Kumar-Mishra & Bhatnagar, 2010 ; Heuven & Bakker, 2003 ; Zapf, 2002). Elle se trouve être positivement liée à l'épuisement émotionnel (Mishra & Kumar, 2016 ; Kwon & Kim, 2015 ; Kinman & Leggetter, 2016 ; Dal Santo et al., 2016 ; Delgado, Upton, Ranse, Furness, & Foster, 2017 ; Andela, Truchot, & Borteyrou, 2015 ; Andela & Truchot, 2017) et négativement à la satisfaction au travail (Murphy, 2005 ; Dal Santo, Pohl, & Battistelli, 2013 ; Kaur, & Laxmi, 2014 ; Lewig & Dollard, 2003 ; Scheibea, Stamoov-Robnagelb, & Zachera, 2015) et à l'engagement au travail (Mauno et al., 2016 ; Dal Santo et al., 2015). La plupart des études qui se sont attachées à l'étude de la relation entre la dissonance émotionnelle et l'engagement organisationnel de type affectif conclut à une relation négative entre ces deux variables (Grebner, Semmer, Faso, Gut, Kälin, & Elfering, 2003 ; Dormann & Zijlstra, 2004 ; Abraham, 1999, 2000), nonobstant une récente étude transversale conduite sur une population infirmière, qui conclut à l'absence de lien entre la dissonance émotionnelle et l'engagement organisationnel affectif (Santos, 2013). Un tel résultat contradictoire combiné au peu d'études recensées, appelle la nécessité de clarifier la relation entre la dissonance émotionnelle et l'engagement organisationnel affectif.

La revue de littérature semble aller dans le sens d'un lien négatif entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail. Ceci est souvent expliqué sur la base de la théorie des rôles (Katz & Kahn, 1966). Cette approche suggère de concevoir la dissonance émotionnelle comme une forme de conflit de rôle issue d'un affrontement entre des valeurs personnelles (émotions véritablement ressenties) et des exigences de rôle professionnel (émotions prescrites), constituant ainsi, une forme de conflit personne/rôle (Abraham, 1998). Ainsi, l'individu en état de dissonance émotionnelle qui se trouve dans l'incapacité de ressentir l'émotion prescrite ou désirée, subira une tension psychologique et une aliénation de ses propres émotions, un sentiment d'inauthenticité et d'hypocrisie bousculant ses valeurs et remettant en question ses compétences professionnelles et sa motivation intrinsèque (Kruml & Geddes, 2000 ; Crego, Martinez-Iñigo, & Tschan, 2013).

Par ailleurs, malgré le peu d'études ayant examiné la relation entre la dissonance émotionnelle (appréhendée comme une tension du travail) et le bien-être au travail dans le temps, les résultats laissent apparaître une tendance vers un effet de la dissonance émotionnelle persistant dans le temps. Certaines études concluent que la dissonance émotionnelle agit négativement, dans le temps, sur le bien-être au travail (Barbour, 2014 ; Hertel, Rauschenbach, Thielgen, & Krumm, 2015). Selon la méta-analyse de Hülshager et

Schewe (2011), la dissonance émotionnelle engendre, à long terme, l'épuisement. Une récente étude de Kubicek et Korunka (2015) conduite sur une population infirmière démontre que la dissonance émotionnelle en T1 est liée positivement à l'épuisement émotionnel mesuré en T2 avec 16 mois d'intervalle. Le même résultat a été trouvé dans d'autres études conduites sur des emplois de service (Naseer & Raja, 2016 ; Simbula, 2009 ; Serkal, 2006). Cependant, certaines études (Binnewies, Sonnentag, & Mojza, 2009 ; Castanheira & Chambel, 2010) concluent à des résultats contraires. Ces études longitudinales en trois temps de mesure espacés de six mois à huit mois démontrent l'absence de lien entre la dissonance émotionnelle et l'épuisement émotionnel et ce, malgré l'existence d'un lien positif et significatif entre les deux variables dans l'étude transversale. Le même constat fut relevé dans une autre étude longitudinale sur une population d'enseignants, utilisant deux temps de mesure espacés de 21 mois (Feuerhahn, Kudielka, & Bellingrath, 2013).

Cette recension succincte ne permet pas en effet, d'affirmer que la dissonance émotionnelle correspond bien à une tension constante du travail, ou bien à un état émotionnel éphémère, bien que délétère sur le moment. L'étude de Van Gelderen (2013) démontre même que l'intensité de la dissonance émotionnelle varie au cours d'une même journée de travail. Néanmoins, nous adhérons à l'idée que la dissonance émotionnelle n'est pas un état émotionnel éphémère, mais bien la représentation d'une demande émotionnelle du travail constante dans les métiers de service (Zapf, 2002) et plus particulièrement dans la profession infirmière, une profession réputée chargée émotionnellement ou la dissonance émotionnelle figure même parmi les facteurs les plus importantes pour expliquer l'épuisement émotionnel (Dal Santo et al., 2016 ; Ortiz, Garcia-Buades, Caballer, & Zapf, 2016 ; Heuven & Bakker, 2003 ; Karatepe, 2011). Ainsi, nous émettons l'hypothèse suivante :

Hypothèse 1. La dissonance émotionnelle au T1 sera positivement liée à l'épuisement émotionnel au T2.

D'autre part, définie précédemment comme le résultat de l'évaluation qu'une personne fait au sujet de son travail ou de sa situation de travail (Paillé, 2008), la satisfaction au travail représente l'un des indicateurs les plus pertinents du bien-être au travail dans la profession infirmière. Cette attitude du travail est jugée primordiale dans la réussite du processus thérapeutique et serait un gage de qualité de soins des établissements de santé (Van Der Doef, Mbazzi, & Verhoeven 2012). Les rares études longitudinales ayant étudié l'effet de la dissonance émotionnelle sur la satisfaction au travail n'ont pas trouvé de liens statistiquement significatifs (Peters, 2007 ; Coté & Morgan 2002). Cependant d'autres études longitudinales telles que les études de Serkal (2006) et Cheung et Tang (2010) sur les professions de service et celle de Huyghebaert (2015) sur le personnel paramédical de 47 établissements sanitaires établissent clairement une relation négative et significative entre la dissonance émotionnelle et

la satisfaction au travail à intervalle de temps respectivement de 18 mois et 3 mois. Ces résultats contradictoires nous renvoient aux recommandations de plusieurs auteurs qui plaident, pour d'avantage d'études longitudinales afin de clarifier le rôle de la dissonance émotionnelle, dans le temps, sur le bien-être au travail (Cheung & Tang, 2007 ; Holman et al., 2002 ; Zapf, 2002). Dans la profession infirmière, la relation avec les patients par exemple, représente une source importante de satisfaction au travail (Adams & Bond, 2000 ; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, Busse, Clarke, ... & Shamian, 2001). Une relation émotionnelle sincère est déterminante pour la satisfaction des infirmier-e-s (Smith et Allan, 2010). Toutefois, la dissonance émotionnelle induit un sentiment d'incompétence, une perception d'inauthenticité du fait que les émotions propres sont inappropriées avec les valeurs de la profession (Zapf, 2002). Connaissant l'orientation affective et positive vis-à-vis de son travail que la satisfaction au travail représente, la dissonance émotionnelle pourrait travestir cette relation émotionnelle sincère et influencer ainsi, négativement sur la satisfaction au travail. En effet, cette expérience négative (dissonance émotionnelle) engendre de la frustration des besoins psychologiques, un manque d'autonomie, d'affiliation et diminue ainsi, l'enthousiasme et la satisfaction au travail (Huyghebaert, 2015). Nous pouvons donc, à partir de ces résultats, émettre l'hypothèse suivante :

Hypothèse 2. La dissonance émotionnelle au T1 sera négativement liée à la satisfaction au travail au T2.

L'engagement au travail reflète aussi, le degré de bien-être au travail car il traduit un état émotionnel positif satisfaisant et épanouissant vis-à-vis du travail (Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002). Cette évaluation positive fait par l'individu vis-à-vis de son travail serait affectée, à long terme, par la dissonance émotionnelle. Ce postulat a été conforté par l'étude de Simbula (2009), qui grâce à trois temps de mesures espacés de quatre mois démontre que la dissonance émotionnelle en T1 est liée négativement à l'engagement au travail en T2 et T3. Or, l'étude de Xanthopoulou, Bakker & Fischbach (2013), contredit ce résultat, il s'avère après deux temps de mesure espacés de 18 mois, que la dissonance émotionnelle n'a pas d'effet direct à long terme sur l'engagement au travail. Comme mentionné précédemment, le peu d'études longitudinales entreprises, ne permet pas de lever cette ambiguïté ou de statuer sur le sens de la relation, à long terme, entre la dissonance émotionnelle et l'engagement au travail. Cependant, en se basant sur l'étude de Simbula (2009) et les résultats des études transversales supra citées, il apparaît que la dissonance émotionnelle, nourrie par la fréquence des interactions émotionnellement exigeantes imposées par l'activité infirmière (Loriol, 2013) continue d'affecter négativement, dans le temps, l'engagement au travail. En effet, l'infirmier(e) doit être attentionné(e), compatissant(e) et empathique (Reed, 2004). Des études démontrent que les interactions empathiques dans les

professions soignantes peuvent engendrer des sentiments d'accomplissement personnel, réapprovisionner la motivation, l'engagement, et renforcer la résilience émotionnelle (Kinman & Grant, 2016 ; Lilius, 2012 ; Slocum-Gori, Hemsworth, Chan, Carson, & Kazanjian, 2013). Or, l'infirmier(e) en état de dissonance émotionnelle subit une tension psychologique qui, à termes, induit une aliénation des émotions (Diefendorff, Croyle, & Gosserand, 2005 ; Pohl, Dal Santo, & Battistelli, 2015). Un état qui traduit selon Dal Santo et al. (2016) un défaut d'intériorisation des règles d'affichage émotionnel. Comme le soignant ne parvient pas à intérioriser ces règles d'affichage émotionnel issues du travail (règles de déontologie et d'éthique) ou de l'organisation (normes organisationnelles), sa satisfaction au travail qui est en fait, un état émotionnel positif vis-à-vis du travail, s'en trouve à long terme altéré. De ce qui précède, nous formulons l'hypothèse suivante :

Hypothèse 3. La dissonance émotionnelle au T1 sera négativement liée à l'engagement au travail au T2.

L'engagement organisationnel est un concept largement examiné en raison de son importance pour la performance et l'efficacité des organisations sanitaires. Parmi les différentes formes de ce construit multidimensionnel, la forme affective est celle qui apparaît comme la plus fortement prédictive de comportements bénéfiques aux organisations sanitaires comme la performance au travail ou la fidélité du personnel (Mathieu & Zajac, 1990 ; Meyer, Stanley, Herscovitch, & Topolnytsky 2002 ; Morrow, 2011). L'engagement organisationnel affectif fait référence à l'attachement émotionnel des employés et à leur identification envers l'organisation. Les membres de l'organisation engagés sur le plan affectif restent au sein de l'organisation parce qu'ils croient en ses valeurs au détriment d'intérêts plus personnels (Pohl, 2002 ; Meyer & Allen, 1997). L'engagement affectif reflète mieux les valeurs enracinées de la profession infirmière notamment le don de soi, l'altruisme et le dévouement (Joiris, 2009) que l'engagement continu fondé sur le calcul des coûts.

Un examen minutieux de la littérature ne nous a pas permis de lier la dissonance émotionnelle à l'engagement organisationnel affectif dans une vision longitudinale. Néanmoins, il apparaît que la dissonance émotionnelle à long terme, diminue l'enthousiasme et le sens du défi des professionnels de la santé (Huyghebaert, 2015). En effet, l'individu percevant son organisation comme la source des règles d'affichage incongrues, à l'origine de son malaise émotionnel, sera plus à même, suivant la théorie de l'échange social de Blau (1964), de retourner ce traitement par moins d'engagement affectif envers l'organisation (Dal Santo et al., 2013 ; Abraham, 1999). Sur la base de ce constat, nous formulons l'hypothèse suivante :

Hypothèse 4. La dissonance émotionnelle au T1 sera négativement liée à l'engagement organisationnel affectif au T2.

6.3 Le soutien émotionnel perçu du supérieur : une ressource organisationnelle

Les récentes études, associées au modèle Job Demandes-Ressources (JD-R) de Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli (2001) mettent l'accent sur le potentiel des ressources dont dispose l'organisation pour faire face aux demandes du travail et préserver ainsi, du sens et du plaisir au travail (Mauno, Ruokolainen, Kinnunen, & De Bloom, 2016 ; Gabel-Shemuéli, Dolan, & Suárez-Ceretti, 2017 ; Zito, Cortese, & Colombo, 2016 ; Montgomery, Spânu, Băban, & Panagopoulou, 2015 ; Cascino, Mélan, & Galy, 2016).

Le soutien du supérieur hiérarchique compte parmi les ressources les plus efficaces au regard de ses répercussions positives sur le bien-être du personnel infirmier (Battistelli, Galletta, Vandenberghe, & Odoardi, 2016 ; Portoghese, Galletta, Battistelli, & Leiter, 2015 ; Brunetto, Shriberg, Farr-Wharton, Shacklock, Newman, & Dienger, 2013). Le soutien perçu du supérieur (SSP) renvoie à la manière dont l'employé se sent protégé, reconnu et valorisé par son supérieur hiérarchique (Roadhes & Eisenberger, 2002). Il est bâti sur la théorie de l'échange social (Blau, 1964), qui soutient que les interactions entre l'employé et son organisation, fondées sur la confiance et l'engagement mutuel, peuvent bénéficier à la fois aux employés et à l'organisation dans son ensemble (Cropanzano & Mitchell, 2005). Ainsi, sur la base la norme de réciprocité de Gouldner (1960), les employés percevant que leurs supérieurs hiérarchiques les soutiennent, et les valorisent, auront en retour, besoin de s'acquitter de cette dette sous forme de comportements et attitudes positives envers le travail et l'organisation (Roadhes & Eisenberger, 2002).

Plusieurs études établissent que le SSP serait lié positivement à des attitudes professionnelles et organisationnelles telles que l'engagement organisationnel affectif (Vandenberghe & Marchand, 2015 ; Çakmak-Otluoğlu, 2012 ; Rousseau & Aubé, 2010 ; Armstrong-Stassen & Schlosser, 2010), la satisfaction au travail (Rodwell & Munro, 2013 ; Lewig & Dollard, 2003) et l'engagement au travail (Orgambidez-Ramos & de Almeida, 2017 ; Poulsen, M. G., Khan, A., Poulsen, E. E., Khan, S. R., & Poulsen, A. A. 2016 ; Vera, Martínez, Lorente, & Chambel, 2016 ; Jin & McDonald, 2016) et négativement à l'épuisement émotionnel (Adriaenssens, De Gucht, & Maes, 2015 ; Jourdain & Chênevert, 2010 ; Weigl, Stab, Herms, Angerer, Hacker, & Glaser, 2016). Le sens de la relation entre le SSP et le bien-être au travail perdure dans le temps. Le SSP dans le contexte infirmier, après deux à trois temps de mesures, reste positivement lié à la satisfaction au travail (Gelsema, Van der Doef, Maes, Janssen, Akerboom, & Verhoeven, 2006 ; Bradley & Cartwright, 2002 ; Osca, Urien, Gonzalez-Camino, Dolores Martínez-Pérez, & Martinez-Perez, 2005), à l'engagement au travail (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2009 ; Verhoeven, 2014 ; De Lange, De Witte, & Notelaers, 2008), à l'engagement organisationnel affectif (Sears, 2010 ; Dubois, Bentein, Mansour, Gilbert, & Bédard, 2013) et négativement à

l'épuisement émotionnel (Van Dierendonck, Schaufeli, & Buunk, 1998 ; Van Der Ploeg & Kleber, 2003 ; Elfering, Semmer, Schade, Grund, & Boos, 2002).

Conceptuellement, le SSP se décline en deux principales formes : instrumentale et émotionnelle (Pohl & Galletta, 2017). La forme instrumentale est liée à une aide tangible se rapportant à des clarifications, conseils et ou une aide technique en relation avec le travail, alors que la forme émotionnelle revêt un caractère informel se manifestant, entre autres, par la sympathie, l'attention, le réconfort et l'encouragement (Reblin & Uchino, 2008). En se basant sur l'étude de Pohl et Galletta (2017) ainsi que celle de Roadhes et Eisenberger (2002) on peut définir la perception du soutien émotionnel du supérieur (SESP) comme étant la perception du salarié de la mesure selon laquelle son supérieur hiérarchique le soutient émotionnellement, c'est-à-dire se préoccupe de son bien-être, lui exprime des affects positifs et lui apporte des sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort.

Empiriquement, peu d'étude traite du SESP en lien avec le bien-être au travail. Néanmoins, nous avons pu démontrer précédemment (étude1) que non seulement le SESP serait lié positivement à l'engagement affectif et la satisfaction au travail et négativement à l'épuisement émotionnel mais qu'en plus, le SESP expliquait partiellement la relation entre les demandes du travail (conflit travail/famille et l'effort extrinsèque) et le bien-être au travail du personnel infirmier. Nos résultats confortent également une récente étude qui démontre que la perception du personnel infirmier du soutien émotionnel de la part de leur supérieur hiérarchique été liée positivement à l'engagement et la satisfaction au travail (Pohl & Galletta, 2017). D'autres études transversales établissent le rôle médiateur du SSP dans la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail (Roxana, 2013 ; Cheung & Tang, 2007 ; Mishra & Kumar, 2016 ; Xanthopoulou et al., 2007 ; Sawang et al., 2009 ; Kinman et al., 2011 ; Doorn et al., 2016 ; Zito et al., 2016). Par ailleurs, l'étude longitudinale de Simbula (2009) nous indique que la dissonance émotionnelle n'agit pas, dans le temps, sur le SSP.

Par ailleurs, aucune étude, à notre connaissance, n'a testé le rôle médiateur du SESP dans la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail dans une optique longitudinale. Récemment, une étude établit que le soutien social émotionnel diminue l'effet négatif de la dissonance émotionnelle en T1 sur l'épuisement émotionnel en T2 avec un intervalle entre les deux temps de mesures de 21 mois (Feuerhahn, Bellingrath, & Kudielka, 2013). Notant ici, que le soutien social émotionnel est un concept différent du SESP. Ce concept est issu du soutien social développé par Cobb (1976) ou le soutien peut être issu de différentes sources telles que la famille, les amis, les collègues de travail et le supérieur. Néanmoins, l'étude nous donne une bonne indication de la temporalité des relations.

De ce qui précède, les résultats des études antérieures illustrent bien le besoin de l'individu en état de dissonance émotionnelle de solliciter le soutien de son supérieur hiérarchique afin

de résoudre cet état d'inconfort et de tension psychologique ou bien d'en atténuer ses effets négatifs (Ortiz et al., 2016). En ce sens, le soutien émotionnel du superviseur peut atténuer l'hypocrisie induite de la dissonance émotionnelle générée par les règles prescrites (Machado et al., 2015 ; Dal Santo et al., 2016). Ceci a été aussi confirmé dans le cadre d'études qualitatives, où le SESP a été interprété comme un mécanisme important permettant aux infirmières de réfléchir sur la façon dont elles peuvent gérer la dissonance émotionnelle et sur leurs relations avec les patients (Huynh, Alderson, & Thompson, 2008 ; McCreight, 2005). Dans cette perspective, nous émettons donc les hypothèses suivantes :

Hypothèse 5. Le soutien émotionnel perçu du supérieur mesuré en T1 médiate la relation entre la dissonance émotionnelle mesurée en T1 et l'épuisement émotionnel mesuré en T2.

Hypothèse 6. Le soutien émotionnel perçu du supérieur mesuré en T1 médiate la relation entre la dissonance émotionnelle mesurée en T1 et la satisfaction au travail mesurée en T2.

Hypothèse 7. Le soutien émotionnel perçu du supérieur mesuré en T1 médiate la relation entre la dissonance émotionnelle mesurée en T1 et l'engagement au travail mesuré en T2.

Hypothèse 8. Le soutien émotionnel perçu du supérieur mesuré en T1 médiate la relation entre la dissonance émotionnelle mesurée en T1 et l'engagement organisationnel affectif mesuré en T2.

6.4 Méthode

6.4.1 Echantillon et procédure

La présente étude de panel s'est déroulée au moyen de questionnaires auto administrés distribués aux mêmes participants à deux reprises, avec un intervalle de 6 mois. Des 522 infirmier-e-s de départ (T1) seulement 188 ont complété le questionnaire en T2 ce qui représente 36,01 % de l'échantillon de départ. Un code personnel a été ajouté au questionnaire pour permettre de fusionner les données T1 et T2. L'échantillon est composé de personnel infirmier de différentes sous catégories socioprofessionnelle (Infirmier de santé publique, infirmier spécialiste de santé publique, auxiliaire médical d'anesthésie réanimation et aide-soignant) travaillant dans deux hôpitaux d'Alger à savoir, les centres hospitaliers universitaires Isaad Hassani et Mohammed Lamine Debaghine.

Les participants ont été invités sur la base du volontariat à remplir un questionnaire papier proposé en deux langues : française et arabe. Pour assurer l'exactitude de la traduction littérale, une bonne adaptation au contexte culturel, aux habitudes de vie et aux idiomes de la population cible selon les recommandations de Guillemin, Bombardier, & Beaton (1993), le questionnaire a été traduit par des spécialistes en traduction et validé par cinq professeurs de psychologie du travail et des organisations de l'Université d'Alger. La présentation de la démarche leur a été faite à partir d'une note explicative figurant à la première page du questionnaire. La consigne qui leur a été donnée était de remplir le questionnaire en leur

rappelant l'anonymat du questionnaire, mais également la confidentialité dans le traitement des données. La distribution, le remplissage et la collecte des questionnaires se sont effectués sur leur lieu de travail avec le concours des infirmier-e-s coordinateurs-(trice). Les questionnaires remplis ont été retournés dans une boîte verrouillée.

Le nombre de questionnaires distribués au T1 est de 990 dont 522 questionnaires ont été complétés et validés correspondant à un taux de réponse de 52,72% (parmi les 522 participants, seulement 216 ont renseigné le mot de passe qui permet l'appariement des questionnaires T1 et T2). Le même nombre de questionnaires (990) a été distribué au T2. Nous avons pu récupérer 444 questionnaires. 188 répondants seulement ont répondu aux deux temps de mesures correspondant à un taux de réponse de 87,03 % (par rapport à 216 du T1). Le questionnaire relatif au T1 incluait les échelles relatives aux variables dépendantes (l'épuisement émotionnel, la satisfaction au travail, l'engagement affectif et l'engagement au travail), l'échelle de la dissonance émotionnelle et l'échelle relative à la perception du soutien émotionnel du supérieur. Tandis que le questionnaire du T2 ne contenait que les échelles relatives aux variables dépendantes. La composition de l'échantillon (188 participants) est la suivante : 71,03 % des répondants sont de sexe féminin dont 75,4 % sont en couple, et seulement 28,7 % du sexe masculin dont 77,8 % étaient en couple. L'âge minimum est de 22 ans alors que l'âge maximum est de 60 ans, avec une moyenne d'âge est de 39 ans. Concernant l'expérience dans la profession, la minimale est de 1 an, alors que la maximale est de 40 ans, avec une moyenne d'expérience de 15 ans.

6.4.2 Mesures au T1

Dissonance émotionnelle : quatre items mesurant la dissonance émotionnelle issue de l'échelle des émotions au travail « FEWS » (Frankfurt Emotion Work Scale) de Zapf et al. (1999) Traduits en langue française par Machado et al. (2015) ont été utilisés. Cette échelle vise à évaluer différents registres émotionnels en situation de travail (par exemple, « Dans votre poste, à quelle fréquence arrive-t-il que l'on doive réprimer ses émotions de telle manière à avoir l'air neutre ? »). Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : « très rarement/jamais » à 5 : « très souvent ».

Le soutien émotionnel perçu du supérieur : six items adaptés de l'échelle du soutien organisationnel du supérieur perçu de Pohl et Galletta (2017) ont été utilisés. Cette échelle fut adaptée de l'échelle du soutien organisationnel perçu de Eisenberger, Stinglhamber, Vandenberghe, Sucharski et Rhoades (2002). Comme Pohl et Galletta (2017), de manière à décrire le soutien émotionnel, par exemple, « Mon supérieur essaie de faire le nécessaire pour m'aider à gérer mes émotions avec les patients ». Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : « pas du tout d'accord » à 5 : « Tout à fait d'accord »

6.4.3 Mesures au T2

Épuisement émotionnel : l'épuisement émotionnel a été mesuré par le Maslach Burnout Inventory for human services professions « MBI-HSS » de Maslach, Jackson et Leiter (1996), validé en langue française par Truchot, Lheureux, Borteyrouet et Rascle, (2012). Cette échelle à neuf items vise à évaluer le degré d'épuisement émotionnel en situation de travail tel que : « Je me sens frustré par mon travail » et « Travailler en contact direct avec d'autres personnes représente pour moi un stress très intense ». Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : « très rarement/jamais » à 5 : « très souvent ».

L'engagement affectif : l'échelle OCQ (Organizational Commitment Questionnaire) de Meyer et Allen, (1997) validée en langue française par Stinglhamber, Bentein et Vandenberghe (2002) a été utilisée. Cette échelle comprend six items. Un exemple d'items : «Je ressens vraiment les problèmes de mon organisation comme si c'était les miens» et «J'éprouve vraiment un sentiment d'appartenance à mon organisation». Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : pas du tout d'accord à 5 : Tout à fait d'accord.

La satisfaction au travail : le Michigan Organizational Assessment Questionnaire « MOAQ –JSS » (Cammann, Fichman, & Klesh, 1983) a été utilisé. Cette échelle à trois items permette de mesurer la satisfaction globale envers le travail, l'échelle a été traduite et validée en milieu francophone (Molines, 2014 ; El Akremi, Nasr, & Richebé, 2014). Un exemple d'item : « Globalement, je suis satisfait de mon travail ». Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : pas du tout d'accord à 5 : Tout à fait d'accord.

Engagement au travail : « l'UWES-9 » dans sa version française à neuf items (Schaufeli & Bakker, 2003) validée en langue française par Zecca, Gyorkos, Becker, Massoudi, de Bruin et Rossier (2015) a été utilisé pour mesurer l'engagement au travail. Cette échelle vise à évaluer le degré d'engagement envers le travail tel que : – « Je déborde d'énergie pour mon travail » et « Faire ce métier est stimulant ». Les réponses sont données en utilisant une échelle de type Likert en 5 points de 1 : « très rarement/jamais » à 5 : « très souvent ».

6.4.3 Considération éthique de la recherche :

L'approbation de la recherche a été obtenue par le Comité d'éthique de l'Université de Bruxelles selon le code de déontologie de l'association médicale mondiale (Déclaration d'Helsinki). Le consentement formel pour mener l'étude a été obtenu auprès des deux établissements hospitaliers cibles après approbation de leur conseil scientifique.

6.5 Résultats

Dans ce qui suit, nous allons présenter les résultats des analyses exploratoires, corrélationnelles et structurelles traitées avec les logiciel SPSS 21 et Mplus 7.3 (Muthén & Muthén, 2012). Dans un premier temps, nous avons vérifié les propriétés psychométriques

des mesures utilisées à l'aide des analyses factorielles confirmatoires (CFA). Ensuite, nous avons testé un modèle en équations structurelles (SEM) pour confirmer le rôle médiateur du soutien émotionnel perçu du supérieur dans les relations entre, d'une part, la dissonance émotionnelle, et d'autre part, l'épuisement émotionnel, l'engagement au travail, l'engagement affectif et la satisfaction au travail (voir figure 6.1).

6.5.1 Analyses confirmatoires

Nous avons effectué des analyses des propriétés psychométriques des mesures utilisées à l'aide des analyses factorielles confirmatoires (CFA) par modélisation en équations structurelles (SEM), en fonction des indices appropriés tels que l'indice de rentabilité incrémentale (IFI), l'indice d'ajustement comparatif (CFI) et l'erreur carrée moyenne approximation (RMSEA).

Tableau 6.1. Analyse factorielle confirmatoire du model de mesure (N = 188)

Modèles de mesures	χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	AIC
Modèle de mesure à six facteurs	894.5	609	.92	.91	.05	.08	18845.6

Les résultats (tableau 6.1) indiquent que le modèle de mesure global à six facteurs indépendants s'ajuste bien aux données, ce qui confirme la structure factorielle du modèle de mesure.

6.5.2 Statistiques descriptives

Les moyennes, écarts types, les corrélations et les scores de fiabilité interne des variables mesurées sont présentés dans le tableau 6.2. Les indices de cohérence interne (alpha de Cronbach) pour les mesures sont acceptables, allant de .60 à .98 sauf pour l'échelle de la satisfaction au travail pour laquelle le coefficient alpha est de (.43). Pour ce faire, le choix a été fait de considérer uniquement l'item 1 : « *Globalement, je suis satisfait de mon travail* » et ce, en concordance avec plusieurs études similaires qui affirment que l'utilisation d'un seul item pour la mesure du concept équivaut une fiabilité et une validité équivalente à d'autres échelles à items multiples (Wanous, Reichers, & Hudy, 1997; Vandenberghe, Stordeur, & d'Hoore, 2009 ; Wanous, Nakata, Irie, & Takahashi, 2013 ; Tavani, Botella, & Collange, 2014).

Les coefficients de corrélations indiquent que la dissonance émotionnelle au T1 est négativement corrélée avec la satisfaction au travail mesurée au T2 ($r : -.16, p < .05$) et l'engagement au travail mesuré au T2 ($r : -.30, p < .01$). Cependant, les coefficients de corrélations entre la dissonance émotionnelle au T1 et l'épuisement émotionnel au T2 tout comme l'engagement affectif au T2 ne sont pas significatifs. Quant au soutien émotionnel perçu du supérieur au T1, on remarque des coefficients de corrélations significatifs avec

l'ensemble des variables excepté l'épuisement émotionnel au T2. Ainsi, la dissonance émotionnelle au T1 est négativement corrélée au soutien émotionnel perçu du supérieur au T1 ($r : -.27, p < .01$) qui à son tour est positivement corrélé avec la satisfaction au travail mesurée au T2 ($r : .20, p < .01$), l'engagement au travail mesuré au T2 ($r : .45, p < .01$) et l'engagement affectif mesuré au T2 ($r : .36, p < .01$). Ces résultats préliminaires apportent du soutien à nos hypothèses.

Tableau 6.2. Statistiques descriptives

	M	SD	1	2	3	4	5	6
Temps 1								
1. Dissonance émotionnelle	3.49	1.20	(.92)					
2. Soutien émotionnel perçu perçu du supérieur	3.00	1.44	-.27**	(.97)				
Temps 2								
3. Epuisement émotionnel	3.86	.491	.01	-.08	(.60)			
4. Satisfaction au travail	3.61	1.34	-.16*	.20**	-.08	(1 item)		
5. Engagement au travail	3.60	1.05	-.30**	.45**	-.01	.45**	(.94)	
6. Engagement affectif	3.44	.88	-.12	.36**	-.22**	.54**	.54**	(.83)

$N = 188, M =$ Moyenne, $SD =$ écart-type. Coefficients alphas sont donnés entre parenthèses. ** $p < .01$, * $p < .05$

6.5.3 Test des hypothèses :

Le modèle définitif avec les coefficients standardisés est présenté dans la Figure 6.1. Les valeurs des indices d'ajustement obtenues confirment que nos données s'ajustent correctement au modèle théorique suggéré : χ^2/ddl égal (.000/0, $p < .001$) ; RMSEA = .000 ; CFI = .100 ; TLI = .1000 et SRMR = .000 ($N=188$).

Tableau 6.3. Liens directs et indirects (médiateurs) du modèle final

VD T2	EE		SAT		EA		ET		SESP		
	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	
Dissonance Emotionnelle (VI) T1	.08 ^{ns}	.30 ^{ns}	-.11 ^{ns}	.11 ^{ns}	-.02 ^{ns}	.71 ^{ns}	-.19	.007	-.27	.001	Liens directs
SESP (VM) T1	-.06 ^{ns}	.36 ^{ns}	.17	.01	.36	.001	.39	.001			
VI sur VD via VM	.01 ^{ns}	.38 ^{ns}	-.04	.02	.09	.001	-.10	.002			Liens indirects

Note. SESP= Soutien émotionnel perçu du supérieur, EE= Epuisement émotionnel, SAT= Satisfaction au travail, ET= Engagement au travail, EOA= Engagement organisationnel affectif. (VI, VD et VM = variable indépendante, dépendante et médiatrice)

Les hypothèses 1, 2 et 4 postulent respectivement un impact positif de la dissonance émotionnelle au T1 sur l'épuisement émotionnel au T2, et négatif sur la satisfaction au travail et l'engagement affectif mesurés au T2. Le modèle final renseigne que les liens entre les dites variables sont non significatifs (voir Tableau 6.3), ces hypothèses sont donc infirmées. Selon l'hypothèse 3, la dissonance émotionnelle au T1 impacte négativement l'engagement au travail mesuré au T2. Cette hypothèse est confirmée, les résultats confirment l'existence d'un

lien direct et négatif entre la dissonance émotionnelle au T1 et l'engagement au travail au T2 (β -.198, $p < .01$).

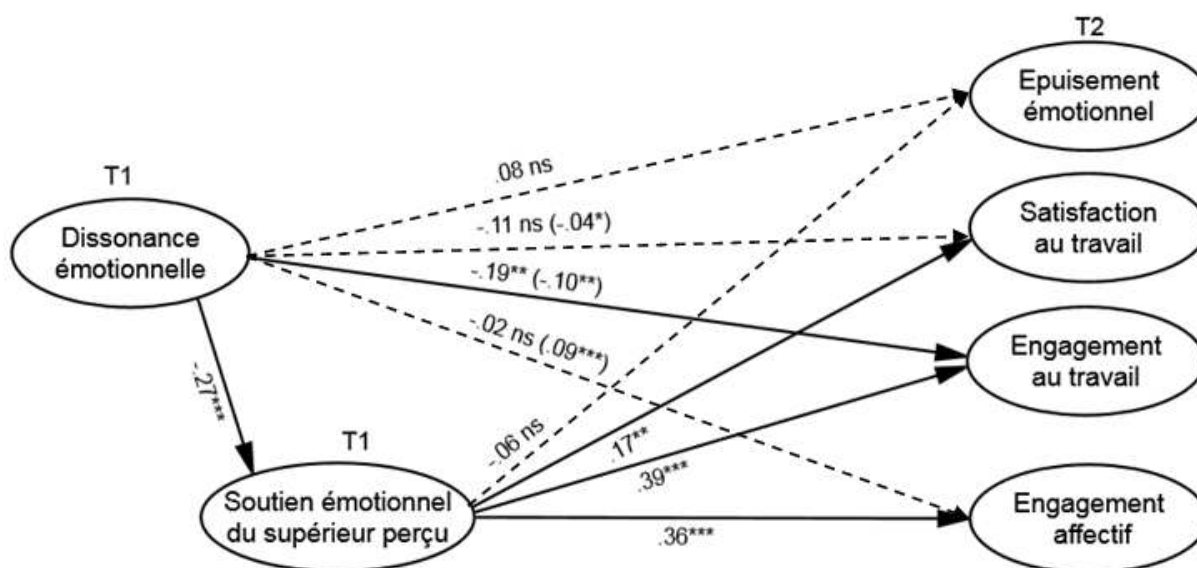


Figure 6.1. Effet médiateur du SESP dans la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail

Note. $N = 188$. Coefficients standardisés, «*» $p < .05$, «**» $p < .01$, «***» $p < .001$, «-----» NS= Non significatif. (Coefficients)=effets médiateur.

L'hypothèse 5 propose que le SESP au T1 médiate la relation entre la dissonance émotionnelle T1 et l'épuisement émotionnel T2. Les résultats démontrent que les conditions statistiques pour une médiation ne sont pas réunies. En effet, la variable médiatrice doit impérativement être associée, au prédicteur ainsi qu'au résultat (Rucker, Preacher, Tormala, & Petty, 2011 ; Rasclé & Irachabal, 2001). Au vu du résultat non significatif entre le SESP au T1 et l'épuisement émotionnel au T2, l'hypothèse 5 est donc invalidée.

L'hypothèse 6 postule un effet médiateur du SESP au T1 dans la relation entre la dissonance émotionnelle mesurée au T1 et la satisfaction au travail au T2. Le modèle plaide pour une médiation totale. En effet, la dissonance émotionnelle au T1 n'est pas liée directement à la satisfaction au travail au T2 mais elle est indirectement et négativement à travers le SESP mesuré au T1 (β -.178, $p < .05$). L'hypothèse 6 est donc confirmée. L'hypothèse 7 prévoit un effet médiateur du soutien émotionnel perçu du supérieur au T1 dans la relation entre la dissonance émotionnelle au T1 et l'engagement au travail au T2. On constate que la relation directe entre les deux variables (β -.198, $p < .01$) est partiellement expliquée (médiation partielle) par le (SESP) au T1 (β .399, $p < .001$). Finalement, l'hypothèse 8 qui postule un effet médiateur du SESP au T1 dans la relation entre la dissonance émotionnelle mesurée au T1 et l'engagement organisationnel affectif au T2 est également confirmée. Les résultats démontrent que la dissonance émotionnelle au T1 n'est pas liée directement à l'engagement affectif au T2, sauf qu'à travers le SESP au T1, la dissonance

émotionnelle au T1 se trouve liée indirectement et positivement à l'engagement affectif au T2 (β .361, $p < .001$).

6.6 Discussion

Basée sur les préceptes du modèle JD-R de Demerouti et al. (2001), notre premier objectif été d'étudier à travers une population infirmière, la relation entre la dissonance émotionnelle (comme une tension traduisant les demandes émotionnelles du travail) et le bien-être au travail appréhendé par trois variables positives (la satisfaction au travail, l'engagement au travail et l'engagement organisationnel affectif) et une variable « négative » représentant une atteinte à la santé (l'épuisement émotionnel). Notre deuxième objectif a consisté à expliquer cette relation, pendant deux temps, grâce à un modèle de médiation par le soutien émotionnel perçu du supérieur, une ressource du travail peu explorée dans la littérature.

6.6.1 La temporalité des relations entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail.

Contrairement à nos hypothèses, l'effet direct de la dissonance émotionnelle sur l'épuisement émotionnel, la satisfaction au travail et l'engagement affectif ne perdure pas dans le temps. Nos résultats contredisent plusieurs études similaires (Kubicek & Korunka, 2015 ; Barbour, 2014 ; Hertel et al., 2015 ; Huyghebaert, 2015). Malgré l'effet négatif de la dissonance émotionnelle sur le bien-être au travail précédemment démontré dans plusieurs études transversales sur la population infirmière (Dormann & Zapf, 2004 ; Dal Santo et al., 2015 ; Mishra & Kumar, 2016 ; Kwon & Kim, 2015 ; Kinman & Leggetter, 2016 ; Delgado et al., 2017), les résultats de la présente étude n'ont pas confirmé la relation après 6 mois. Cependant, nos résultats confortent l'étude de Castanheira et Chambel, (2010) pour laquelle la dissonance émotionnelle n'a pas eu d'effet, six mois plus tard, sur l'épuisement émotionnel. D'autres études longitudinales démontrent aussi l'absence de lien direct entre la dissonance émotionnelle et la satisfaction au travail à travers le temps (Peters, 2007 ; Coté & Morgan 2002). De tels résultats peuvent signifier que l'effet négatif de la dissonance émotionnelle serait plus fort et plus contraignant sur le moment, mais dans le temps, cet effet perd de son intensité car l'individu en état de dissonance aura recours à des ressources lui permettant d'évacuer la tension psychologique accumulée du fait de cette incongruité entre l'émotion ressentie et l'émotion prescrite. A cet égard, les chercheurs constatent que les établissements hospitaliers sont plus attentifs à leur personnel du fait de la pénurie en personnel soignant que connaît le secteur (Bourbonnais, Brisson, Malenfant, & Vézina, 2005). Les difficultés de recrutements engendrées par les restrictions budgétaires, spécifiquement dans un temps de crise économique majeur que connaît l'Algérie (Hachelafi, Bouameur, Chergue, & Fyad, 2011 ; Bougherbal, 2010) peuvent en effet, contraindre les gestionnaires

des établissements de santé et les superviseurs à accorder plus d'attention à leurs subordonnés, en étant plus à l'écoute de leurs difficultés émotionnelles, ce qui a permis, peut-être de dissiper l'état de dissonance émotionnelle. Néanmoins, des études empiriques s'imposent pour étayer ce postulat.

Cependant, les résultats confirment que seul l'engagement au travail reste négativement et directement affecté par la dissonance émotionnelle à travers le temps. Ce résultat concorde avec l'étude de Simbula (2009) mais contredit l'étude de Xanthopoulou et al. (2013). L'engagement au travail qui traduit entre autres, une évaluation émotionnelle positive et épanouissante vis-à-vis du travail (Schaufeli et al., 2002) est plus sensible, à long terme, à l'aliénation des émotions engendré par la dissonance émotionnelle. Le salarié est dépossédé de ses sentiments comme la perte du « vrai moi » (Horschild, 2003). Dans ce cas, une évaluation positive du travail semble biaisée dans le sens où ce travail, constituant une des sources des règles d'affichage émotionnel, est mis en cause dans la survenue de la dissonance émotionnelle à la base de cette aliénation des émotions. Aussi, devoir se plier à des règles d'affichage émotionnel non intériorisées présume que les émotions réellement ressenties par le soignant, ne sont pas adaptées, ce qui à long terme, remet en cause les compétences professionnelles, l'enthousiasme et le sens du travail (Huyghebaert, Gillet, Lahiani, & Fouquereau, 2016).

6.6.2 L'effet médiateur du soutien émotionnel perçu du supérieur

Le SESP mesuré au T1 médiatise totalement la relation entre la dissonance émotionnelle au T1 et la satisfaction au travail au T2 tout comme l'engagement affectif au T2, et médiatise partiellement la relation entre la dissonance émotionnelle au T1 et l'engagement au travail au T2. Cependant, comme nous l'avons déjà expliqué, la médiation du SESP dans la relation entre la dissonance émotionnelle et l'épuisement émotionnel n'a pas satisfait les conditions statistiques préalables.

Ainsi, par extension à notre précédente étude 1, il apparaît que le SESP constitue une variable importante car non seulement elle explique la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail, mais qu'en plus, son pouvoir explicatif perdure à travers le temps. Nos résultats démontrent clairement que le SESP, comme une ressource du travail, conserve son pouvoir explicatif, à travers le temps, dans la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail conformément à l'étude de McVicar (2016). Ce résultat particulièrement important nous renvoie à l'étude de Dal Santo et al. (2016) dont les résultats démontrent que le soutien émotionnel du supérieur est lié au degré d'internalisation des règles d'affichage émotionnel. Dans ce sens, le soutien émotionnel du superviseur peut atténuer l'hypocrisie induite par la dissonance émotionnelle, c'est-à-dire que

si « ... une infirmière se sent émotionnellement soutenu par son supérieur, elle peut intégrer la prescription de règles d'affichage et ses répercussions (dissonance émotionnelle), en les considérant comme une partie intrinsèque de ce travail » (Dal Santo et al., 2016, p. 155).

En d'autres termes, le SESP facilite l'internalisation des règles d'affichage émotionnel, ce qui explique son rôle médiateur, perdurant dans le temps, dans la relation entre la dissonance émotionnelle et l'engagement au travail, l'engagement affectif envers l'organisation et la satisfaction au travail. Ce constat peut aussi s'expliquer sur la base de la norme de réciprocité, où le SESP permet au soignant d'être compris, que sa difficulté face au fardeau émotionnel du travail infirmier est considéré et valorisé par la personne la plus importante de l'équipe infirmière. Un tel ressenti fait émerger chez le soignant un besoin de rendre ce traitement par un regain d'effort émotionnel, se traduisant par des résultats positifs tels que l'engagement et la satisfaction au travail (Eisenberger et al., 2002 ; Stinglhamber & Vandenberghe, 2003 ; Rhoades & Eisenberger, 2002). Ainsi régénéré, le soignant porte un regard nouveau sur la façon dont il appréhende ses émotions et sur sa relation avec les patients (Huynh et al., 2008). D'autres études similaires comme celle de Barbour (2014) démontrent que les ressources, comme le soutien perçu du supérieur, acquièrent leurs potentiels bénéfiques face aux exigences élevées du travail particulièrement à long terme.

Finalement, considérant le temps dans la relation entre la dissonance émotionnelle et l'épuisement émotionnel, il apparaît que le SESP n'a pas d'effet, à long terme, sur cette relation. Ceci peut refléter un des principes de la théorie de conservation des ressources de Hobfoll (2002) où les ressources existantes créeront une spirale de gain, et où un gain de ressources encourage l'individu à dépenser plus de ressources afin d'en acquérir davantage. Cette spirale de gain de ressources peut indiquer que d'autres ressources ont pu influencer la relation entre la dissonance émotionnelle et l'épuisement émotionnel.

6.7 Implications des résultats de la recherche

Cette étude contribue à la littérature sur le soutien perçu du supérieur, en révélant l'importance de sa forme émotionnelle dans la promotion du bien-être dans la profession infirmière. L'effet de la dissonance émotionnelle, à long terme, sur la satisfaction au travail et l'engagement affectif a été, dans notre étude, totalement médié par le soutien émotionnel perçu du supérieur. En somme, le soutien émotionnel perçu du supérieur, comme une ressource effective et disponible au niveau organisationnel, peut être optimisé à travers des sessions de formation, afin de promouvoir le bien-être au travail.

6.8 Limites et perspectives

Toutefois, bien que notre recherche apporte sa contribution qui peut conduire aux développements de nouvelles pratiques managériales, elle n'est pas exempte de limites. La

principale limite tient du fait de la prise en compte d'une seule dimension du soutien émotionnel. L'introduction du soutien émotionnel des collègues du travail dans le modèle pourrait améliorer son pouvoir explicatif en considérant l'importance du travail d'équipe et du collectif du travail dans la profession infirmière. De plus, il serait judicieux d'inclure à cette étude des variables qui pourraient apporter une explication à la temporalité de la relation entre la dissonance émotionnelle et l'épuisement émotionnel telle que la perception des règles d'affichage émotionnel identifiée par Dal Santo et al. (2016) comme étant particulièrement congruentes pour l'étude de la dissonance émotionnelle dans la population infirmière. Aussi, des études telles que Barbour (2014) démontre, qu'à 18 mois d'intervalle, la dissonance émotionnelle, au niveau individuel, agit négativement sur le bien-être au travail par rapport au niveau du groupe du travail, qui se trouve agir inversement. Dans ce sens, l'analyse multiniveau de Pohl et Galletta (2017) démontre qu'au niveau du groupe, le SESP augmente l'effet positif de l'engagement au travail sur la satisfaction au travail au niveau individuel. Ce faisant, de futures études longitudinales pourraient conduire des analyses multiniveaux afin de pouvoir capter des éventuelles variations, dans la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail à différents niveaux et à différents intervalles de temps.

6.9 Conclusion

La perception du soutien émotionnel du supérieur hiérarchique constitue une variable importante qui conditionne, dans le temps, la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être dans la profession infirmière.

6.10 Sources de financement et conflit d'intérêt

Cette recherche n'a reçu aucune subvention spécifique d'une agence de financement dans les secteurs public, commercial ou à but non lucratif. Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré par les auteurs.

Chapitre 7 : discussion générale et implications

Préambule

Plusieurs facteurs sont à l'origine de l'intensification du travail infirmier en milieu hospitalier, un environnement changeant qui a connu de multiples restructurations, l'introduction de la logique économique dans le management hospitalier, les crises économiques entraînant des restrictions budgétaires et la pénurie en personnel soignant. Aujourd'hui, la recherche scientifique axée sur le stress au travail tend à montrer ses limites.

Pour se faire, sous l'impulsion de la psychologie positive, de nouveaux modèles voient le jour avec comme prémisse, une mise en avant du potentiel ressources dont dispose toute organisation et tout employé, qui peuvent être exploités pour promouvoir le bien-être au travail. Un bien-être appréhendé non pas par l'absence des facteurs de stress et de tensions, mais par une certaine harmonie, un dosage équilibré entre les exigences d'un travail et le potentiel ressource dont dispose l'individu, le travail en lui-même et l'organisation toute entière. Suivant cette voie et s'inspirant du modèle JD-R, nous avons supposé des effets directs des demandes et des ressources sur les indicateurs de bien-être au travail (épuisement professionnel, engagement au travail, engagement affectif et satisfaction au travail). Deuxièmement, nous avons cherché à expliquer l'effet des demandes du travail sur le bien-être à travers des ressources organisationnelles, appréhendées en termes de perception du soutien émotionnel du supérieur hiérarchique et aussi, à travers des ressources personnelles appréhendées par quatre stratégies de régulation émotionnelle (déploiement attentionnel, réévaluation cognitive, suppression et amplification positive). Finalement, répondant aux recommandations de plusieurs chercheurs pour la conduite des recherches longitudinales, nous nous sommes intéressés à la temporalité des relations entre les demandes émotionnelles, le soutien émotionnel perçu du supérieur et le bien-être infirmier. Ce chapitre discute, d'une manière globale, les principaux résultats des trois études menées à la lumière des objectifs fixés et des hypothèses émises, des résultats qui suggèrent un certain nombre d'implications, empiriques et théoriques. Finalement, un résumé des limites de l'étude ainsi que quelques suggestions de recherches futures seront exposés.

Trois études empiriques ont été conduites recouvrant chacune, une perspective particulière d'approche. La première étude s'intéresse aux facteurs de tensions psychologiques et physiques du travail infirmier dans l'environnement hospitalier. L'étude 1 avait pour but (1) d'examiner la relation entre les exigences du travail, en matière d'effort extrinsèque et de conflit travail/famille, et le bien-être au travail ; (2) d'examiner dans quelle mesure cette relation peut être expliquée par le soutien émotionnel perçu du supérieur, appréhendé en tant que ressource organisationnelle, la forme émotionnelle de cette ressource ayant été très peu investiguée dans la littérature. Suivant le même cheminement que l'étude 1, une deuxième

perspective traduite par l'étude 2 se veut axée sur la régulation des émotions. A l'opposé de l'approche traditionnelle axée sur l'individu, qui considère la dissonance émotionnelle comme le résultat d'une régulation émotionnelle inadaptée (comme la régulation en surface), où les émotions ressenties discordent avec celles exprimées (Grandey, 2003 ; Cote, 2005), cette étude considère la dissonance émotionnelle comme un état psychologique distinct du travail émotionnel. La dissonance émotionnelle est selon cette approche appréhendée comme une tension psychologique du travail, un conflit de rôle issu d'une incompatibilité entre une émotion ressentie et l'émotion plébiscitée par les règles d'affichage émotionnel dans une situation donnée. Cette façon d'appréhender la dissonance émotionnelle rejoint l'approche axée sur le travail démontré et défendu par plusieurs chercheurs (Dal Santo et al., 2016 ; Zapf, 2002).

La régulation émotionnelle a été conceptualisée par Hochschild (1983) et affinée par Grandey (2000) comme un processus de régulation des émotions (régulation profonde) et des expressions émotionnelles (régulation en surface). Les mesures existant jusqu'alors, mesuraient la régulation en surface comme la régulation en profondeur comme des concepts unidimensionnels. Cependant, Andela et al. (2015) démontrent des différences notables de processus cognitifs entre le déploiement attentionnel et la réévaluation cognitive (les deux composantes de la régulation en profondeur), ainsi qu'entre la suppression et l'amplification positive (les deux composantes de la régulation en surface), et élaborent une mesure appréhendant les quatre stratégies séparément. Adhérant à cette nouvelle perspective, l'étude 2 conçoit d'expliquer la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail à travers ces quatre stratégies de régulation émotionnelle. Enfin, l'étude 3 comme une extension à l'étude 2 conçoit les ressources organisationnelles, de type émotionnelles, comme processus explicatif de l'impact de la dissonance émotionnelle sur le bien-être au travail, un processus stable même à six mois d'intervalle. Issu du soutien perçu du supérieur, un représentant de l'organisation possédant l'expérience dans le travail infirmier et occupant une position facilitant la perception du soutien, le soutien émotionnel perçu du supérieur hiérarchique mesuré en T1 et appréhendé comme une variable susceptible d'expliquer, dans le temps, l'impact de la dissonance émotionnelle mesurée en T1 sur le bien-être au travail mesuré à six mois d'intervalle.

7.1 Propriétés psychométriques des mesures utilisées

Les résultats des analyses factorielles confirmatoires (CFA) ont été conduites dans chaque étude, afin de s'assurer de l'ajustement des données au modèle proposé. En effet, certaines mesures ont peu ou jamais été utilisées auparavant, comme le soutien émotionnel perçu du supérieur (étude 1 et 3) qui avait été inspiré des échelles du soutien du supérieur perçu de

Eisenberger et al. (2002) et de Pohl et Galletta (2017). Ces auteurs ont obtenu de bons indices d'ajustement similaires aux nôtres.

Tableau 7.1. Résumé des analyses factorielles confirmatoire (études 1, 2 et 3)

Modèles de mesures étude 1 (N=522)	χ^2	<i>df</i>	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	AIC
Modèle de mesure à six facteurs	1311.3	540	.94	.93	.05	.05	41877.1
Modèle de mesure à quatre facteurs	4533.8	557	.67	.64	.12	.17	47254.4
Modèle de mesure à un facteur commun	7680.9	560	.40	.36	.16	.17	52772.1
Echelle de régulation émotionnelle	χ^2	<i>df</i>	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	AIC
Modèle de mesure à quatre facteurs	306.6	81	.93	.91	.07	.05	19326.5
Modèle de mesure à deux facteurs	760.7	89	.80	.77	.12	.07	20263.3
Modèle de mesure à un facteur commun	878.3	90	.77	.73	.13	.08	20534.3
Modèle de mesure étude 2 (N=559)	χ^2	<i>df</i>	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	AIC
Modèle de mesure global (5 facteurs)	1041.6	363	.93	.93	.06	.04	39238.5
Modèle de mesure (1facteur)	4621.2	377	.59	.56	.14	.16	45118.4
Modèles de mesures étude 3 (N=188)	χ^2	<i>df</i>	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	AIC
Modèle de mesure à six facteurs	894.5	609	.92	.91	.05	.08	18845.6

Conformément à l'étude d'Andela et al. (2015), les résultats indiquent un meilleur ajustement aux données du modèle à quatre facteurs par rapport au modèle traditionnel à deux facteurs. En résumé, les indices de cohérence interne et les résultats des analyses factorielles confirmatoires certifient la structure factorielle des modèles de mesure utilisés dans les trois études menées.

7.2 Les principaux résultats obtenus

Les principaux résultats des trois études vont généralement dans le sens attendu. S'agissant des demandes du travail ou des ressources organisationnelles ou personnelles considérés dans les différentes études, le bien-être se trouve, suivant le modèle JD-R, sensible à la combinaison demandes-ressources. Le tableau 7.2 ci-après résume les principaux résultats obtenus alors que la figure 7.1 résume les effets médiateurs des trois études entreprises. Sachant que cette figure n'a pas été testée comme telle, elle représente seulement, une synthèse globale des résultats médiateurs obtenus.

Tableau 7.2. Principaux résultats obtenus (études 1, 2 et 3)

Variables dépendantes	Variables explicatives (données trasnversales)	Hypothèses
Epuisement émotionnel	Effort extrinsèque partiellement médié par le soutien émotionnel perçu du supérieur.	Validée
	Conflit travail/famille partiellement médié par le soutien émotionnel perçu du supérieur.	Validée
	Dissonance émotionnelle partiellement médiée par le déploiement attentionnel.	Validée
Satisfaction au travail	Effort extrinsèque totalement médié par le soutien émotionnel perçu du supérieur.	Validée
	Conflit travail/famille partiellement médié par le soutien émotionnel perçu du supérieur.	Validée
	Dissonance émotionnelle partiellement médiée par le déploiement attentionnel.	Validée
Engagement au travail	Dissonance émotionnelle partiellement médiée par le déploiement attentionnel.	Validée
Engagement affectif	Effort extrinsèque partiellement médié par soutien émotionnel perçu du supérieur.	Validée
	Conflit travail/famille totalement médié par soutien émotionnel perçu du supérieur.	Validée
Variables dépendantes Temps 2	Variables explicatives Temps 1 (données longitudinales)	Hypothèses
Satisfaction au travail	Dissonance émotionnelle totalement médiée par le soutien émotionnel perçu du supérieur.	Validée
Engagement au travail	Dissonance émotionnelle partiellement médiée par le soutien émotionnel perçu du supérieur.	Validée
Engagement affectif	Dissonance émotionnelle totalement médiée par le soutien émotionnel perçu du supérieur.	Validée
Epuisement émotionnel	Pas de relation directe avec la dissonance émotionnelle. Pas d'effet médiateur du soutien émotionnel perçu du supérieur.	non validée

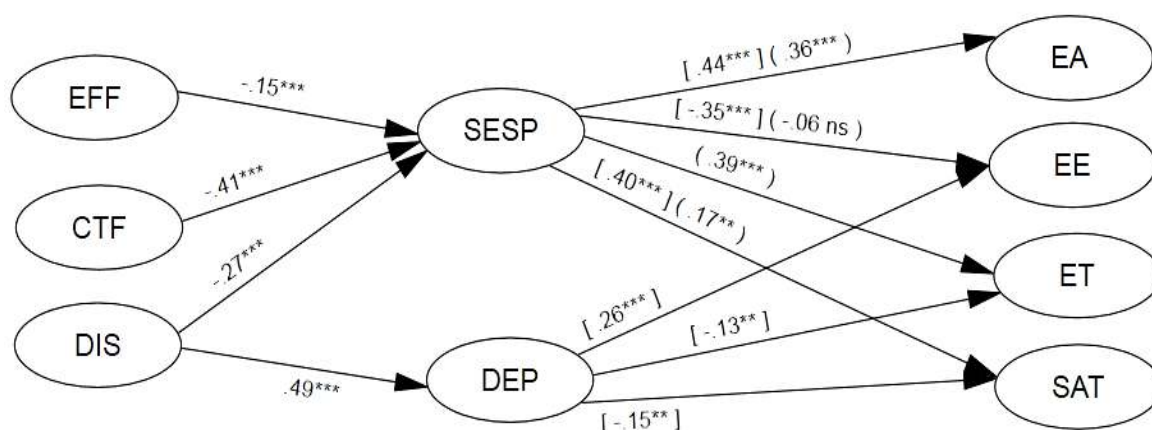


Figure 7.1. Synthèse globale des effets médiateurs obtenus (étude1, 2 et 3)

Note. Coefficients standardisés, «**» $p < .01$, «***» $p < .001$, [effets médiateurs transverseaux] (effets médiateurs longitudinaux), ns= non significatif
 EFF= effort extrinsèque, CTF= conflit travail/famille, DIS=dissonance émotionnelle, SESP= soutien émotionnel perçu du supérieur, DEP= déploiement attentionnel, EE= épuisement émotionnel, SAT= satisfaction au travail, ET= engagement au travail, EOA= engagement organisationnel affectif.

7.2.1 La relation entre les demandes et le bien-être au travail

Les résultats démontrent des associations statistiquement significatives entre les demandes du travail et le bien-être au travail. Plus précisément, l'effort extrinsèque, le conflit travail/famille (étude 1) et la dissonance émotionnelle (étude 2) entretiennent des relations directes positives avec l'épuisement émotionnel. Par contre, au niveau de l'étude 3, la dissonance émotionnelle mesurée en T1 n'est pas liée à l'épuisement émotionnel mesuré en T2 à six mois d'intervalle. Quant à la satisfaction au travail, le conflit travail/famille et la dissonance émotionnelle ont été directement et négativement liés à la satisfaction au travail contrairement à l'étude 3 où la dissonance émotionnelle ne démontre pas d'association significative directe, dans le temps, avec la satisfaction au travail. De même, la relation entre l'effort extrinsèque et la satisfaction au travail s'est avérée non significative. La dissonance émotionnelle démontre également des liens significatifs directs, négatifs mais aussi durables dans le temps avec l'engagement au travail. Enfin, l'étude 1 fait ressortir un lien direct et négatif entre l'effort extrinsèque et l'engagement organisationnel affectif à l'opposé du conflit travail-famille. La dissonance émotionnelle (étude 3) n'a également pas été associée directement à l'engagement affectif à six mois d'intervalle.

7.2.2 Les effets des ressources dans la relation entre les demandes et le bien-être au travail

Les ressources personnelles en matière de stratégies de régulation émotionnelle démontrent des résultats surprenants. Issus d'une modélisation en équation structurelle (SEM) illustrée dans l'étude 2, les résultats démontrent que parmi les quatre stratégies de régulation émotionnelle, seul le déploiement attentionnel réunit les conditions d'une médiation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail. Le déploiement attentionnel a médiatisé partiellement la relation entre la dissonance émotionnelle et les indicateurs du bien-être au travail. Quant à la perception du soutien émotionnel du supérieur (SESP) appréhendé comme une ressource organisationnelle, les résultats obtenus vont dans le sens attendu. En effet, le SESP tient son rôle de ressource qui promeut le bien-être au travail à travers des associations fortes et positives avec les indicateurs du bien-être au travail et ce, même à travers six mois d'intervalle, à l'exception de l'épuisement émotionnel pour qui, la relation avec le SESP ne perdure pas dans le temps (étude 3).

Au niveau de l'étude 1, le SESP occupe un rôle médiateur dans l'ensemble des interactions. Une médiation totale est démontrée entre l'effort extrinsèque et la satisfaction au travail, tandis qu'une médiation partielle a été observée entre l'effort extrinsèque et l'épuisement émotionnel et l'engagement affectif. Concernant l'effet du conflit travail/famille sur l'engagement affectif, il est totalement médiatisé par le SESP, alors que ses effets sur l'épuisement émotionnel et la satisfaction au travail le sont partiellement. De même que pour

l'étude 3, l'effet de la dissonance émotionnelle à six mois d'intervalle sur la satisfaction au travail et l'engagement organisationnel affectif été totalement médiatisé par le SESP, tandis que son effet à long terme sur l'engagement au travail été partiellement médiatisé par le SESP. Cependant, les résultats de cette étude ne démontrent aucun impact, ni de la dissonance émotionnelle, ni du SESP sur l'épuisement émotionnel six mois plus tard.

7.3 Discussions

Notre étude vise à contribuer à la compréhension des relations, à court et à long terme, entre les demandes du travail et le bien-être dans la profession infirmière, à la lumière des ressources personnelles et organisationnelles. Concernant le sens des relations entre les demandes, les ressources et le bien-être des employés (étude 1), nos résultats sont d'une manière générale, cohérents avec le modèle JD-R (Bakker & Demerouti 2007 ; Kinnunen, Feldt, Siltaloppi, & Sonnentag, 2011). Les demandes du travail sont négativement associées à la santé et au bien-être au travail, notamment dans la profession infirmière, considérée comme l'une des professions les plus stressante du secteur du travail social (Siegrist, 1996 ; Schaufeli, Leiter, & Kalimo, 1995). En termes de conflit travail/famille, l'influence négative sur l'épuisement émotionnel et la satisfaction au travail s'explique probablement par la conjugaison de plusieurs facteurs. Tout d'abord, le contexte économique algérien affecté pas une série de crises économiques, a contraint les gestionnaires à recourir à des restrictions budgétaires, notamment dans le secteur de la santé, un secteur à forte consommation de budget. Ces coupes budgétaires dans le secteur de la santé affectent la capacité des établissements de santé en matière de recrutement, conduisant inéluctablement à une pénurie en personnel infirmier. De plus, les gestionnaires ont eu recours, depuis 2006, à l'interdiction du travail à temps partiel ce qui, selon Ayache et Ghalem (2017) n'a fait qu'accentuer davantage les tensions du travail du personnel soignant. Ajouté à cela, le poids des normes dans une société où la culture patriarcale impose encore, d'une manière subtile, une logique sexiste où les responsabilités ménagères demeurent à la charge de la femme, sachant que la profession infirmière est majoritairement féminine (plus de 78% des répondants sont de sexe féminin dont 82.3 % sont en couple) (Djaafri, 2013). Ainsi, le personnel infirmier doit faire face, d'une manière continue et simultanée, aux exigences du travail et de la vie de famille, laissant peu de possibilité à la récupération. De telles conditions mettent en exergue les fortes associations retrouvées dans nos résultats entre le conflit travail/famille et les indicateurs du bien-être au travail. Ces résultats ne sont pas spécifiques à la population d'étude, les mêmes résultats ont été trouvé par exemple, sur une population infirmière suédoise (Leineweber, Chungkham, Westerlund, Tishelman, & Lindqvist, 2014), italienne (Dal Santo et al, 2016), française (Ruiller, 2012) et turque (Yildirim & Aycan, 2008). Dans une étude sur des infirmières québécoises et françaises, Dodeler et Tremblay (2016, p. 08) déclarent « *en*

l'absence de programme explicite de conciliation travail-famille qui puisse aider les infirmières à assumer leurs responsabilités, ces dernières sont amenées à faire une utilisation soutenue des politiques existantes, comme la réduction du temps de travail et les congés de maternité, pour pouvoir s'occuper de leur famille ».

Un autre volet des demandes du travail a été appréhendé dans la présente étude par l'effort extrinsèque, un concept opérationnalisé par Siegrist (1996) en termes d'exigences psychologiques et physiques du travail comme la pression du temps, les horaires du travail, les responsabilités professionnelles, la complexité du travail et la charge physique. Les résultats de l'étude indiquent que l'effort extrinsèque est particulièrement préjudiciable au bien-être au travail, des résultats généralement soutenus par la littérature (Zito, Cortese, & Colombo, 2016 ; Vignoli, Guglielmi, Bonfiglioli, & Violante, 2016 ; Doorn, Ruysseveldt, Dam, Mistiaen, & Nikolova, 2016 ; Rathert, Williams, Lawrence, & Halbesleben, 2012 ; Bernez, Batt, Yzoard, Jacob, Trognon, Verhaegen, & Rivasseau-Jonveaux, 2017). Les chercheurs lient l'intensité des demandes psychologiques et physiques du travail infirmier, et ses répercussions sur le bien-être au travail avec la succession des réformes opérées sur le système de santé. En effet, la profession infirmière qui a été jusqu'alors, une profession relationnelle centrée sur des vertus humaines comme l'empathie et la prévenance, se dénature sous l'impulsion des réformes. Elle est poussée sur la voie de la technicité et de la rationalité du temps (Manoukian, 2009 ; Estryn-Behar, 2008 ; Douguet & Muñoz, 2012).

Notre étude fait ressortir d'autres résultats (étude 1) qui tendent vers l'absence de liens entre le conflit travail/famille et l'engagement affectif ainsi qu'entre l'effort extrinsèque et la satisfaction au travail. De tels résultats peuvent sembler, à première vue incohérents, d'autant plus que des études similaires montrent le contraire (Par exemple, Nelson, 2012 ; Cortese, Colombo, & Ghislieri, 2010 ; Closon & Pohl, 2009 ; McVicar, 2015 ; Negussie & Kaur, 2016 ; Han, S. S., Han, J. W., An, & Lim, 2015). Dans ce cas précis, le modèle JD-R nous fournit une explication sur la base de la théorie de conservation des ressources de Hobfoll (1989). En effet, Demerouti et Bakker (2011) ont démontré la viabilité du processus motivationnel qui stipule que les employés n'utilisent réellement leurs ressources disponibles que lorsque les demandes du travail sont élevées. Cela implique que les ressources gagnent en importance et en pertinence en présence de demandes élevées. Sur base de ce principe, nous pouvons avancer que l'absence d'effets directs du conflit travail/famille sur l'engagement affectif, ainsi de l'effort extrinsèque sur la satisfaction au travail tient au fait qu'ils ont été totalement médiatisés à travers le SESP.

Le SESP médiatise aussi partiellement la relation entre le conflit travail-famille et la satisfaction au travail et l'épuisement émotionnel, ainsi que la relation entre l'effort extrinsèque et l'épuisement émotionnel et l'engagement affectif (Voir tableau 7.1). Ce faisant,

il apparaît logique que l'individu en situation de difficulté, en raison d'intenses demandes du travail, cherchera de la considération pour les sacrifices qu'il consent, le dévouement dont il fait preuve en faveur de la noble mission qu'il contribue à accomplir. Cette recherche de soutien est plus que probable qu'elle soit orientée vers le supérieur hiérarchique qui représente à la fois le confrère qui comprend les difficultés du travail et les besoins de reconnaissance, et le chef qui représente l'autorité de la direction. Cette double casquette portée par le supérieur hiérarchique lui confère une place particulière et, selon Lashinger, Gilbert, Smith et Leslie (2010), un rôle crucial dans la création d'un environnement qui habilite les infirmières à prodiguer des soins de qualité à leurs patients. Ainsi, toute marque de reconnaissance, d'estime, de préoccupation, ou encore des manifestations d'affects positifs, de réassurance, de protection ou de réconfort de la part du supérieur envers son équipe constituent des ressources importantes pour le personnel infirmier. Ces ressources contribuent à changer l'orientation de la perte des ressources vers le gain de ressources, ou bien la capacité d'investir des ressources supplémentaires du fait d'un gain important de ressources (Gorgievski & Hobfoll, 2008). Aussi, la théorie du soutien organisationnel se basant sur le principe de réciprocité, explique le regain d'engagement et de satisfaction envers le travail et l'organisation malgré d'intenses demandes du travail (Eisenberger et al., 1986). Ce résultat est en accord avec les études similaires (Pohl & Galletta, 2017 ; Kinman & Leggetter, 2016 ; Dal Santo et al., 2016).

Par ailleurs, il est difficile de traiter le sujet des demandes du travail dans la profession infirmière sans en référer aux demandes émotionnelles, cette profession étant généralement caractérisée par de fortes exigences émotionnelles (Jennings, 2008 ; Andela & Truchot, 2016). Les interactions intenses et fréquentes avec la souffrance humaine, la maladie et la mort contribuent à cette description. Les attentes sociales créent également une pression et un stress sur ce groupe de professionnels. On s'attend à ce qu'il ait une préoccupation permanente pour les autres, un sentiment constant de solidarité, d'empathie et une restriction notable de leurs sentiments négatifs (Hallam, 2002 ; Bolton, 2001). Plusieurs auteurs sont unanimes à considérer que les professionnels de la santé, confrontés au travail en étroite collaboration avec les patients et leurs familles, sont à la merci d'une forte charge émotionnelle et d'un stress important pouvant entraîner un épuisement professionnel (Portoghese, Galletta, Coppola, Finco, & Campagna, 2014). Une approche empirique des demandes émotionnelles en termes de tension perçue, préconise de s'intéresser à la dissonance émotionnelle, qui selon Zapf (2002), traduirait le degré d'intensité des demandes émotionnelles. Se manifestant comme une tension psychologique issue d'une incompatibilité entre l'émotion ressentie et l'émotion prescrite par les règles d'affichage émotionnel, elle induit une aliénation des émotions, de l'épuisement émotionnel, une diminution de la satisfaction et de l'engagement

au travail (Dal Santo et al., 2016 ; Machado, Desrumaux, & Vallery, 2016 ; Andela & Truchot, 2016). Nos résultats (étude 2) vont dans le sens de la littérature et confirment, que la dissonance émotionnelle, se trouve particulièrement préjudiciable au bien-être au travail. La littérature explique cet impact négatif en termes d'aliénation des émotions propres à l'individu (Dal Santo et al., 2016 ; Zapf, 2002), sur la base d'un conflit entre la personne et le rôle qu'elle tient (Abraham, 1998) ou bien, par le fait qu'elle constitue une menace importante pour l'identité professionnelle de l'individu (Andel et al., 2015). A notre avis, toutes les explications convergent vers la source du problème qui est les règles d'affichage émotionnel. Un lien négatif entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail serait probablement un indicateur d'un conflit de valeurs, une non acceptation induisant l'échec du processus d'intériorisation des règles d'affichage émotionnel (Grandey, 2003 ; Totterdell & Holman, 2003). La problématique peut ne pas concerner les règles d'affichage émotionnel elles-mêmes, mais peut être liée à un manque de communication ou de valorisation par rapport au sens de ces règles. Selon nous, une norme expliquée dans le sens de l'intérêt du patient, ou l'intérêt de l'aboutissement des objectifs « nobles » de la structure hospitalière par exemple, facilite son assimilation. Dans ce sens, des études démontrent que lorsque les règles d'affichage sont internalisées en tant que partie intégrante du rôle, elles peuvent favoriser des expériences satisfaisantes au travail (Salmela & Mayer, 2009), dans le cas contraire, elle engendre de la dissonance émotionnelle (Dal Santo et al., 2016). Les règles d'affichage émotionnel occupent une place centrale et ce, depuis la révélation du concept du travail émotionnel en 1983 par Horchid.

Plusieurs raffinements conceptuels opérés depuis la naissance du concept permettent aujourd'hui, de redorer le blason du travail émotionnel (Grandey, Rupp, & Brice, 2015). Ainsi, les émotions peuvent, selon leur position dans le processus de l'activité professionnelle, et selon la nature du travail lui même (police vs soins de santé), servir ou desservir le bien-être au travail. En effet, si dans la profession infirmière, l'empathie et la bienveillance représentent la norme en matière d'affichage émotionnel, dans la profession policière ils représentent des émotions à bannir. Les règles d'affichage représentent la porte d'entrée en matière de travail émotionnel, elles régissent et orientent notre façon de percevoir et d'effectuer le travail émotionnel (Morris & Feldman, 1997 ; Grandey, 2000). L'étude de Dal Santo et al. (2016) sur une population infirmière indique que la dissonance émotionnelle n'est pas néfaste en soi. L'effet de la dissonance sur le bien-être dépend de la manière dont les règles d'affichage émotionnel sont perçues et du degré d'intériorisation de ces règles. En effet, les résultats de Dal Santo et al. (2016) indiquent que des règles d'affichage émotionnel intériorisées se trouvent négativement liés à la dissonance émotionnelle, tandis que l'effet contraire se produit lorsque ces règles ne sont pas intériorisées.

Ainsi, le caractère prescrit et non intériorisé des règles d’affichage conditionne l’intensité de la dissonance émotionnelle qui influe sur la façon dont le travail émotionnel est effectué. La conceptualisation traditionnelle des stratégies de régulation émotionnelle en deux formes (régulation en surface et régulation en profondeur) a prouvé ses limites (Hülshager & Schewe, 2011). Les chercheurs ont démontré que les processus cognitifs intervenant dans une même forme peuvent être différents (Andela et al., 2015 ; Côté & Morgan, 2002) et que les mesures proposées ne permettent pas de saisir ces variations cognitives (Andela et al., 2015). Ce qui explique selon plusieurs auteurs, les incohérences des résultats de différentes études portant sur la relation entre le travail émotionnel et le bien-être au travail (Andela et al., 2015 ; Mikolajczak et al., 2009 ; Hülshager & Schewe, 2011). Pour ce faire, Andela et al. (2015) ont proposé une conceptualisation de la régulation émotionnelle en quatre facteurs. Il s’agit en fait, d’appréhender chaque dimension (suppression expressive, déploiement attentionnel réévaluation cognitive et amplification positive) comme une forme de régulation à part entière. Les résultats de notre étude démontrent la validité factorielle de cette échelle à quatre facteurs, et qui plus est, sur une population infirmière activant dans un contexte socio-économique différent (Algérie), confirmant ainsi, l’indépendance de chaque dimension et la validité de cette approche. Cette nouvelle manière inédite d’appréhender le travail émotionnel ouvre de nouvelles voies de recherche et peut contribuer à une meilleure compréhension du travail émotionnel au travail en lien avec le bien-être au travail.

Cependant, notre premier modèle hypothétique qui supposait un rôle médiateur des quatre stratégies de régulation émotionnelle, dans la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail, démontre des indices d’ajustement peu concluants. Toutefois, nous avons constaté que le déploiement attentionnel se distingue des autres stratégies, de par ses connexions significatives avec les antécédents et les indicateurs du bien-être proposé par le modèle. Ce faisant, un modèle alternatif a été proposé qui suppose un rôle médiateur du déploiement attentionnel dans la relation entre antécédent et résultat. Les résultats de la modélisation révèlent un bon ajustement des données au modèle alternatif suggéré. Le déploiement attentionnel a médiatisé partiellement les effets de la dissonance émotionnelle sur les indicateurs du bien-être au travail à savoir, la satisfaction au travail, l’engagement au travail et l’épuisement émotionnel. Nos résultats sont conformes à l’approche centrée sur le travail, plaçant la dissonance émotionnelle comme une tension du travail et un état psychologique conceptuellement différent et indépendant du travail émotionnel (Dal Santo et al., 2016 ; Zapf, 2002).

Le fait que le déploiement attentionnel se distingue des autres stratégies par son pouvoir de médiation réside peut-être dans le fait que comparé à d’autres stratégies, le déploiement attentionnel est considéré comme une forme de distraction attentionnelle beaucoup moins

coûteuse en terme d'effort cognitif. En effet, la réévaluation cognitive impose une réinterprétation active des stimuli émotionnels (Gross, 1998 ; Grandey, 2000). L'amplification positive pour sa part suppose de simuler l'émotion désirée ou plébiscitée par les règles d'affichage émotionnel et l'exprimer ou l'afficher d'une manière amplifiée. Par exemple, face à une maman endeuillée par la perte d'un proche, l'infirmier(e) doit montrer sa compassion à travers la simulation et l'affichage de la peine, des marques d'affection et de tendresse, comme l'utilisation du touché (prendre la main) (Vinit, 2006 ; Phaneuf, 2016). Cependant, simuler des émotions non ressenties n'est pas chose aisée, il suppose un talent d'acteur et une maîtrise expressionnelle sans défaut (Grandey, 2000). La non-maitrise de ces compétences expressionnelles expose le soignant au risque d'être démasqué, et d'être perçu comme un imposteur et un hypocrite, ce qui remet en cause le professionnalisme du soignant. De plus, de culture arabo-musulmane, les infirmier-e-s interrogé-e-s évoluent dans une société qui laisse peu de place à l'affectivité en dehors du cercle familial ou même ici, les expressions affectives sont normées et assujetties à la pudeur synonyme de décence religieuse (Phaneuf, 2016 ; Wali, 2013). Par exemple : le papa n'affiche pas son affection envers sa femme devant les enfants ou sa famille. Une situation similaire régie la vie organisationnelle, où le soignant est perçu comme « professionnel » ou « compétent » lorsqu'il démontre sa capacité à maîtriser ses émotions. A l'inverse, si une infirmière par exemple, montre du chagrin devant ses collègues pour son patient décédé, elle risque d'être considérée comme une personne faible et moins expérimentée (Djaafri, 2013). Lorsqu'une infirmière laisse ses affects envers un patient transparent, Phaneuf (2016) explique que ceci pourrait être interprété, dans une culture Arabo-musulmane de type « radical », comme déplacé, en raison d'une pudeur mal placée ou une marque d'affection mal interprétée. De ce qui précède, on pourrait penser que supprimer ses émotions, dans un contexte social comme décrit plus haut, n'a rien de problématique, et pourrait représenter la stratégie la moins coûteuse en termes de tension ou d'effort. Les résultats démontrent pourtant le contraire. Certains auteurs affirment que s'engager dans la suppression expressive ne fait qu'appauvrir le réservoir ressource de l'individu et conduit à des résultats négatifs sur le bien-être au travail (Cheung & Tang, 2009 ; Carlson, Ferguson, Hunter, & Whitten, 2012). D'autres se réfèrent au fait que la suppression expressive engendre un sentiment d'inauthenticité et d'incompétence du fait de l'incapacité de l'individu à ressentir réellement les sentiments plébiscités par les valeurs de la profession infirmière (Grandey, Foo, Groth, & Goodwin, 2012), sachant toute l'importance de la sincérité dans la relation soignant/soigné et la place qu'occupe cette relation dans la profession infirmière.

Selon notre point de vue, le fait que certaines stratégies de régulation émotionnelle sont plus contraignantes que d'autres en termes d'effort, de consommation de ressources ou de la

tension psychologique et du conflit d'éthique qu'elles engendrent, n'explique pas à lui seul, le fait que le déploiement attentionnel se distingue des autres stratégies par son pouvoir médiateur. Cette distraction attentionnelle pourrait représenter, une façon d'échapper à la réalité de la situation pour trouver refuge, dans des souvenirs réels ou fabriqués, où le poids des normes sociales et professionnelles ne fait pas figure de suprématie. La personne finira inexorablement par revenir à la réalité de la situation pour en subir de nouveau, les méfaits de la dissonance émotionnelle (Andela et al., 2015).

Pour ce faire, il est démontré que l'individu met en œuvre plusieurs stratégies de régulation émotionnelle de manière simultanée, ou que la même personne utilise différentes stratégies à différents moments (Gabriel & Diefendorff, 2015 ; Cossette & Hess, 2015 ; Gabriel, Daniels, Diefendorff, & Greguras, 2015 ; Grandey, 2000). Dans ce cas, une ou plusieurs stratégies peuvent prendre le dessus sur d'autres (Cossette & Hess, 2015). Ce qui peut expliquer que dans notre étude, bien que la population interrogée a eu recours aux quatre stratégies, le déploiement attentionnel se distingue en quelque sorte des autres stratégies par son pouvoir de médiation. Seule une étude longitudinale pourrait nous renseigner sur le comment et le pourquoi, et nous indiquer quels facteurs font que le rôle et l'effet des différentes stratégies varient d'une situation à une autre.

L'étude 3 apporte une meilleure compréhension de la dissonance émotionnelle et de son impact dans le temps. Les résultats de l'étude 3 peuvent être résumés en trois points : (1) la dissonance émotionnelle et le SESP mesurés en T1 n'ont pas d'effet, à long terme, sur l'épuisement émotionnel mesuré six mois plus tard ; (2) l'impact de la dissonance émotionnelle (T1) sur la satisfaction au travail et l'engagement affectif (T2) est totalement médiatisé par le SESP (T1) et (3), l'impact de la dissonance émotionnelle (T1) sur l'engagement au travail (T2) est partiellement médiatisé par le SESP (T2).

Ainsi, un des résultats de cette étude tend vers l'absence d'effets directs de la dissonance émotionnelle, dans le temps, sur la satisfaction au travail, l'engagement affectif et l'épuisement émotionnel. Ce résultat contredit des études similaires utilisant l'approche longitudinale (Kubicek & Korunka, 2015 ; Barbour, 2014 ; Hertel et al., 2015 ; Huyghebaert, 2015 ; Coté & Morgan, 2002). Néanmoins, certaines études longitudinales confirment nos résultats (Castanheira & Chambel, 2010 ; Peters, 2007 ; Coté & Morgan, 2002).

Selon Peters (2007), l'absence de relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être à long terme dans les secteurs comme le centre d'appel, s'explique par le fait que les clients peuvent refuser le service s'ils ne se sentent pas traité adéquatement. Par contre dans le secteur des soins de santé, les patients peuvent difficilement abandonner l'interaction, et sont donc plus reconnaissants pour les soins reçus. En conséquence, le sentiment de dissonance émotionnelle peut devenir moins saillant que dans d'autres situations dans lesquelles les

prestataires de services sont privés de la reconnaissance des clients. Cependant, les liens indirects trouvés dans notre étude supposent une interprétation plus complexe. Selon nous, un raisonnement logique suppose qu'à court terme, l'individu expérimentant une dissonance émotionnelle a tendance à développer des perceptions négatives envers son travail du fait de la tension psychologique, qui induit une certaine forme de remise en question de la concordance de ses valeurs avec celles de la profession exercée. Cependant, la profession infirmière fait partie des groupes professionnels ou le collectif de travail, le management décentralisé et le contact permanent avec les patients font que l'individu dispose d'un accès et d'une disponibilité des ressources, lui permettant de dissiper cet état de dissonance émotionnelle dans le temps. Aussi, les situations où le contact humain est prégnant revêtent un caractère changeant et unique. Le même scénario dans deux situations similaires n'est pas forcément identique, ces différences même infimes peuvent interférer dans la manière de percevoir l'intensité de la dissonance émotionnelle. Une autre interprétation possible tient dans la conception de l'étude longitudinale. En effet, Dormann et Zapf (2001) préconise de varier l'intervalle entre les temps de mesures afin de capter les variations subtiles, une recommandation d'autant plus pertinente lorsqu'il est question des aspects émotionnels de la perception humaine, des processus dynamiques de nature changeantes. En toute état de cause, plus d'études longitudinales doivent être conduites afin d'affiner la compréhension de la temporalité des relations entre la dissonance émotionnelle et l'épuisement émotionnel. Ces facteurs, combinés ou isolés, peuvent selon nous expliquer la différence de résultats dans les études recensées

De plus, l'absence d'effet médiateur du SESP entre la dissonance émotionnelle et l'épuisement émotionnel suppose peut-être que d'autres ressources non considérées dans le modèle ont permis de dissiper, à long terme, l'impact de la dissonance émotionnelle. Selon nous, cette absence de relation hypothétique peut être expliquée à partir de la nature même du travail infirmier. En effet, issue de son histoire et de sa culture, la profession infirmière est une profession à fort ethos humanitaire, où le don de soi, l'empathie et la tolérance ne représentent pas des valeurs individuelles mais des caractéristiques de la profession elle-même (Péoc'h & Ceaux, 2012). Restituer ses valeurs dans un contexte de proximité relationnelle c'est convoquer la relation soignant/soigné dans toute sa force et sa connexion au bien-être des soignants (Estryn-Béhar, 2008 ; Converso, Loera, Viotti, & Martini, 2015). L'infirmier(e) est très réceptif (ve) aux marques de reconnaissance et de gratitude de la part des patients, un facteur qui pourrait dissiper, à long terme, l'impact de la dissonance émotionnelle sur l'épuisement émotionnel et combler le besoin altruiste du soignant. De plus, considérant le contexte social et économique où évolue la population d'étude, les restrictions budgétaires et les difficultés en matière de recrutement induites par la crise économique ont,

sans doute amener les gestionnaires des établissements hospitaliers à être attentif à leur personnel soignant. Ainsi, des pratiques en matière d'amélioration de la communication et le rapprochement direction/personnel par exemple, ont peut-être contribué à l'assimilation et l'acceptation des règles d'affichage émotionnel. Ce qui pourrait expliquer que le fait que bien que le soignant perçoit une dissonance émotionnelle, celle-ci ne transparait pas forcément en épuisement émotionnel dans le temps. Ce faisant, identifier les ressources et les facteurs ayant le plus fort impact sur le degré de perception de l'intensité de la dissonance émotionnelle, revêt une importance capitale dans l'amélioration des interventions et la promotion du bien-être au travail.

Par ailleurs, les résultats confortent notre position de considérer l'importance de la dimension émotionnelle du soutien perçu du supérieur dans la profession infirmière. En effet, le SESP démontre sa stabilité en termes d'impact positif sur le bien-être au travail et ce, à six mois d'intervalle. Il démontre aussi la stabilité de son pouvoir médiateur, dans le temps, sur la relation entre la dissonance émotionnelle et les indicateurs du bien-être au travail à l'exception de l'épuisement émotionnel. La totalité de l'impact de la dissonance émotionnelle, dans le temps, sur la satisfaction au travail et l'engagement affectif passe par le SESP, tandis qu'avec l'engagement au travail, l'impact de la dissonance émotionnelle l'est partiellement. Ces résultats soulignent l'importance critique de considérer le SESP dans toutes explications visant à clarifier l'impact de la dissonance émotionnelle sur le bien-être au travail du personnel infirmier (Pohl & Galletta, 2017 ; Ruiller, 2012). Comme précisé, les soignants en état de dissonance émotionnelle chercheront des ressources dans leur milieu de travail. Comme le supérieur hiérarchique est un membre à part entière de l'équipe infirmière, il est en contact direct avec ses subordonnés. Cette proximité facilite le recours du soignant au seul représentant de l'organisation susceptible de lui offrir un soutien compatible avec ses difficultés. Ainsi, percevant que son supérieur hiérarchique le soutient émotionnellement, le soignant est susceptible d'attribuer cette faveur à l'organisation par association avec son représentant légale. Ainsi, le fait que les employés perçoivent que l'organisation est préoccupée par leur bien-être affectif, valorise leurs efforts émotionnels et est consciente des difficultés émotionnelles qu'ils endurent, contribue à la régénération de leurs ressources (Huynh, Alderson, & Thompson, 2008), ce qui pourrait faciliter l'acceptation et l'internalisation des règles d'affichage émotionnel sur la base du principe de réciprocité. Ce postulat bien que non expérimenté dans la présente étude, a été déjà démontré par Dal Santo et al. (2016) sur une population infirmière.

Dans une vision globale, cette étude doctorale a permis de démontrer l'aspect délétère des exigences physiques, psychologiques et émotionnelles du travail infirmier sur le bien-être au travail. Un résultat qui rejoint la plupart des études similaires comme nous l'avons démontré

plus haut, bien que la population infirmière interrogée, soit issue d'un contexte socioculturel différent. De plus, les résultats démontrent l'importance de considérer les ressources personnelles (régulation émotionnelle) et organisationnelles (soutien perçu du supérieur hiérarchique) de type émotionnelles, pour expliquer la relation entre ces exigences et le bien-être du personnel infirmier. Dans le cadre du modèle JD-R, le rôle des ressources personnelles n'a été que récemment mis en avant (Schaufeli & Taris, 2014 ; Taris & Schaufeli, 2016). Cependant, les ressources personnelles sont définies comme les caractéristiques ou des aspects psychologiques de soi généralement associées à la résilience (Schaufeli & Taris, 2014). Notre étude permet d'enrichir cette définition des ressources personnelles qui peuvent être envisagées comme la capacité d'agir sur la perception des tensions psychologiques induite par les demandes émotionnelles du travail, sous forme d'un effort orienté sur les émotions, ressenties ou exprimées, conformément aux règles d'affichage émotionnel afin de promouvoir le bien-être au travail. De plus, les résultats démontrent que les ressources organisationnelles, comme le soutien émotionnel perçu du supérieur, permettent d'expliquer, à court et à long termes, l'effet des demandes sur le bien-être au travail.

De par sa nature heuristique, le modèle JD-R intègre les ressources comme des médiateurs ou des modérateurs. Selon Schaufeli et Taris (2014), le cadre explicatif spécifique à chaque étude détermine comment les ressources doivent être appréhendées dans le modèle. Nos résultats sont non seulement conformes, de manière globale, à la littérature mais apportent une compréhension supplémentaire quant aux mécanismes qui régissent la relation entre les demandes et le bien-être au travail. Les études qui défendent la position médiatrice des ressources du travail entre les demandes et le bien-être au travail (Minnotte, 2016 ; Tang, Siu, & Cheung, 2014 ; Freeney & Fellenz, 2013) s'appuient sur la théorie de la conservation des ressources (Hobfoll, 2002), qui propose que les ressources ont tendance à s'accumuler dans un environnement motivant (demandes du travail élevées/ressources adéquates) qui permet de développer chez les individus, un sentiment de confiance en soi et d'optimisme quant à leur avenir au travail. Dans ce contexte, ces ressources seront positivement associées au bien-être au travail. D'autres études (Xanthopoulou et al., 2007 ; Vink, Ouweneel, & Le Blanc, 2011 ; Van den Broeck et al., 2008) s'appuient sur la théorie cognitive sociale (Bandura, 1997) qui propose que les ressources personnelles (telles que l'auto-efficacité) façonnent la façon dont les individus comprennent leur environnement et y réagissent. Dans ce cas, les ressources personnelles correspondent à des mécanismes qui permettent d'agir sur la manière de percevoir les demandes du travail.

Nous avons aussi mis en évidence que la théorie du soutien organisationnel (Eisenberger et al., 1986) permet de concevoir à travers le principe de réciprocité, le mécanisme par lequel, le soutien émotionnel perçu du supérieur permet de combler les besoins socio-émotionnels de

l'individu qui, en retour, percevra le besoin de rendre ce traitement par un regain d'engagement envers le travail et l'organisation (Rhoades & Eisenberger, 2002). Face à la dissonance émotionnelle, l'individu percevant que son supérieur hiérarchique le supporte émotionnellement, comprend ses difficultés émotionnelles et valorise ses efforts, aura moins tendance à développer des attitudes négatives envers son travail ou son organisation, pour la raison que cette perception de soutien permet à l'individu de percevoir les règles d'affichage émotionnel comme des lignes directrices plutôt que comme des règles imposées, facilitant ainsi, l'assimilation de ces règles d'affichage. Dans ce sens, Dal Santo et al. (2016) expliquent que « *si une infirmière se sent émotionnellement soutenue, elle peut intégrer les règles d'affichage, en les considérant comme une partie intrinsèque de son travail, réduisant ainsi l'écart entre les émotions ressenties et les émotions prescrites.*

Cette étude a également démontré que la régulation émotionnelle (déploiement attentionnel) constitue un des mécanismes qui permettent d'expliquer la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail. Bien que les autres stratégies (réévaluation cognitive, suppression et amplification positive) n'aient pas permis de médier cette relation contredisent nos hypothèses, ces résultats concordent avec la littérature (Grandey, 2000 ; Gross & Thompson, 2007 ; Cossette & Hess, 2015). En effet, étant donné que les quatre stratégies de régulation émotionnelle cheminent par des processus cognitifs différents, l'individu n'est pas en mesure, dans un moment donné, de convoquer quatre processus cognitifs à la fois. Plusieurs facteurs comme l'expérience émotionnelle et la spécificité de la situation déterminent la stratégie émotionnelle qui est mise en place. Ce qui suggère que la régulation émotionnelle agit comme un processus sur un continuum (Cossette & Hess, 2015), d'une manière chronologique à travers les différentes stratégies, quelles soient centrées sur les antécédents ou sur les conséquents, ou l'échec d'une stratégie induit l'utilisation d'une autre stratégie (Gross & Thompson, 2007). Ceci explique, en quelque sorte, que bien que les quatre stratégies de régulation émotionnelle aient été convoquées (du fait que les répondants se réfèrent généralement, lors de la passation du questionnaire, à plusieurs situations et plusieurs contextes), seulement le déploiement attentionnel a permis, au fil du continuum, de médier la relation entre la dissonance émotionnelle et le bien-être au travail. Evidemment, approfondir la question nécessite la conduite d'autres études similaires.

7.4 Limites

Malgré des résultats certes intéressants, notre étude n'est pas exempte de limites. Selon nous, une meilleure approche du travail émotionnel est une approche globale. Notre étude n'intègre pas les règles d'affiche émotionnelle qui constituent une dimension indissociable du concept. La même limite s'applique au concept du soutien émotionnel du supérieur perçu, car bien que notre étude compte parmi les rares études ayant intégré la dimension émotionnelle

du soutien perçu du superviseur, le travail infirmier ne pourrait se concevoir sans la prise en compte du travail d'équipe. Les équipes infirmières constituent pour ses membres, une deuxième famille où les joies, le succès et les déceptions se partagent en groupe. Notre étude n'intègre pas le soutien émotionnel perçu des collègues, une dimension qui devrait être considérée dans les recherches futures. De plus, cette étude a été menée dans des centres hospitaliers situés dans la capitale de l'Algérie, une tranche de la population qui ne reflète pas fidèlement l'ensemble de la population infirmière algérienne, sachant toutes les disparités qui existent entre les centres urbains et ruraux. Une autre limite est que les infirmier-e-s interrogés ont plus que probablement complété l'enquête pendant les heures de travail et en l'absence du chercheur. La possibilité de comparer les réponses avec celles de ses collègues peut avoir influencé les réponses. Les réponses peuvent ne pas refléter la réalité objective, du fait que les participants réagissent de manière à créer une impression plus favorable d'eux-mêmes, ce qui nous conduit à redoubler d'attention dans l'interprétation des résultats. Cependant, les biais méthodologiques ont été atténués par la collecte de données en deux temps de mesures espacés dans le temps (Podsakoff, MacKenzie, Lee, & Podsakoff, 2003). Aussi, le nombre limité de répondant au T2 ne nous a pas permis une collecte des données en T3. Dans le futur, un échantillon plus fourni permettra d'étendre la collecte à trois temps de mesure, ce qui donnera sans doute, des résultats plus riches. D'autre part, nos données se limitent au personnel infirmier, inclure d'autres professions du secteur des soins, permettrait d'avoir une vision plus globale et une compréhension plus fine du concept du travail émotionnel. Enfin, seules quelques variables de contrôle ont été évaluées, alors que de nombreuses variables individuelles, comme les variables démographiques ou de personnalité, auraient pu être intégrées dans le design des études.

7.5 Implications et Perspectives

La gestion émotionnelle au travail a pris de l'importance dans la communauté scientifique pour son association directe au bien-être au travail. Dans l'ensemble, les objectifs de cette étude étaient d'enrichir le modèle JD-R en proposant des concepts adaptés à l'activité infirmière. De plus, toute recherche cherche à mettre en évidence des résultats et des implications théoriques mais aussi pratiques afin de recommander aux parties prenantes des interventions pratiques par rapport à la problématique étudiée. Nos résultats fournissent des implications spécifiques et inédites pour aider les gestionnaires de soins de santé à définir et à mettre en œuvre des stratégies visant à atteindre les objectifs fixés.

Premièrement, notre étude soulève des implications pratiques que les gestionnaires et décideurs peuvent prendre en considération dans leurs interventions. Notre étude lève le voile sur l'importance des émotions dans le travail infirmier, que ce soit des perceptions émotionnelles préjudiciables (dissonance émotionnelle) ou au contraire, des moteurs de bien-

être au travail (soutien émotionnel perçu du supérieur), ou encore des processus émotionnels (stratégies de régulation émotionnelle) qui peuvent nous éclairer sur le « comment » les effets délétères des demandes du travail impactent le bien-être. Les émotions sont présentes, prégnantes, indispensables et déterminantes pour le bien-être au travail. Le travail infirmier s'intensifie dans un contexte enclin de restrictions et de pénurie en personnel soignant. Les gestionnaires des structures hospitalières doivent prendre cette réalité en compte lors de l'élaboration des mesures réglementaires. La suppression de la possibilité d'exercer à temps partiel pour répondre aux difficultés en matière de recrutement, doit être suivie de mesures facilitant l'accomplissement des devoirs familiaux des soignants, comme des gardes d'enfants sur le lieu de travail. Les exigences émotionnelles transparaissent aussi à travers la dissonance émotionnelle qui se trouve particulièrement prégnante. Des études ont démontré que des règles d'affichage émotionnel partagées et intériorisées peuvent dissiper cet état de dissonance émotionnelle. Les gestionnaires comme les supérieurs hiérarchiques (infirmier en chef) peuvent organiser des séminaires, des sessions de formations ou simplement des rencontres de service afin d'expliquer, simplifier et valoriser le respect de ces règles dans une vision d'amélioration de la qualité des soins. Ensuite, conscient des difficultés de proposer une intervention axée sur les exigences du travail, nous avons orienté notre approche pour inclure des ressources déjà existantes au niveau de l'organisation. Ainsi, nos résultats démontrent que le soutien émotionnel perçu du supérieur représente une variable influente dans la relation entre les demandes du travail et le bien-être infirmier, mais surtout, que cette influence est stable dans le temps. Les superviseurs doivent donner de la considération aux émotions dans leurs interactions, tout comme les gestionnaires qui doivent améliorer les capacités et les compétences émotionnelles des supérieurs hiérarchiques à travers des sessions de formation et de perfectionnement. Enfin, la façon de gérer les émotions au travail se trouve être déterminantes pour le bien-être au travail. La formation des infirmières au travail émotionnel semble être particulièrement indiquée (Giardini & Frese, 2006, Heuven & Bakker, 2003). Communiquer l'importance du travail émotionnel serait déterminant non seulement pour les patients mais aussi pour le personnel infirmier eux-mêmes et leurs collègues (Aiken et al., 2001 ; Robichaud, 2003 ; Gray & Smith, 2009). La façon dont les employés perçoivent les règles d'affichage semble aussi être primordiale sur la façon dont ils régulent leurs réponses émotionnelles.

Deuxièmement, les résultats de cette étude soulèvent aussi des implications théoriques. Cette étude contribue au débat et à la discussion en cours sur le travail émotionnel en proposant une nouvelle alternative méthodologique aux stratégies de régulation en surface et en profondeur. Sur la base des résultats de notre étude, plusieurs implications pour des futures études peuvent être déduites. Premièrement, comme la dissonance émotionnelle est un

concept complexe et dynamique, il serait intéressant de voir ses interactions dans un modèle longitudinal à double médiation ou l'effet des demandes émotionnelles plus spécifiques à la profession infirmière et la dissonance émotionnelle sur le bien-être infirmier seront médiatisées par les règles d'affichage émotionnel et le soutien émotionnel perçu du supérieur. Cette étude s'inscrit aussi dans une nouvelle perspective, une nouvelle approche du travail émotionnel initiée par Andela et al. (2015) et qui consiste à étendre, les stratégies de régulation émotionnelle initialement révélées par Grandey (2000) comme un construit bidimensionnel (régulation en surface et régulation en profondeur), en considérant séparément, les deux dimensions qui composent chaque stratégie. Ainsi, la suppression expressive et l'amplification positive qui ont été auparavant, jumelés dans la stratégie de régulation en surface sont appréhendées séparément. Il en est de même pour la réévaluation cognitive et le déploiement attentionnel qui compose la régulation en profondeur. En conséquence, cette nouvelle conceptualisation des stratégies de régulation émotionnelle en quatre facteurs se révèle comme dans l'étude d'Andela et al. (2015) valide. L'inclusion de cette construction innovante du travail émotionnel dans la recherche future est très prometteuse, car elle pourrait offrir une vision plus complète du processus de gestion des émotions sur le lieu de travail. Par conséquent, l'utilité de cette construction devrait être étudiée empiriquement d'une manière transversale et longitudinale. Enfin, notre étude révèle que le soutien émotionnel perçu du supérieur est une variable très intéressante qui démontre des relations directes et positives avec le bien-être au travail. Son rôle médiateur démontre l'importance de considérer cette variable comme permettant de clarifier l'effet des demandes du travail sur le bien-être au travail dans la profession infirmière. Mais aussi et surtout, le soutien émotionnel perçu du supérieur démontre des relations de causalité, qui perdure dans le temps, avec la dissonance émotionnelle et le bien être au travail. Ainsi, les recherches futures pourraient enrichir la littérature en considérant le soutien émotionnel perçu du supérieur à côté du soutien émotionnel perçu des collègues afin de vérifier, avec des analyses de modération, l'effet tampon de ces ressources organisationnelles si précieuses.

7.6 Conclusion

La présente étude reconnaît la nécessité d'un leader, soutenant émotionnellement ses collaborateurs, afin de promouvoir le bien-être au travail dans la profession infirmière. Elle confirme aussi, le caractère préjudiciable au bien-être au travail de la dissonance émotionnelle et des demandes physiques et psychologiques qu'endure le personnel infirmier dans un contexte hospitalier qui prône « le faire beaucoup et bien avec moins ». Pourtant, des ressources tant personnelles qu'organisationnelle existent, il suffit de les cultiver pour obtenir ce que Hobfoll, (2002) appelle « la spirale des gains ». Que ce soit en matière de stratégies de régulation émotionnelle ou bien du soutien émotionnel perçu du supérieur, la contribution que

cette thèse apporte à la recherche psychologique réside principalement en une double prise de conscience : l'usure professionnelle dans la profession infirmière est certes un défi, mais l'impact positif des ressources émotionnelles, est démontré.

Références (partie théorique et discussion générale)

- Abdullah, A. (2011). Evaluation of Allen and Meyer's organizational commitment scale : a cross-cultural application in Pakistan. *Journal of education and vocational research*, 1(3), 80-86.
- Abreu, H. D., & Blanco, A. J. M. R. (2017). The well-being at work and resilience: a study correlation in nursing technicians in hospital. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 6(3), 170-180.
- Acker, F. (1991). La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire. *Sciences sociales et santé*, 9(2), 123-143.
- Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, (1), 161-181.
- Adali, E., & Priami, M. (2002). Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards, and emergency departments in Greek hospitals. *ICUs and Nursing Web Journal*, 11(1), 19.
- Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of advanced nursing*, 32(3), 536-543.
- Addai, P., Ofori, I. N., Avor, J., & Tweneboah, D. N. (2017). Organizational learning and job complexity as predictors of commitment among employees at Nestle Ghana Limited. *International journal of english literature and social sciences (IJELS)*, 2(6), 107-115.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses : A systematic review of 25 years of research. *International journal of nursing studies*, 52(2), 649-661.
- Adriaenssens, J., Hamelink, A., & Van Bogaert, P. (2017). Predictors of occupational stress and well-being in first-line nurse managers: A cross-sectional survey study. *International journal of nursing studies*, 73, 85-92.
- Agho, A. O., Mueller, C. W., & Price, J. L. (1993). Determinants of employee job satisfaction: An empirical test of a causal model. *Human relations*, 46(8), 1007-1027.
- Ahanhanzo, Y. G., Kittel, F., Paraïso, N. M., Godin, I., Wilmet-Dramaix, M., & Makoutodé, M. (2014). Analyse exploratoire de l'engagement au travail : utilisation de l'échelle d'Utrecht au Bénin. *Santé publique*, 26(3), 365-373.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., ... & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs*, 20(3), 43-53.
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Tishelman, C. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care : cross

- sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, 344, e1717.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & McHugh, M. D. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries : a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
- Ait Medjane, O. (2013). Les réformes du système de santé en Algérie : état des lieux et analyses. Dissertation Doctorale, Université de bejaia. Disponible sur : <http://www.univ-bejaia.dz/dspace/handle/123456789/2228>
- Alarcon, G. M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79(2), 549-562.
- Alderson, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, (1), 76-86.
- Aldridge, M. (1994). Unlimited liability ? Emotional labour in nursing and social work. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 722-728.
- Alexopoulos, E. C., Burdorf, A., & Kalokerinou, A. (2006). A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel. *International archives of occupational and environmental health*, 79(1), 82-88.
- Al-Hussami, M. (2008). A study of nurses' job satisfaction : the relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership, and level of education. *European journal of scientific research*, 22(2), 286-295.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization : An examination of construct validity. *Journal of vocational behavior*, 49(3), 252-276.
- Amstad, F. T., Meier, L. L., Fasel, U., Elfering, A., & Semmer, N. K. (2011). A meta-analysis of work-family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *Journal of occupational health psychology*, 16(2), 151.
- Andela, M., & Truchot, D. (2016). Dissonance émotionnelle, exigences et ressources, leur impact sur le Burnout des soignants. In V. Majer, P. Salengros, A. Di Fabio, & C. Lemoine (Eds.). *Facteurs de la santé au travail : du bien être au mal être*. (pp. 19-28). Paris : L'Harmattan.
- Andela, M., & Truchot, D. (2017). Emotional dissonance and Burnout: The moderating role of team reflexivity and re-evaluation. *Stress and Health*, 33(3), 179-189.

- Andela, M., Truchot, D., & Borteyrou, X. (2015). Emotional labour and burnout: Some methodological considerations and refinements. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 47(4), 321.
- Andela, M., Truchot, D., & Van der Doef, M. (2016). Job stressors and burnout in hospitals: The mediating role of emotional dissonance. *International Journal of Stress Management*, 23(3), 298.
- Antoinette Bargagliotti, L. (2012). Work engagement in nursing: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 68(6), 1414-1428.
- Arnaudo B., Léonard M., Sandret N., Cavet M., Coutrot T., Rivalin R. et Thiérus L. (2013). SUMER, les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs. *Références en Santé au Travail. Dares Analyses*, mars 2013, n°333, 59-74.
- Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of management review*, 18(1), 88-115.
- Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1995). Emotion in the workplace: A reappraisal. *Human relations*, 48(2), 97-125.
- Ashkanasy, N. M., & Daus, C. S. (2002). Emotion in the workplace: The new challenge for managers. *The Academy of Management Executive*, 16(1), 76-86.
- Ashkanasy, N. M., Härtel, C. E., & Daus, C. S. (2002). Diversity and emotion: The new frontiers in organizational behavior research. *Journal of management*, 28(3), 307-338.
- Ayache, F., & Ghalem, N. (2017). Évaluation de la charge de travail de l'infirmier en pré-hospitalier. Dissertation Doctorale, Université de béjaia). Disponible sur : <http://univ-bejaia.dz/dspace/handle/123456789/2525>
- Badolamenti, S., Sili, A., Caruso, R., & Fida, R. (2017). What do we know about emotional labour in nursing ? A narrative review. *British journal of nursing*, 26(1), 48-55.
- Baethge, A., & Rigotti, T. (2013). Interruptions to workflow: Their relationship with irritation and satisfaction with performance, and the mediating roles of time pressure and mental demands. *Work & Stress*, 27(1), 43-63.
- Baghriche, M. (2010). Aperçu sur l'organisation du système santé en Algérie : état des lieux 2009. Journée parlementaire sur la santé, conseil de la nation, pp : 19-30. Disponible sur : http://www.majliselouma.dz/pdf/jp_sur_la_sante2.pdf
- Bai, Q., Lin, W., & Wang, L. (2016). Family incivility and counterproductive work behavior: a moderated mediation model of self-esteem and emotional regulation. *Journal of Vocational Behavior*, 94, 11-19.
- Bakker, A. B. (2011). An evidence-based model of work engagement. *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 265-269.

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career development international*, 13(3), 209-223.
- Bakker, A. B., & Heuven, E. (2006). Emotional dissonance, burnout, and in-role performance among nurses and police officers. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 423.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of occupational health psychology*, 10(2), 170.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., De Boer, E., & Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of vocational behavior*, 62(2), 341-356.
- Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of educational psychology*, 99(2), 274.
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., & Schaufeli, W. B. (2000). Effort–reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of advanced nursing*, 31(4), 884-891.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3), 187-200.
- Bakker, A. B., Van Veldhoven, M., & Xanthopoulou, D. (2010). Beyond the demand-control model. *Journal of Personnel Psychology*, 9(1), 3-16.
- Bakker, A., Demerouti, E., & Schaufeli, W. (2003). Dual processes at work in a call centre : An application of the job demands–resources model. *European Journal of work and organizational psychology*, 12(4), 393-417.
- Balzer, W. K., Kihm, J. A., Smith, P. C., Irwin, J. L., Bachiochi, P. D., Robie, C., et al. (1997). Users' manual for the Job Descriptive Index (JDI, 1997 revision) and the Job in General scales. *Bowling Green, OH* : Bowling Green State University.
- Banville, B., & Chenevert, D. (2006, novembre 16). XVIIe Congrès de l'AGRH – « Le travail au cœur de la GRH. Les déterminants de l'absentéisme en milieu hospitalier : le rôle de l'engagement affectif et professionnel ». Reims.
- Baran, B. E., Shanock, L. R., & Miller, L. R. (2012). Advancing organizational support theory into the twenty-first century world of work. *Journal of Business and Psychology*, 27(2), 123-147.
- Barber, R. M., Fullman, N., Sorensen, R. J., Bollyky, T., McKee, M., Nolte, E., ... & Abd-Allah, F. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015 : a novel

- analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 390(10091), 231-266.
- Bartram, D. J., Yadegarfar, G., & Baldwin, D. S. (2009). A cross-sectional study of mental health and well-being and their associations in the UK veterinary profession. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(12), 1075.
- Bassal, C., Czellar, J., Kaiser, S., & Dan-Glauser, E. S. (2016). Relationship between emotions, emotion regulation, and well-being of professional caregivers of people with dementia. *Research on aging*, 38(4), 477-503.
- Basset, M. (2017). Epuisée, l'infirmière rend sa blouse blanche. *Article de presse legrandsoir.fr*, Janvier, 2018. <https://www.legrandsoir.info/le-cheylard-epuisee-l-infirmiere-rend-sa-blouse-blanche.html>.
- Battistelli, A., Portoghese, I., Galletta, M., & Pohl, S. (2013). Beyond the tradition: test of an integrative conceptual model on nurse turnover. *International Nursing Review*, 60(1), 103-111.
- Becker, H. S. (1960). Notes on the concept of commitment. *American journal of Sociology*, 66(1), 32-40.
- Bellemare, M., Cloutier, E., Chicoine, D., & Lechasseur, C. (1998). Troubles musculo-squelettiques et travail répétitif : l'importance du temps d'exposition et de l'organisation du travail. *Temps et travail, XXXIII e Congrès de la SELF*, 643-652.
- Benamouzig, D. (2015). *La santé au miroir de l'économie : Une histoire de l'économie de la santé en France*. Presses universitaires de France. doi:10.3917/puf.benam.2005.01.
- Benligiray, S., & Sönmez, H. (2012). Analysis of organizational commitment and work-family conflict in view of doctors and nurses. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(18), 3890-3905.
- Benmessaoud, H., & Lamara-Mahamed, A. (2014). Pénibilité du travail des soignants : ressenti de 920 infirmiers de deux établissements hospitaliers d'Alger. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 75(3), S50.
- Benyahia, F., & Mehenni, Z. E. (2013). *L'épuisement professionnel chez les sages-femmes : étude de huit (08) cas réalisée à la maternité de Targua Ouzemour de Bejaia*. Dissertation Doctorale, Université de Bejaia. Disponible sur : <http://www.univ-bejaia.dz/dspace/handle/123456789/5759>
- Béraud, C. (2002). Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur. *Sciences sociales et santé*, 20(4), 37-74.
- Berry, K., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2011). The role of expressed emotion in relationships between psychiatric staff and people with a diagnosis of psychosis: a review of the literature. *Schizophrenia bulletin*, 37(5), 958-972.

- Betout C, Cardi C, Morvant E, Panissier S. (2007). Le travail de nuit des infirmiers : effets sur les conditions de vie, les pratiques professionnelles et la qualité des soins. Paris : INTD. http://cdft.cnam.fr/medias/fichier/synthesetravailnuitinfirmier2007_1201276235030.pdf
- Bishop, C. E., Weinberg, D. B., Leutz, W., Dossa, A., Pfefferle, S. G., & M. Zincavage, R. (2008). Nursing assistants' job commitment : effect of nursing home organizational factors and impact on resident well-being. *The Gerontologist*, 48(suppl_1), 36-45.
- Blanchard, P., Truchot, D., Albiges-Sauvin, L., Dewas, S., Pointreau, Y., Rodrigues, M., ... & Kantor, G. (2010). Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents : a comprehensive nationwide cross-sectional study. *European journal of cancer*, 46(15), 2708-2715.
- Blau, P. M. (1964). Exchange and power in social life. New York : John Wiley.
- Boamah, S. A., Read, E. A., & Spence Laschinger, H. K. (2017). Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: a time-lagged study. *Journal of advanced nursing*, 73(5), 1182-1195.
- Boehm, J. K., & Lyubomirsky, S. (2008). Does happiness promote career success ?. *Journal of career assessment*, 16(1), 101-116.
- Bogaert, P., Clarke, S., Willems, R., & Mondelaers, M. (2013). Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: a structural equation model approach. *Journal of advanced nursing*, 69(7), 1515-1524.
- Bolton, S. (2001). Changing faces: nurses as emotional jugglers. *Sociology of Health & Illness*, 23(1), 85-100.
- Boniwell, I., & Chabanne, J. (2017). La psychologie positive appliquée au travail. *Le Journal des psychologues*, (4), 33-36.
- Bono, J. E., & Vey, M. A. (2005). Toward understanding emotional management at work: A quantitative review of emotional labor research. In C. E. Härtel, W. J. Zerbe, & N. M. Ashkanasy (Eds.), *Emotions in organizational behavior* (pp. 213-233). Mahwah, NJ, US : Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Boufera, M., & Benmoussa, A. Indices de validité et de fiabilité pour la version arabe de Maslach Burnout Inventory for Teachers dans l'environnement algérien. *Journal Psychologie & Éducation*, 5(01), 205-2017.
- Bougherbal, R. (2010). Aperçu sur l'organisation du système santé en Algérie : état des lieux 2009. *Journée parlementaire sur la santé, conseil de la nation*, pp : 07-17. Disponible sur : http://www.majliselouma.dz/pdf/jp_sur_la_sante2.pdf
- Bouhroum, A. (2006). Quelles urgences pour notre système de soins ?. Agence Nationale de Documentation de la Santé, laboratoire de la qualité des soins. Disponible sur : <http://www.ands.dz/qualitelab/SITE/Lab.Fc/CES013.PDF>

- Bourgueil, Y., Marek, A. & Mousques, J. (2008). Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 94-105. doi:10.3917/rsi.093.0094.
- Bowling, N. A., Eschleman, K. J., & Wang, Q. (2010). A meta-analytic examination of the relationship between job satisfaction and subjective well-being. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(4), 915-934.
- Boyd, C. M., Bakker, A. B., Pignata, S., Winefield, A. H., Gillespie, N., & Stough, C. (2011). A longitudinal test of the job demands-resources model among Australian university academics. *Applied psychology*, 60(1), 112-140.
- Boyle, D. K., & Miller, P. A. (2008). Focus on nursing turnover: A system-centered performance measure. *Nursing Management*, 39(6), 16-18.
- Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2012). Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants. *Politiques et management public*, 29(3), 541-561.
- Breevaart, K., & Bakker, A. B. (2017). Daily Job Demands and Employee Work Engagement: The Role of Daily Transformational Leadership Behavior.
- Bridgman, R. F. (1971). Medical Care under Social Security in France. *International Journal of Health Services*, 1(4), 331-341.
- Briner, R. B. (1999). The neglect and importance of emotion at work. *European journal of work and organizational Psychology*, 8(3), 323-346.
- Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of "people work". *Journal of vocational behavior*, 60(1), 17-39.
- Brotheridge, C. M., & Lee, R. T. (2002). Testing a conservation of resources model of the dynamics of emotional labor. *Journal of occupational health psychology*, 7(1), 57.
- Brotheridge, C. M., & Lee, R. T. (2003). Development and validation of the emotional labour scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76(3), 365-379.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). Un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Traité de psychologie de la santé*. Dunod, Paris, 47-71.
- Brun, J-P., Biron, C., & Ivers, H. (2007). Démarche stratégique de prévention des problèmes de santé mentale au travail. (Études et recherches / Rapport No. R-514). Québec : *Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail*. Disponible sur : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-514.pdf>
- Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et organisation des soins*, 40(1), 39-48.
- Buchs, C. J. (2014). Job demands, job resources and behaviour at work. Doctoral dissertation, Massey University. Albany, New Zealand. Available at:

- Buonocore, F., & Russo, M. (2013). Reducing the effects of work–family conflict on job satisfaction : the kind of commitment matters. *Human Resource Management Journal*, 23(1), 91-108.
- Burke, R. J., Koyuncu, M., & Fiksenbaum, L. (2010). Burnout, work satisfactions and psychological well-being among nurses in Turkish hospitals. *Europe's journal of Psychology*, 6(1), 63-81.
- Burke, R. J., Moodie, S., Dolan, S. L., & Fiksenbaum, L. (2012). Job demands, social support, work satisfaction and psychological well-being among nurses in Spain. *ESADE Business School Research Paper No. 233*. Available at: <https://ssrn.com/abstract=2117051> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2117051>.
- Burton, J., & World Health Organization. (2010). Healthy workplace framework and model: Background and supporting literature and practices. Available at : http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces_background_original.pdf
- Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work–family conflict and its antecedents. *Journal of vocational behavior*, 67(2), 169-198.
- Camerino, D., Sandri, M., Sartori, S., Conway, P. M., Campanini, P., & Costa, G. (2010). Shiftwork, work-family conflict among Italian nurses, and prevention efficacy. *Chronobiology International*, 27(5), 1105-1123.
- Camicia, M., Black, T., Farrell, J., Waites, K., Wirt, S., Lutz, B., & with the Association of Rehabilitation Nurses Task Force. (2014). The essential role of the rehabilitation nurse in facilitating care transitions : A white paper by the Association of Rehabilitation Nurses. *Rehabilitation Nursing*, 39(1), 3-15.
- Campbell, N. S., Perry, S. J., Maertz Jr, C. P., Allen, D. G., & Griffeth, R. W. (2013). All you need is... resources: The effects of justice and support on burnout and turnover. *Human Relations*, 66(6), 759-782.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., & Emilia, I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240-249.
- Canouï, P. (2003). La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques. *InfoKara*, 18(2), 101-104.
- Cara, C. (2008). Une approche de caring pour préserver la dimension humaine en gestion. 12e colloque de l'Association des gestionnaires infirmiers d'urgence du Québec. SaintSauveur, Québec.

- Carman-Tobin, M. B. (2011). Organizational commitment among licensed practical nurses: Exploring associations with empowerment, conflict, and trust. Doctoral dissertation, University of Iowa. Available at:
<https://search.proquest.com/openvie/cb6fe1873cc3fb442ee09aa2adcb02a8/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Castra, M. (2004). Faire face à la mort : réguler la «bonne distance» soignants-malades en unité de soins palliatifs. *Travail et emploi*, 97(5).
- Chang, E. M., Hancock, K. M., Johnson, A., Daly, J., & Jackson, D. (2005). Role stress in nurses : review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing & health sciences*, 7(1), 57-65.
- Chen, H. C., Beck, S. L., & Amos, L. K. (2005). Leadership styles and nursing faculty job satisfaction in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 374-380.
- Chen, Y. M., Chen, S. H., Tsai, C. Y., & Lo, L. Y. (2007). Role stress and job satisfaction for nurse specialists. *Journal of Advanced Nursing*, 59(5), 497-509.
- Chou, H. Y., Hecker, R. O. B., & Martin, A. (2012). Predicting nurses' well-being from job demands and resources: A cross-sectional study of emotional labour. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 502-511.
- Chou, R. J. A., & Robert, S. A. (2008). Workplace support, role overload, and job satisfaction of direct care workers in assisted living. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(2), 208-222.
- Clancy, C. M. (2011). Patient engagement in health care. *Health services research*, 46(2), 389-393.
- Clarke, S. P., & Aiken, L. H. (2008). An international hospital outcomes research agenda focused on nursing: lessons from a decade of collaboration. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3317-3323.
- Clausen, T., & Borg, V. (2010). Do positive work-related states mediate the association between psychosocial work characteristics and turnover? A longitudinal analysis. *International Journal of Stress Management*, 17(4), 308.
- Closon, C., & Pohl, S. (2009). *Work-family conflict and organizational commitment among nurses*. Paper session presented at 9ième Congrès de l'European Association on Work and Organisational Psychology (EAWOP, 2009). Santiago de Compostela.
- Clot, Y. (1999). La fonction psychologique du travail. Presses Universitaires de France-PUF. *Le travail humain*, 2006, 256 pages. ISBN : 9782130559214.
- Collière, M. F. (2001). Soigner... le premier art de la vie. *Elsevier health sciences*. 119-146, ISBN : 978-2-294-00555-8.

- Cortese, C. G., Colombo, L., & Ghislieri, C. (2010). Determinants of nurses' job satisfaction: the role of work–family conflict, job demand, emotional charge and social support. *Journal of nursing management*, 18(1), 35-43.
- Coté, S. (2005). A social interaction model of the effects of emotion regulation on work strain. *Academy of management review*, 30(3), 509-530.
- Couty, É., & Dupont, M. (2005). La révolution silencieuse des professions de santé : démographie, compétences, responsabilités. *Revue française d'administration publique*, (1), 97-112.
- Cranny, C. J., Smith, P. C., & Stone, E. F. (Eds.). (1992). *Job satisfaction: How people feel about their jobs and how it affects their performance*. Lexington Books.
- Crawford, E. R., LePine, J. A., & Rich, B. L. (2010). Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: a theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology*, 95(5), 834.
- Cropanzano, R., & Wright, T. A. (2001). When a "happy" worker is really a "productive" worker : a review and further refinement of the happy-productive worker thesis. *Consulting Psychology Journal : Practice and Research*, 53(3), 182.
- Cropanzano, R., Rupp, D. E., & Byrne, Z. S. (2003). The relationship of emotional exhaustion to work attitudes, job performance, and organizational citizenship behaviors. *Journal of applied psychology*, 88(1), 160.
- Dabke, D., & Patole, S. (2015). Do perceived organizational support, perceived superior support, goal clarity, perceived career progression opportunities and job satisfaction predict intention to stay. *International journal of research in management & technology*, 4(2), 2249-9563.
- Dal Santo, L., Battistelli, A., Pohl, S., & Balikdjan, A. (2009). Empathy in nursing: a theoretical examination of the links between empathy, emotion regulation and emotional dissonance. Poster présenté à la conférence Empathy in nursing : (Brussel).
- Dal Santo, L., Pohl, S., & Battistelli, A. (2013). Emotional dissonance and job satisfaction: the moderating role of organisational commitment and task significance. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 4(13), 691.
- Dal Santo, L., Pohl, S., & Battistelli, A. (2016). The nurse-patient emotional interaction in quality of worklife: The role of empathy and emotional dissonance. *Scholars' Press*. (p222), ISBN : 978-3-659-84081-4.
- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M., & Aiken, L. H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave : findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ open*, 5(9), e008331.

- Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of management*, 25(3), 357-384.
- Davis, B. J. (2014). University commitment: test of a three-component model. Doctoral dissertation, Minnesota State University, Mankato. Available at: <https://cornerstone.lib.mnsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1341&context=etds>
- Dawley, D. D., Andrews, M. C., & Bucklew, N. S. (2008). Mentoring, supervisor support, and perceived organizational support : what matters most?. *Leadership & Organization Development Journal*, 29(3), 235-247.
- De Chatillon, E. A., Blondet, C., Branchet, B., Crambes, C., Commeiras, N., Malaquin, M., ... & Valette, A. (2016). La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public vs privé). Observations de terrain et analyses à partir de l'enquête « Conditions de travail 2013 ». Disponible sur : <http://www.chaires-iae-grenoble.fr/commun/pdf/documents/RapportLaPreventionDesRisquesPsychosociaux163213.pdf>
- De Jonge, J., & Dormann, C. (2003). The DISC model : demand-induced strain compensation mechanisms in job stress. *Occupational stress in the service professions*, 43-74.
- De Jonge, J., & Dormann, C. (2006). Stressors, resources, and strain at work: a longitudinal test of the triple-match principle. *Journal of applied psychology*, 91(6), 1359.
- De Meis, C., de Almeida Souza, C., & da Silva Filho, J. F. (2007). House and street: narratives of professional identity among nurses. *Journal of Professional Nursing*, 23(6), 325-328.
- De Raeve, L. (2002). The modification of emotional responses: a problem for trust in nurse-patient relationships?. *Nursing Ethics*, 9(5), 466-471.
- DeConinck, J. B., & Johnson, J. T. (2009). The effects of perceived supervisor support, perceived organizational support, and organizational justice on turnover among salespeople. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 29(4), 333-350.
- Deese, M. N. (2009). Testing an extension of the Job Demands-Resources model: the addition of personal resources as mediators to the resources-engagement relationship. Doctoral dissertation, Clemson University. Available at: https://tigerprints.clemson.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.fr/&httpsredir=1&article=1611&context=all_theses
- Degoit-Cioiseau, Marie-Anne. 2012. Être infirmier(ère) en 2012, des mutations et des paradoxes. Une réflexion éthique entre désordre(s) et ordre(s). *Ethique*. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00744352>

- Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International journal of nursing studies*, 70, 71-88.
- Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2011). The job demands-resources model: Challenges for future research. *SA Journal of Industrial Psychology*, 37(2), 01-09.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86(3), 499.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of advanced nursing*, 32(2), 454-464.
- Deng, H., Walter, F., Lam, C. K., & Zhao, H. H. (2017). Spillover effects of emotional labor in customer service encounters toward coworker harming: a resource depletion perspective. *Personnel Psychology*, 70(2), 469-502.
- Desrumaux, P., Gillet, N., Jeoffrion, C., Malola, P., & Dose, E. (2017). Effets des justices distributive et procédurale sur la satisfaction de vie, le désengagement psychologique et les intentions de quitter : le rôle médiateur de l'engagement organisationnel affectif. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 49(2), 143.
- Dextras-Gauthier, J. (2015). Culture organisationnelle et santé mentale au travail. Thèse doctorale, Université de Montréal. Disponible sur : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/12019/Dextras_Gauthier_Julie_2014_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Diefendorff, J. M., & Gosserand, R. H. (2003). Understanding the emotional labor process : a control theory perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 24(8), 945-959.
- Diefendorff, J. M., & Richard, E. M. (2003). Antecedents and consequences of emotional display rule perceptions. *Journal of Applied Psychology*, 88(2), 284.
- Diefendorff, J. M., Croyle, M. H., & Gosserand, R. H. (2005). The dimensionality and antecedents of emotional labor strategies. *Journal of Vocational Behavior*, 66(2), 339-357.
- Diefendorff, J. M., Erickson, R. J., Grandey, A. A., & Dahling, J. J. (2011). Emotional display rules as work unit norms : a multilevel analysis of emotional labor among nurses. *Journal of occupational health psychology*, 16(2), 170.
- Diefendorff, J. M., Richard, E. M., & Croyle, M. H. (2006). Are emotional display rules formal job requirements ? Examination of employee and supervisor perceptions. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 79(2), 273-298.
- Diestel, S., Rivkin, W., & Schmidt, K. H. (2015). Sleep quality and self-control capacity as protective resources in the daily emotional labor process: results from two diary studies. *Journal of Applied Psychology*, 100(3), 809.

- Dionne, S., & Rhéaume, A. (2008). L'ambiguïté et le conflit de rôle chez les infirmières dans le contexte des réformes de la santé au Nouveau-Brunswick. *Revue de l'Université de Moncton*, 39(1-2), 199-223.
- Djaafri, A. (2013). La construction de l'identité professionnelle des infirmières du secteur sanitaire public d'Akbou. Dissertation, Université de Béjaïa. Disponible sur : <http://www.univ-bejaia.dz/dspace/handle/123456789/2332?show=full>
- Doorn, Y., Ruysseveldt, J., Dam, K., Mistiaen, W., & Nikolova, I. (2016). Understanding well-being and learning of Nigerian nurses : a job demand control support model approach. *Journal of nursing management*, 24(7), 915-922.
- Dormann, C., & Kaiser, D. M. (2002). Job conditions and customer satisfaction. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 11(3), 257-283.
- Dormann, C., & Zapf, D. (2001). Job satisfaction: a meta-analysis of stabilities. *Journal of organizational behavior*, 22(5), 483-504.
- Douguet, F., Muñoz, J., & Leboul, D. (2005). Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration de la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants. Post enquête « conditions et organisation du travail dans les établissements de santé ». DRESS, série Etudes. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud48.pdf>
- Dragano, N., He, Y., Moebus, S., Jöckel, K. H., Erbel, R., & Siegrist, J. (2008). Two models of job stress and depressive symptoms. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(1), 72-78.
- Duchesne, K. (2005). *Perception du soutien social et engagement affectif organisationnel*. Doctoral dissertation, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Disponible sur : <http://depositum.uqat.ca/312/1/karineduchesne.pdf>
- Dumas, M., Douguet, F., & Muñoz, J. (2012). L'appropriation d'un outil de la qualité des soins à l'hôpital. *Journal de gestion et d'économie médicale*, 30(3), 127-149.
- Dupuis, G., Martel, J. P., Voirol, C., Bibeau, L., & Hébert-Bonneville, N. (2009). La qualité de vie au travail : Bilan des connaissances ; l'inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT). Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP). ISBN 978-2-922914-32-0. Disponible sur : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1945594>
- Ebright, P. R., Patterson, E. S., Chalko, B. A., & Render, M. L. (2003). Understanding the complexity of registered nurse work in acute care settings. *Journal of Nursing Administration*, 33(12), 630-638.

- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., & Hannigan, B. (2001). A stepwise multivariate analysis of factors that contribute to stress for mental health nurses working in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), 805-813.
- Edwards, J. R., & Rothbard, N. P. (2000). Mechanisms linking work and family: Clarifying the relationship between work and family constructs. *Academy of management review*, 25(1), 178-199.
- Edwards, ME (2001). L'incertitude et la montée du dilemme travail-famille. *Journal du mariage et de la famille*, 63 (1), 183-196.
- Egenes, K. J. (2017). History of nursing. Issues and trends in nursing: Essential knowledge for today and tomorrow, 1-26. *Elsevier Health Sciences*, ed7, ISBN : 978-0-323-39022-4.
- Eisenberger, R., Armeli, S., Rexwinkel, B., Lynch, P. D., & Rhoades, L. (2001). Reciprocation of perceived organizational support. *Journal of applied psychology*, 86(1), 42.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied psychology*, 71(3), 500.
- Eisenberger, R., Stinglhamber, F., Vandenberghe, C., Sucharski, I. L., & Rhoades, L. (2002). Perceived supervisor support : Contributions to perceived organizational support and employee retention. *Journal of applied psychology*, 87(3), 565.
- Ekman P, Friesen WV. 1975. *Unmasking the Face : A Guide to Recognizing the Emotions from Facial Cues*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- El-Demerdash, S., Abdelaziz, A., & Abdelsalam, G. (2013). The Relationship between burnout and organizational commitment among nurses at Tanta University Hospitals. *IORS-JNHS*, 2(6), 20-8.
- Elfering, A. H., & Grebner, S. (2008). Stress and patient safety. In : J.R.B. Halbesleben (Ed.) *The handbook of stress and burnout in health care*. Nova Science Publishers, Hauppauge (NY) ; 2008: 173–186.
- Elias, N. (1991). On human beings and their emotions : a process-sociological. *The body : Social process and cultural theory*, 7, 103.
- Elit, L., Trim, K., Mand-Bains, I. H., Sussman, J., & Grunfeld, E. (2004). Job satisfaction, stress, and burnout among Canadian gynecologic oncologists. *Gynecologic Oncology*, 94(1), 134-139.
- Elliott, D. J., Young, R. S., Brice, J., Aguiar, R., & Kolm, P. (2014). Effect of hospitalist workload on the quality and efficiency of care. *JAMA internal medicine*, 174(5), 786-793.
- Emeriat, A. M. (2012). De la souffrance au bien-être au travail : contribution à la compréhension du bien-être psychologique des soignants à l'hôpital-Le métier de soignant : un métier où se côtoient souffrance et bien-être psychologique. Doctoral

- dissertation, Lyon 2. Disponible sur : http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2012/emeriatamont/emeriatamont_these_vol1.pdf
- Eschenfelder, B. (2012). Exploring the nature of nonprofit work through emotional labor. *Management Communication Quarterly*, 26(1), 173-178.
- Esnard, C. (2007). Pour une approche psychosociale du stress professionnel : problématiques représentationnelles et identitaires. *Cognition, santé et vie quotidienne*, 1, 109.
- Estryn-Behar, M. (2008). Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Etude européenne PRESST-NEXT (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail - Nurses' Early Exit Study). Ed. Presses de l'École des hautes études en santé publique. Rennes, 384 p. ISBN : 978-2-85952-946-8. Disponible sur : http://www.fo-sante.com/iso_album/sante.satis.pdf
- Estryn-Behar, M., & Fouillot, J. P. (1990). Etude de la charge physique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins. *Médecine du Travail*, (41), 1.
- Estryn-Behar, M., le Nézet, O., Laine, M., & Pokorski, J. (2003). *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*. H. M. Hasselhorn (Ed.), 94-100. Arbetslivsinstitutet, förlagstjänst.
- Estryn-Behar, M., Négri, J. F., & Le Nézet, O. (2007). Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. *Droit, Déontologie & Soins*, 7(3), 308-327.
- Estryn-Béhar, M., Van der Heijden, B. I. J. M., Guétarni, K., & Fry, G. (2010). Pertinence des indicateurs de risques psychosociaux à l'hôpital pour la prévention du burnout. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 71(4), 619-637.
- Estryn-Behar, M., Van Der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., & Hasselhorn, H. M. (2008). Violence risks in nursing results from the European 'NEXT' Study. *Occupational medicine*, 58(2), 107-114.
- Failla, K. R., & Stichler, J. F. (2008). Manager and staff perceptions of the manager's leadership style. *Journal of Nursing Administration*, 38(11), 480-487.
- Felstead, A., & Henseke, G. (2017). Assessing the growth of remote working and its consequences for effort, well-being and work-life balance. *New Technology, Work and Employment*, 32(3), 195-212.
- Fisher, C. D. (2002). Antecedents and consequences of real-time affective reactions at work. *Motivation and Emotion*, 26, 3-30.
- Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H. M., & Salanterä, S. (2008). Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession : a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 727-739.

- Fournier, P. S., Montreuil, S., & Villa, J. (2013). Contribution à un modèle explicatif de la charge de travail : le cas du service à la clientèle. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 68(1), 46-70.
- Freaney, Y., & Fellenz, M. R. (2013). Work engagement as a key driver of quality of care : a study with midwives. *Journal of Health Organization and Management*, 27(3), 330-349.
- Freaney, Y., & Fellenz, M. R. (2013). Work engagement, job design and the role of the social context at work : Exploring antecedents from a relational perspective. *Human Relations*, 66(11), 1427-1445.
- Frogner, B., & Spetz, J. (2013). *Affordable Care Act of 2010 : creating job opportunities for racially and ethnically diverse populations*. Washington, DC : Joint Center for Political and Economic Studies.
- Fujimoto, T., Kotani, S., & Suzuki, R. (2008). Work–family conflict of nurses in Japan. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3286-3295.
- Fuß, I., Nübling, M., Hasselhorn, H. M., Schwappach, D., & Rieger, M. A. (2008). Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians : psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC public health*, 8(1), 353.
- Fusz, K. S. (2017). Shift work schedule types of nurses in hungary and their effects on health status. Doctoral dissertation, University of Pécs. Available at : http://ltsp.etk.pte.hu/portal/wp/File/Doktoriiskola/Teziszuzetek/Fusz_Katalin_angol.pdf
- Gabriel, A. S., & Diefendorff, J. M. (2015). Emotional labor dynamics : A momentary approach. *Academy of Management Journal*, 58(6), 1804-1825.
- Gabriel, A. S., Daniels, M. A., Diefendorff, J. M., & Greguras, G. J. (2015). Emotional labor actors : A latent profile analysis of emotional labor strategies. *Journal of Applied Psychology*, 100(3), 863.
- Gandi, J. C., Wai, P. S., Karick, H., & Dagona, Z. K. (2011). The role of stress and level of burnout in job performance among nurses. *Mental health in family medicine*, 8(3), 181.
- Gärling, T., Krause, K., Gamble, A., & Hartig, T. (2014). Emotional well-being and time pressure. *PsyCh journal*, 3(2), 132-143.
- Garrett, C. (2008). The effect of nurse staffing patterns on medical errors and nurse burnout. *AORN journal*, 87(6), 1191-1204.
- Garrosa, E., Moreno-Jimenez, B., Liang, Y., & Gonzalez, J. L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses : An exploratory study. *International journal of nursing studies*, 45(3), 418-427.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing : a cross-sectional study of burnout and engagement. *International journal of nursing studies*, 48(4), 479-489.

- Geurts, S. A., & Demerouti, E. (2003). Work/non-work interface : A review of theories and findings. *The handbook of work and health psychology*, 2, 279-312.
- Gheorghiu, M., Guillemot, D., & Moatty, F. (2009). Changements organisationnels et mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements hospitaliers français. *Communication aux Journées internationales de sociologie du travail*.
- Ghislieri, C., Gatti, P., Molino, M., & Cortese, C. G. (2017). Work–family conflict and enrichment in nurses : between job demands, perceived organisational support and work/family backlash. *Journal of nursing management*, 25(1), 65-75.
- Giardini, A., & Frese, M. (2006). Reducing the negative effects of emotion work in service occupations : Emotional competence as a psychological resource. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(1), 63.
- Gilbert, M. H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, 61(4), 195-203.
- Giorgi, F., Mattei, A., Notarnicola, I., Petrucci, C., & Lancia, L. (2018). Can sleep quality and burnout affect the job performance of shift-work nurses ? A hospital cross-sectional study. *Journal of advanced nursing*, 74(3), 698-708.
- Glasberg, A. L. (2007). Stress of conscience and burnout in healthcare : the danger of deadening one's conscience. Doctoral dissertation, Omvårdnad. <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A140236&dswid=2339>
- Glomb, T. M., & Tews, M. J. (2004). Emotional labor: A conceptualization and scale development. *Journal of vocational behavior*, 64(1), 1-23.
- Goldberg, L. S., & Grandey, A. A. (2007). Display rules versus display autonomy : emotion regulation, emotional exhaustion, and task performance in a call center simulation. *Journal of occupational health psychology*, 12(3), 301.
- Gorgievski, M. J., & Hobfoll, S. E. (2008). Work can burn us out or fire us up : Conservation of resources in burnout and engagement. *Handbook of stress and burnout in health care*, 2008, 7-22.
- Gosserand, R. H., & Diefendorff, J. M. (2005). Emotional display rules and emotional labor : the moderating role of commitment. *Journal of Applied Psychology*, 90(6), 1256.
- Grandey, A. A., Foo, S. C., Groth, M., & Goodwin, R. E. (2012). Free to be you and me : a climate of authenticity alleviates burnout from emotional labor. *Journal of occupational health psychology*, 17(1), 1.
- Grandey, A. A. (2000). Emotional regulation in the workplace : A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of occupational health psychology*, 5(1), 95.

- Grandey, A. A. (2003). When “the show must go on” : Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of management Journal*, 46(1), 86-96.
- Grandey, A. A., Rupp, D., & Brice, W. N. (2015). Emotional labor threatens decent work : A proposal to eradicate emotional display rules. *Journal of Organizational Behavior*, 36(6), 770-785.
- Grant, A. M., Christianson, M. K., & Price, R. H. (2007). Happiness, health, or relationships ? Managerial practices and employee well-being tradeoffs. *The Academy of Management Perspectives*, 21(3), 51-63.
- Gray, B. (2009). The emotional labour of nursing—defining and managing emotions in nursing work. *Nurse Education Today*, 29(2), 168-175. Gray, B. (2009). The emotional labour of nursing—defining and managing emotions in nursing work. *Nurse Education Today*, 29(2), 168-175.
- Gray-Stanley, J. A., & Muramatsu, N. (2011). Work stress, burnout, and social and personal resources among direct care workers. *Research in developmental disabilities*, 32(3), 1065-1074.
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of management review*, 10(1), 76-88.
- Griffiths, P., Ball, J., Murrells, T., Jones, S., & Rafferty, A. M. (2016). Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts : a cross-sectional study. *BMJ open*, 6(2), e008751.
- Grosjean, V., & Guyot, S. (2016). Bien-être et qualité de vie au travail, risques psychosociaux : de quoi parle-t-on?. *Hygiène et Sécurité Du Travail*, 242.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation : an integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Grzywacz, J. G., Frone, M. R., Brewer, C. S., & Kovner, C. T. (2006). Quantifying work–family conflict among registered nurses. *Research in nursing & health*, 29(5), 414-426.
- Haberey-Knuessi, V. (2011). Des exigences aux ressources, le modèle de Demerouti au service des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, (1), 23-29.
- Hakanen, J. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of school psychology*, 43(6), 495-513.
- Hakanen, J. J., Peeters, M. C., & Schaufeli, W. B. (2017). Different types of employee well-being across time and their relationships with job crafting. *Journal of occupational health psychology*, 23(2), 289.

- Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B., & Ahola, K. (2008). The Job Demands-Resources model : A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, 22(3), 224-241.
- Halbesleben, J. R. (2010). A meta-analysis of work engagement : Relationships with burnout, demands, resources, and consequences. *Work engagement : A handbook of essential theory and research*, 8(1), 102-117.
- Halbesleben, J. R., & Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout : Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work & Stress*, 19(3), 208-220.
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety : a systematic review. *PLoS One*, 11(7), e0159015.
- Hallam, J. (2002). Vocation to profession : changing images of nursing in Britain. *Journal of organizational change management*, 15(1), 35-47.
- Han, S. S., Han, J. W., An, Y. S., & Lim, S. H. (2015). Effects of role stress on nurses' turnover intentions : the mediating effects of organizational commitment and burnout. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(4), 287-296.
- Hansez, I., Stinglhamber, F., & Hanin, D. (2008). Interférence négative du travail sur la famille et stress au travail : impact du support organisationnel perçu. *Entre tradition et innovation, comment transformons-nous l'univers de travail ? Actes du 15ème congrès de Psychologie du Travail et des Organisations de Langue Française*.
- Hassan, Z., Dollard, M. F., & Winefield, A. H. (2010). Work-family conflict in East vs Western countries. *Cross Cultural Management : An International Journal*, 17(1), 30-49.
- Hasselhorn, H. M., Tackenberg, P., & Peter, R. (2004). Effort–reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition. *International journal of occupational and environmental health*, 10(4), 401-408.
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., ... & Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession : a cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 174-184.
- Hellemans, C. (2008). Le modèle effort-récompense de Siegrist peut-il faire office d'outil de prévention pour le dépistage de facteurs de risque de burnout ? In N. Pettersen, J.-S. Boudrias, & A. savoie (Eds.), *Entre tradition et innovation, comment transformons-nous l'univers du travail ?*. Presses Universitaires du Québec
- Hellemans, C. (2016). Health and well-being at work in belgium. Publication présentée à la conférence Research seminar of laboratories LPS and PsyCLE, Université Aix-Marseille (15 avril 2016 : Aix-en-Provence).

- Hellemans, C., & Karnas, G. (1999). Epreuve de validation du modèle de Karasek auprès de travailleurs du secteur tertiaire. Relations du modèle avec les « tensions mentales ». *Revue européenne de psychologie appliquée*, 49(3), 215-224.
- Henly, S. J., & Moss, M. (2007). American Indian health issues. *Encyclopedia of Epidemiology*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Hetty van Emmerik, I. J., Bakker, A. B., & Euwema, M. C. (2009). Explaining employees' evaluations of organizational change with the job-demands resources model. *Career Development International*, 14(6), 594-613.
- Ho, W. H., Chang, C. S., Shih, Y. L., & Liang, R. D. (2009). Effects of job rotation and role stress among nurses on job satisfaction and organizational commitment. *BMC health services research*, 9(1), 8.
- Hobfoll, S. E. (1988). The ecology of stress. Taylor & Francis.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513.
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied psychology*, 50(3), 337-421.
- Hobfoll, S. E., & Freedy, J. (1993). Conservation of resources : a general stress theory applied to burnout.
- Hobfoll, S. E., & Shirom, A. (2001). Conservation of resources theory : Applications to stress and management in the workplace. In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (pp. 57-80). New York, NY, US : Marcel Dekker.
- Hochschild, A. (1983). *The Managed Heart* (Berkeley, University of California Press). *Hochschild The Managed Heart* 1983.
- Hoeve, Y. T., Jansen, G., & Roodbol, P. (2014). The nursing profession : public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of advanced nursing*, 70(2), 295-309.
- Holdren, P., Paul III, D. P., & Coustasse, A. (2015). Burnout syndrome in hospital nurses. Paper presented at BHAA International 2015 in Chicago, IL.
- Holman, D., Chissick, C., & Totterdell, P. (2002). The effects of performance monitoring on emotional labor and well-being in call centers. *Motivation and Emotion*, 26(1), 57-81.
- Holman, D., Martinez-Iñigo, D., & Totterdell, P. (2008). Emotional labour and employee well-being : an integrative review. *Research companion to emotion in organizations*, 301.
- House, J.S. (1981), *Work, Stress and Social Support*, Reading, MA, Addison-Wesley
- Hu, Q., & Schaufeli, W. B. (2011). Job insecurity and remuneration in Chinese family-owned business workers. *Career Development International*, 16(1), 6-19.

- Hu, Q., Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2011). The Job Demands–Resources model : An analysis of additive and joint effects of demands and resources. *Journal of vocational behavior, 79*(1), 181-190.
- Hu, Q., Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2016). Extending the job demands-resources model with guanxi exchange. *Journal of Managerial Psychology, 31*(1), 127-140.
- Huffstutler, S. Y., Stevenson, S. S., Mullins, I. L., Hackett, D. A., & Lambert, A. W. (1998). The public's image of nursing as described to baccalaureate prenursing students. *Journal of Professional Nursing, 14*(1), 7-13.
- Hughes, R. G., Bobay, K. L., Jolly, N. A., & Suby, C. (2015). Comparison of nurse staffing based on changes in unit-level workload associated with patient churn. *Journal of nursing management, 23*(3), 390-400.
- Hulin, C. L., & Judge, T. A. (2003). Job attitudes. *Handbook of psychology*. I. B. Weiner (Ed.). doi:10.1002/0471264385.wei1211.
- Hülshager, U. R., & Schewe, A. F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor : a meta-analysis of three decades of research. *Journal of occupational health psychology, 16*(3), 361.
- Hülshager, U. R., Lang, J. W., & Maier, G. W. (2010). Emotional labor, strain, and performance : Testing reciprocal relationships in a longitudinal panel study. *Journal of occupational health psychology, 15*(4), 505.
- Humphrey, R. H. (2002). The many faces of emotional leadership. *The leadership quarterly, 13*(5), 493-504.
- Humphrey, R. H., Ashforth, B. E., & Diefendorff, J. M. (2015). The bright side of emotional labor. *Journal of Organizational Behavior, 36*(6), 749-769.
- Humphreys, J., Brunsen, B., & Davis, D. (2005). Emotional structure and commitment : implications for health care management. *Journal of Health Organization and Management, 19*(2), 120-129.
- Hunter, B., & Smith, P. (2007). Emotional labour : just another buzz word?. *International Journal of Nursing Studies, 44*(6), 859-861.
- Hur, W. M., Won Moon, T., & Jun, J. K. (2013). The role of perceived organizational support on emotional labor in the airline industry. *International Journal of Contemporary Hospitality Management, 25*(1), 105-123.
- Huynh, T., Alderson, M., & Thompson, M. (2008). Emotional labour underlying caring : an evolutionary concept analysis. *Journal of advanced nursing, 64*(2), 195-208.
- Jackson, S. E., & Maslach, C. (1982). After-effects of job-related stress : Families as victims. *Journal of organizational behavior, 3*(1), 63-77.

- Jacquemin, D. (2009). Interdisciplinarité : spécificité du rôle infirmier et regard de l'infirmier dans l'interdisciplinarité en soins palliatifs. *Médecine Palliative : Soins de Support-Accompagnement-Éthique*, 8(2), 72-77.
- Jansen, N., Kant, I., van Amelsvoort, L., Nijhuis, F., & van den Brandt, P. (2003). Need for recovery from work : evaluating short-term effects of working hours, patterns and schedules. *Ergonomics*, 46(7), 664-680.
- Jensen, M. T. (2014). Exploring business travel with work–family conflict and the emotional exhaustion component of burnout as outcome variables : The job demands–resources perspective. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 23(4), 497-510.
- Jennings, B. M. (2008). Work stress and burnout among nurses : Role of the work environment and working conditions. In Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr.
- Jett, Q. R., & George, J. M. (2003). Work interrupted : A closer look at the role of interruptions in organizational life. *Academy of management Review*, 28(3), 494-507.
- Jourdain, G., & Chênevert, D. (2010). Job demands–resources, burnout and intention to leave the nursing profession : A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 47(6), 709-722.
- Judge, T. A., Bono, J. E., & Locke, E. A. (2000). Personality and job satisfaction : The mediating role of job characteristics. *Journal of applied psychology*, 85(2), 237.
- Kacmar, K. M., Bozeman, D. P., Carlson, D. S., & Anthony, W. P. (1999). An examination of the perceptions of organizational politics model : Replication and extension. *Human relations*, 52(3), 383-416.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. D., & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress : studies in role conflict and ambiguity*. Oxford, England : John Wiley.
- Kállay, É. (2013). The investigation of subjective and psychological well-being in a sample of transylvanian hungarians. (pilot-study), *Cognitie, Creier, Comportament/Cognition, Brain, Behavior*, 17(2).
- Kalliath, T., & Morris, R. (2002). Job satisfaction among nurses : a predictor of burnout levels. *Journal of nursing administration*, 32(12), 648-654.
- Kanste, O. (2011). Work engagement, work commitment and their association with well-being in health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 754-761.
- Kanste, O., Miettunen, J., & Kyngäs, H. (2006). Factor structure of the Maslach Burnout Inventory among Finnish nursing staff. *Nursing & Health Sciences*, 8(4), 20

- Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain : Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work : Stress, productivity and the reconstruction of working life*. Basic books.
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ) : an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of occupational health psychology*, 3(4), 322.
- Karim, N. H. A., & Noor, N. H. N. M. (2017). Evaluating the psychometric properties of Allen and Meyer's organizational commitment scale : A cross cultural application among Malaysian academic librarians. *Malaysian Journal of Library & Information Science*, 11(1), 89-101.
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations* (Vol. 2, p. 528). New York : Wiley.
- Kaur, S., & Luxmi, M. (2014). Does Emotional Labour Influence Burnout ? *International Journal of Management & Information Technology*, 6(2), 784-793.
- Kelly, J. R., & Karau, S. J. (1999). Group decision making : The effects of initial preferences and time pressure. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(11), 1342-1354.
- Kemmer, L. F., & da Silva, M. J. P. (2007). A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 191-198.
- Kenworthy, J., Fay, C., Frame, M., & Petree, R. (2014). A meta-analytic review of the relationship between emotional dissonance and emotional exhaustion. *Journal of Applied Social Psychology*, 44(2), 94-105.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being : The empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007.
- Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses : a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 10(6), 2214-2240.
- Kidwell, B., Hardesty, D. M., Murtha, B. R., & Sheng, S. (2011). Emotional intelligence in marketing exchanges. *Journal of Marketing*, 75(1), 78-95.
- Kilpatrick, K., & Lavoie-Tremblay, M. (2006). Shiftwork : what health care managers need to know. *The health care manager*, 25(2), 160-166.
- Kinman, G., & Jones, F. (2008). Effort-reward imbalance, over-commitment and work-life conflict : testing an expanded model. *Journal of Managerial Psychology*, 23(3), 236-251.

- Kinman, G., & Leggetter, S. (2016, November). Emotional labour and wellbeing : what protects nurses?. In *Healthcare* (Vol. 4, No. 4, p. 89). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- Kinman, G., Wray, S., & Strange, C. (2011). Emotional labour, burnout and job satisfaction in UK teachers : the role of workplace social support. *Educational Psychology, 31*(7), 843-856.
- Kinnunen, U., Feldt, T., Siltaloppi, M., & Sonnentag, S. (2011). Job demands–resources model in the context of recovery : Testing recovery experiences as mediators. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 20*(6), 805-832.
- Kira, M., van Eijnatten, F. M., & Balkin, D. B. (2010). Crafting sustainable work : development of personal resources. *Journal of Organizational Change Management, 23*(5), 616-632.
- Kleinginna, P., Jr. & Kleinginna, A. (1981) categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion 5*. 345-379
- Koekemoer, F. E., & Mostert, K. (2006). Job characteristics, burnout and negative work-home interference in a nursing environment. *SA Journal of Industrial Psychology, 32*(3), 87-97.
- Kogovsek, M., & Kogovsek, M. (2014). Emotional labour in hospitality industry : literature review. *Quaestus, 115-130*.
- Kornig, C., Levet, P., & Ghadi, V. (2016). Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins. *Haute Autorité de Santé, HAS*. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2610262/fr/revue-de-litterature-sur-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite-des-soins
- Korsgaard, M. A., Meglino, B. M., Lester, S. W., & Jeong, S. S. (2010). Paying you back or paying me forward : understanding rewarded and unrewarded organizational citizenship behavior. *Journal of Applied Psychology, 95*(2), 277.
- Korunka, C., & Kubicek, B. (2015). New approaches to job demands [Special issue]. *Journal of Personnel Psychology, 14*(1).
- Kossek, E. E., Pichler, S., Bodner, T., & Hammer, L. B. (2011). Workplace social support and work–family conflict : A meta-analysis clarifying the influence of general and work–family-specific supervisor and organizational support. *Personnel psychology, 64*(2), 289-313.
- Kottwitz, M. U., Schade, V., Burger, C., Radlinger, L., & Elfering, A. (2018). Time Pressure, Time Autonomy, and Sickness Absenteeism in Hospital Employees : a Longitudinal Study on Organizational Absenteeism Records. *Safety and Health at Work, 9*(1), 109-114.

- Krichbaum, K., Diemert, C., Jacox, L., Jones, A., Koenig, P., Mueller, C., & Disch, J. (2007, April). Complexity compression : nurses under fire. In *Nursing forum* (Vol. 42, No. 2, pp. 86-94). Blackwell Publishing Inc.
- Kristensen, T. (1995). The demand-control-support model : Methodological challenges for future research. *Stress and Health, 11*(1), 17-26.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory : a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress, 19*(3), 192-207.
- Kruml, S. M., & Geddes, D. (2000). Exploring the dimensions of emotional labor : the heart of Hochschild's work. *Management communication quarterly, 14*(1), 8-49.
- Kuhlen, R. G. (1963). Needs, perceived need satisfaction opportunities and satisfaction with occupation. *Journal of Applied Psychology, 47*(1), 56.
- Kurtessis, J. N., Eisenberger, R., Ford, M. T., Buffardi, L. C., Stewart, K. A., & Adis, C. S. (2017). Perceived organizational support : A meta-analytic evaluation of organizational support theory. *Journal of Management, 43*(6), 1854-1884.
- Lacharme, I. (2016). *Étude de la souffrance de soignants : un modèle guide vers des pistes de solutions*. Dissertation Doctorale, Université du Québec à Trois-Rivière). Disponible sur : <http://depot-e.uqtr.ca/7979/1/031487955.pdf>
- Laget, P. L., & Salaün, F. (2004). Aux origines de l'hôpital moderne, une évolution européenne. *Les Tribunes de la santé, 2*(2), 19-28.
- Laizeau, M. R. (2017). La psychologie positive : changement de paradigme ou nouvelle psychologie?. *Le Journal des psychologues, 4*(4), 22-26.
- Lampinen, M. S., Suutala, E., & Konu, A. I. (2017). Sense of community, organizational commitment and quality of services. *Leadership in Health Services, 30*(4), 378-393.
- Langlois, G. (2010). De l'émotion dans le soin. *L'infirmière magazine, 262*(2), 22-26.
- Lapalme, M. È., Tremblay, M., & Simard, G. (2009). The relationship between career plateauing, employee commitment and psychological distress : the role of organizational and supervisor support. *The International Journal of Human Resource Management, 20*(5), 1132-1145.
- Lapointe, É., Morin, A. J., Courcy, F., Boilard, A., & Payette, D. (2011). Workplace affective commitment, emotional labor and burnout : a multiple mediator model. *International Journal of Business and Management, 7*(1), 3.
- Larivière, C. (2014). L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle. Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux de Québec. Disponible sur : <https://www.otstcfq.org/docs/default-document-library/rapport-larivi%C3%A8re-4-final.pdf?sfvrsn=0>

- Larson, J. S. (1999). The conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*, 56(2), 123-136.
- Laschinger, H. K. S. (2008). Effect of empowerment on professional practice environments, work satisfaction, and patient care quality : further testing the nursing worklife model. *Journal of nursing care quality*, 23(4), 322-330.
- Laschinger, H. K. S., & Fida, R. (2014). New nurses burnout and workplace wellbeing : The influence of authentic leadership and psychological capital. *Burnout Research*, 1(1), 19-28.
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings : expanding Kanter's model. *Journal of nursing Administration*, 31(5), 260-272.
- Laschinger, H. K. S., Grau, A. L., Finegan, J., & Wilk, P. (2012). Predictors of new graduate nurses' workplace well-being : Testing the job demands–resources model. *Health Care Management Review*, 37(2), 175-186.
- Laschinger, H., Gilbert, S., & Smith, L. (2010). Patient satisfaction as a nurse-sensitive outcome. *Nursing Outcomes. The State of the Science*. Toronto, ON, Canada, 359-408.
- Lavelle, J. J., Rupp, D. E., & Brockner, J. (2007). Taking a multifoci approach to the study of justice, social exchange, and citizenship behavior : The target similarity model. *Journal of management*, 33(6), 841-866.
- Lavoie-Tremblay, M., Trépanier, S. G., Fernet, C., & Bonneville-Roussy, A. (2014). Testing and extending the triple match principle in the nursing profession : A generational perspective on job demands, job resources and strain at work. *Journal of advanced nursing*, 70(2), 310-322.
- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N., Gélinas, C., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2008). Creating a healthy workplace for new-generation nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 290-297.
- Lazarus, R. S. (2006). Emotions and interpersonal relationships : Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of personality*, 74(1), 9-46.
- Lecomte, M. A. (2006). La formation à l'éthique des étudiants en soins infirmiers (Belgique). *Recherche en soins infirmiers*, (3), 4-23.
- Lee, C., An, M., & Noh, Y. (2015). The effects of emotional display rules on flight attendants' emotional labor strategy, job burnout and performance. *Service Business*, 9(3), 409-425.
- Lee, H. F., Chien, T. W., & Yen, M. (2013). Examining factor structure of Maslach burnout inventory among nurses in Taiwan. *Journal of nursing management*, 21(4), 648-656.

- Lee, H., Song, R., Cho, Y. S., Lee, G. Z., & Daly, B. (2003). A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 534-545.
- Lee, K., Allen, N. J., Meyer, J. P., & Rhee, K. Y. (2001). The Three-Component Model of Organisational Commitment : An Application to South Korea. *Applied Psychology*, 50(4), 596-614.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of applied Psychology*, 81(2), 123.
- Legault, M. J., & Belarbi-Basbous, H. (2006). Gestion par projets et risques pour la santé psychologique au travail dans la nouvelle économie. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, (8-1).
- Leineweber, C., Westerlund, H., Chungkham, H. S., Lindqvist, R., Runesdotter, S., & Tishelman, C. (2014). Nurses' practice environment and work-family conflict in relation to burn-out : a multilevel modelling approach. *PLoS One*, 9(5), e96991.
- Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout : How organizations cause personal stress and what to do about it*. Wiley. San Francisco, CA : Jossey-Bass
- Leiter, M. P., & Laschinger, H. K. S. (2006). Relationships of work and practice environment to professional burnout : testing a causal model. *Nursing research*, 55(2), 137-146.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover : the mediating role of burnout. *Journal of nursing management*, 17(3), 331-339.
- LePine, J. A., Podsakoff, N. P., & LePine, M. A. (2005). A meta-analytic test of the challenge stressor-hindrance stressor framework : An explanation for inconsistent relationships among stressors and performance. *Academy of Management Journal*, 48(5), 764-775.
- Lépine, M. C. (2012). Offrir une performance de service à la clientèle optimale : l'impact de facteurs organisationnels et individuels ainsi que de celui de la motivation des employés à réguler leurs émotions. Dissertation Doctorale. HEC, Montréal. Disponible sur : <http://biblos.hec.ca/biblio/memoires/2012NO46.PDF>
- LeVasseur, S. A., Wang, C. Y., Mathews, B., & Boland, M. (2009). Generational differences in registered nurse turnover. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 10(3), 212-223.
- Lewig, K. A., Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., & Metzger, J. C. (2007). Burnout and connectedness among Australian volunteers : A test of the Job Demands-Resources model. *Journal of vocational behavior*, 71(3), 429-445.
- Liden, R. C., & Maslyn, J. M. (1998). Multidimensionality of leader-member exchange : An empirical assessment through scale development. *Journal of management*, 24(1), 43-72.
- Lim, N., Kim, E. K., Kim, H., Yang, E., & Lee, S. M. (2010). Individual and work-related factors influencing burnout of mental health professionals : a meta-analysis. *Journal of Employment Counseling*, 47(2), 86-96.

- Linehan, C., & O'Brien, E. (2017). From tell-tale signs to irreconcilable struggles : The value of emotion in exploring the ethical dilemmas of human resource professionals. *Journal of business ethics, 141*(4), 763-777.
- Lingard, H., & Francis, V. (2006). Does a supportive work environment moderate the relationship between work-family conflict and burnout among construction professionals?. *Construction Management and Economics, 24*(2), 185-196.
- Liu, X., Li, X., Shi, Y., & Shi, K. (2010, August). The impact of emotional labor on job engagement. In *Web Society (SWS), 2010 IEEE 2nd Symposium on*, pp. 543-547.
- Locke, E. A., & Dunnette, M. D. (1976). Handbook of industrial and organizational psychology. *Handbook of industrial and organizational psychology*.
- Locke, EA et Latham, GP (2006). Nouvelles directions dans la théorie de l'établissement d'objectifs. *Les directions actuelles dans la science psychologique, 15* (5), 265-268.
- Loera, B., Converso, D., & Viotti, S. (2014). Evaluating the psychometric properties of the maslach burnout inventory-human services survey (MBI-HSS) among italian nurses : how many factors must a researcher consider ?. *PLoS One, 9*(12), e114987.
- Loriol, M. (2001). La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. *Prevenir, (40)*, 183-188.
- Loriol, M. (2013). Travail émotionnel et soins infirmiers. *Santé mentale, (177)*, 60-63.
- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited : a systematic review. *International journal of nursing studies, 49*(8), 1017-1038.
- Lu, H., While, A. E., & Barriball, K. L. (2005). Job satisfaction among nurses : a literature review. *International journal of nursing studies, 42*(2), 211-227.
- Lu, X., & Guy, M. E. (2014). How emotional labor and ethical leadership affect job engagement for Chinese public servants. *Public Personnel Management, 43*(1), 3-24.
- Machado, T., Desrumaux, P., & Dose, E. (2015). L'addiction au travail : quels effets de la charge de travail, de la dissonance émotionnelle et du surinvestissement?. *Pratiques psychologiques, 21*(2), 105-120.
- Machado, T., Desrumaux, P., & Van Droogenbroeck, A. (2016). Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Étude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers. *Bulletin de psychologie, (1)*, 19-34.
- Mackoff, B. L., & Triolo, P. K. (2008). Why do nurse managers stay? Building a model of engagement : part 2, cultures of engagement. *Journal of Nursing Administration, 38*(4), 166-171.
- MacPhee, M., Dahinten, V. S., & Havaei, F. (2017). The impact of heavy perceived nurse workloads on patient and nurse outcomes. *Administrative Sciences, 7*(1), 7.

- Maertz, C. P., Griffeth, R. W., Campbell, N. S., & Allen, D. G. (2007). The effects of perceived organizational support and perceived supervisor support on employee turnover. *Journal of Organizational Behavior*, 28(8), 1059-1075.
- Magnavita, N. (2007). Two tools for health surveillance of job stress : the Karasek Job Content Questionnaire and the Siegrist Effort Reward Imbalance Questionnaire. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 29(3 Suppl), 667-670.
- Maillet, S., Courcy, F., & Leblanc, J. (2016). Évaluation et intervention en matière de climat psychologique de travail chez le personnel infirmier : une revue de la littérature. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 84-97.
- Mann, S. (1999). Emotion at work : to what extent are we expressing, suppressing, or faking it?. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(3), 347-369.
- Mann, S. (2004). 'People-work' : emotion management, stress and coping. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(2), 205-221.
- Mann, S., & Cowburn, J. (2005). Emotional labour and stress within mental health nursing. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12(2), 154-162.
- Manoukian, A. (2009). *La souffrance au travail, les soignants face au burn out*. Wolters Kluwer France.
- Marchand, A., Durand, P., Simard, M., Demers, A., & Collin, J. (2006). Détresse psychologique, abus d'alcool et médicaments psychotropes : changer d'emploi y-est-il pour quelque chose?. *Céreq*, 91.
- Martin, C., & Gadbois, C. (2004). L'ergonomie à l'hôpital. In *Ergonomie* (pp. 603-619). Presses Universitaires de France.
- Martin, C., & Ramos-Gorand, M. (2017). High turnover among nursing staff in private nursing homes for dependent elderly people in France : impact of the local environment and the wage. *Economie et Statistique/Economics and Statistics*, 493(1), 49-66.
- Martineau, R. (2014). Proposition d'une grille d'analyse de l'usage des outils de gestion : application à un outil de reporting hospitalier. *Gestion et management public*, 2(2), 21-43.
- Martínez-Iñigo, D., Totterdell, P., Alcover, C. M., & Holman, D. (2007). Emotional labour and emotional exhaustion : Interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work & Stress*, 21(1), 30-47.
- Mas, B., Pierru, F., Smolski, N., & Torrielli, R. (2011). L'hôpital en réanimation. Le sacrifice organisé d'un service public emblématique. *Ed. Du Croquant*. ISBN : 9782365120005.
- Maslach, C. (2003). Job burnout : New directions in research and intervention. *Current directions in psychological science*, 12(5), 189-192.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied social psychology annual*.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Patterns of burnout among a national sample of public contact workers. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 189-212.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach burnout inventory manual. Palo Alto. (3rd ed.). Mountain View, CA CPP, Inc.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Masterson, S. S., Lewis, K., Goldman, B. M., & Taylor, M. S. (2000). Integrating justice and social exchange : The differing effects of fair procedures and treatment on work relationships. *Academy of Management journal*, 43(4), 738-748.
- Mauno, S., Kinnunen, U., & Ruokolainen, M. (2006). Exploring work-and organization-based resources as moderators between work–family conflict, well-being, and job attitudes. *Work & Stress*, 20(3), 210-233.
- Mauno, S., Kinnunen, U., & Ruokolainen, M. (2007). Job demands and resources as antecedents of work engagement : A longitudinal study. *Journal of vocational behavior*, 70(1), 149-171.
- Mauno, S., Ruokolainen, M., Kinnunen, U., & De Bloom, J. (2016). Emotional labour and work engagement among nurses : examining perceived compassion, leadership and work ethic as stress buffers. *Journal of advanced nursing*, 72(5), 1169-1181.
- McCarthy, V. J., Power, S., & Greiner, B. A. (2010). Perceived occupational stress in nurses working in Ireland. *Occupational medicine*, 60(8), 604-610.
- McClure, R., & Murphy, C. (2007). Contesting the dominance of emotional labour in professional nursing. *Journal of health organization and management*, 21(2), 101-120.
- McConnell, C. R. (2003). From the editor. *The health care manager*, 22(3), 187-189.
- McCreight, B. S. (2005). Perinatal grief and emotional labour : a study of nurses' experiences in gynae wards. *International journal of nursing studies*, 42(4), 439-448.
- McGregor, A., Magee, C. A., Caputi, P., & Iverson, D. (2016). A job demands-resources approach to presenteeism. *Career Development International*, 21(4), 402-418.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing : a literature review. *Journal of advanced nursing*, 44(6), 633-642.
- McVicar, A. (2016). Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000–2013) using the job demands–resources model of stress. *Journal of nursing management*, 24(2).

- Meguellati Achour, M. R. M. N., & Yusoff, M. Y. Z. M. (2013). Supervisory Support as a Moderator of Work-Family Demands and Life Satisfaction among Malaysian Female Academicians. *World Applied Sciences Journal*, 32-37, 2013
- Meijman, T. F., & Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. *Handbook of Work and Organizational Psychology. Volume, 2*.
- Mesmer-Magnus, J. R., DeChurch, L. A., & Wax, A. (2012). Moving emotional labor beyond surface and deep acting : a discordance–congruence perspective. *Organizational Psychology Review*, 2(1), 6-53.
- Meyer, J. P., & Maltin, E. R. (2010). Employee commitment and well-being : a critical review, theoretical framework and research agenda. *Journal of vocational behavior*, 77(2), 323-337.
- Meyer, J. P., Allen, N. J., & Allen, N. J. (1997). Commitment in the workplace. *Sage Publications*.
- Meyer, J. P., Allen, N. J., & Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations : Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of applied psychology*, 78(4), 538.
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization : A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of vocational behavior*, 61(1), 20-52.
- Mezouaghi, M. (2015). L'économie algérienne : chronique d'une crise permanente. *Politique étrangère*, (3), 17-29.
- Michaux, J., et Molière, E. (2014). Étude qualitative sur le thème de l'emploi du temps des infirmières et infirmiers du secteur hospitalier. *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Série Études et recherches, n° 132*, 34 p.
- Michel, J. S., Kotrba, L. M., Mitchelson, J. K., Clark, M. A., & Baltes, B. B. (2011). Antecedents of work–family conflict : A meta-analytic review. *Journal of organizational behavior*, 32(5), 689-725.
- Michtalik, H. J., Yeh, H. C., Pronovost, P. J., & Brotman, D. J. (2013). Impact of attending physician workload on patient care : a survey of hospitalists. *JAMA internal medicine*, 173(5), 375-377.
- Mikolajczak, M., Menil, C., & Luminet, O. (2007). Explaining the protective effect of trait emotional intelligence regarding occupational stress : Exploration of emotional labour processes. *Journal of Research in Personality*, 41(5), 1107-1117.
- Mikolajczak, M., Tran, V., Brotheridge, C. M., & Gross, J. J. (2009). Using an emotion regulation framework to predict the outcomes of emotional labor. In *Emotions in groups*,

- organizations and cultures (Chapter 11, pp. 245-273). *Emerald Group Publishing Limited*. ISBN : 978-1-84855-654-6.
- Minnotte, K. L. (2016). Extending the Job Demands–Resources Model : Predicting Perceived Parental Success Among Dual-Earners. *Journal of Family Issues*, 37(3), 416-440.
- Mishra, S. K., & Kumar, K. K. (2016). Minimizing the cost of emotional dissonance at work : a multi-sample analysis. *Management Decision*, 54(4), 778-795.
- Molino, M., Emanuel, F., Zito, M., Ghislieri, C., Colombo, L., & Cortese, C. G. (2016). Inbound Call Centers and Emotional Dissonance in the Job Demands–Resources Model. *Frontiers in psychology*, 7, 1133.
- Montgomery, A., Spânu, F., Băban, A., & Panagopoulou, E. (2015). Job demands, burnout, and engagement among nurses : a multi-level analysis of ORCAB data investigating the moderating effect of teamwork. *Burnout research*, 2(2-3), 71-79.
- Moreira, C., Esteves, H., & Caires, S. (2015). A look into the intervention of clowns in pediatric context : a hospital professionals perspective. *Research and Networks in Health*, 1(1).
- Morgeson, F. P., & Humphrey, S. E. (2006). The Work Design Questionnaire (WDQ): developing and validating a comprehensive measure for assessing job design and the nature of work. *Journal of applied psychology*, 91(6), 1321.
- Morgeson, F. P., & Humphrey, S. E. (2006). The Work Design Questionnaire (WDQ): developing and validating a comprehensive measure for assessing job design and the nature of work. *Journal of applied psychology*, 91(6), 1321.
- Morin, E. M., Archambault, M., & Bellavance, F. (2001). Projet QVT. *Cahier de recherche*, 01-11.
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of management review*, 21(4), 986-1010.
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1997). Managing emotions in the workplace. *Journal of managerial issues*, 257-274.
- Morrow, P. C. (1993). *The theory and measurement of work commitment*. Jai Press.
- Moya, P. N., Carrasco, M. G., & Hoz, E. V. (2017). Psychosocial risk and protective factors for the health and well-being of professionals working in emergency and non-emergency medical transport services, identified via questionnaires. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 25(1), 88.
- Naceur, A., & Zriba, N. (2015). Burnout and coping in the perspective of job demands-control-support model among nurses. *Psychology*, 6(14), 1841.

- Naghneh, M. H. K., Tafreshi, M. Z., Naderi, M., Shakeri, N., Bolourchifard, F., & Goyaghaj, N. S. (2017). The relationship between organizational commitment and nursing care behavior. *Electronic physician*, 9(7), 4835.
- Naruse, T., Sakai, M., Watai, I., Taguchi, A., Kuwahara, Y., Nagata, S., & Murashima, S. (2013). Individual and organizational factors related to work engagement among home-visiting nurses in Japan. *Japan Journal of Nursing Science*, 10(2), 267-272.
- Nätti, J., Oinas, T., & Anttila, T. (2015). Time pressure, working time control and long-term sickness absence. *Occup Environ Med*, 72(4), 265-270.
- Negussie, N., & Kaur, G. (2016). The effect of job demand-control-social support model on nurses' job satisfaction in specialized teaching hospitals, Ethiopia. *Ethiopian journal of health sciences*, 26(4), 311-320.
- Nell, E. (2015). Testing the job demands-resources model on nurses. Doctoral dissertation, Stellenbosch, Stellenbosch University. Available at : <http://scholar.sun.ac.za/handle/10019.1/96658>
- Nelson, S. A. (2012). Affective commitment of generational cohorts of Brazilian nurses. *International Journal of Manpower*, 33(7), 804-821.
- Netemeyer, R. G., Boles, J. S., & McMurrian, R. (1996). Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *Journal of applied psychology*, 81(4), 400.
- Ng, T. W., & Sorensen, K. L. (2008). Toward a further understanding of the relationships between perceptions of support and work attitudes : A meta-analysis. *Group & Organization Management*, 33(3), 243-268.
- Niedhammer, I., Chastang, J. F., David, S., Barouhriel, L., & Barrandon, G. (2006). Psychosocial work environment and mental health : Job-strain and effort-reward imbalance models in a context of major organizational changes. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 12(2), 111-119.
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occupational medicine*, 60(4), 277-286.
- Nusshold, P. (2015). Organisation du travail et souffrance psychique dans les activités de service : le cas des centres d'appel en Argentine. Doctoral dissertation, Paris, CNAM. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01344415>
- Öhlén, J., & Segesten, K. (1998). The professional identity of the nurse : concept analysis and development. *Journal of advanced nursing*, 28(4), 720-727.
- Oldham, G. R., & Hackman, J. R. (2010). Not what it was and not what it will be : The future of job design research. *Journal of organizational behavior*, 31(2-3), 463-479.

- Omrani, T., Toumache, R. (2016). L'impact de la chute des prix du pétrole sur le financement de l'économie algérienne. *ElWahat pour les Recherches et les Etude*, 9(2), 755-768.
- Ortiz-Bonnín, S., García-Buades, M. E., Caballer, A., & Zapf, D. (2016). Supportive Climate and Its Protective Role in the Emotion Rule Dissonance–Emotional Exhaustion Relationship. *Journal of Personnel Psychology*.
- Othman, N., & Nasurdin, A. M. (2011). Work engagement of Malaysian nurses : Exploring the impact of hope and resilience. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 60, 1702-1706.
- Ouadah-Bedidi, Z. (2005). Avoir 30 ans et être encore célibataire : une catégorie émergente en Algérie. *Autrepart*, (2), 29-49.
- Oufriha-Bouzina, F. Z. (1993). La difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats?. *Markaz Buhut al*, 7-58.
- Paez, D., & Vergara, A. I. (1995). Culture differences in emotional knowledge. In *Everyday conceptions of emotion* (pp. 415-434). Springer, Dordrecht.
- Paillé, P. (2008). Les comportements de citoyenneté organisationnelle : une étude empirique sur les relations avec l'engagement affectif, la satisfaction au travail et l'implication au travail. *Le travail humain*, 71(1), 22-42.
- Panaccio, A., & Vandenberghe, C. (2009). Perceived organizational support, organizational commitment and psychological well-being : A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, 75(2), 224-236.
- Pelissier, C. (2015). Conditions de travail et état de santé physique et psychique du personnel non médical des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dissertation doctorale, Université Claude Bernard Lyon 1. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01366424/>
- Perlow, L. A. (1999). The time famine : Toward a sociology of work time. *Administrative science quarterly*, 44(1), 57-81.
- Péoc'h, N., & Ceaux, C. (2012). Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé. *Recherche en soins infirmiers*, (1), 53-66.
- Pescosolido, A. T. (2002). Emergent leaders as managers of group emotion. *The Leadership Quarterly*, 13(5), 583-599.
- Peters, C. (2007). Longitudinal Relationships between Emotional Dissonance, Job Satisfaction, and Turnover : Moderated by Work Engagement and Lack of Reciprocity ? University of Konstanz. <http://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/11385>

- Phaneuf, M. (2014). Qualité de vie au travail ou qualité des soins - faut-il vraiment faire un choix?. *Prendre soin*. 1-17. Disponible sur : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/09/Qualite-de-vie-au-travail-ou-qualite-des-soins.pdf>
- Phaneuf, M. (2016). La relation soignant-soigné. *Ed. Chenelière Éducation*, 2e édition. 1-17. p. 296, ISBN13 : 9782765050087.
- Phaneuf, M. (2016). Prendre soin d'un patient musulman. *Prendre soin*. 1-17. Disponible sur : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/11/Prendre-soin-d-un-patient-musulman-dec.2016.pdf>
- Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903.
- Poghosyan, L., Aiken, L. H., & Sloane, D. M. (2009). Factor structure of the Maslach burnout inventory : an analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *International journal of nursing studies*, 46(7), 894-902.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care : Cross-national investigation in six countries. *Research in nursing & health*, 33(4), 288-298.
- Pohl, S., & Binard, C. (2014). La qualité de la relation leader/membre et les comportements innovants : le rôle modérateur de la résistance au changement. *Psychologie du travail et des organisations*, 20(4), 354-366.
- Pohl, S., & Galletta, M. (2017). The role of supervisor emotional support on individual job satisfaction : a multilevel analysis. *Applied Nursing Research*, 33, 61-66.
- Pohl, S., & Paillé, P. (2011). The impact of perceived organizational commitment and leader commitment on organizational citizenship behaviour. *International journal of organization theory and behavior*, 14(2), 145-161.
- Pohl, S., Dal Santo, L., & Battistelli, A. (2012). Perceived organizational support, job characteristics and intrinsic motivation as antecedents of organizational citizenship behaviours of nurses. *Revue internationale de psychologie sociale*, 25(3), 39-52.
- Pohl, S., Dal Santo, L., & Battistelli, A. (2015). Empathy and emotional dissonance : Impact on organizational citizenship behaviors. *European review of applied psychology*, 65(6), 295-300.
- Pohl, S., Saiani, L., & Battistelli, A. (2013). Empathy in the emotional interactions with patients. Is it positive for nurses too?. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(2), 74.

- Porretta, F. (2012). Le soin comme éthique : l'épistémologie morale à la recherche d'un nouveau paradigme à l'hôpital. Dissertation doctorale, Université Paris Sud-Paris XI. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00923144/>
- Portoghese, I., Galletta, M., & Battistelli, A. (2011). The effects of work-family conflict and community embeddedness on employee satisfaction : The role of leader-member exchange. *International Journal of Business and Management*, 6(4), 39.
- Portoghese, I., Galletta, M., Coppola, R. C., Finco, G., & Campagna, M. (2014). Burnout and workload among health care workers : the moderating role of job control. *Safety and health at work*, 5(3), 152-157.
- Potter, P., Wolf, L., Boxerman, S., Grayson, D., Sledge, J., Dunagan, C., & Evanoff, B. (2005). Understanding the cognitive work of nursing in the acute care environment. *Journal of Nursing Administration*, 35(7-8), 327-335.
- Preckel, D., Meinel, M., Kudielka, B. M., Haug, H. J., & Fischer, J. E. (2007). Effort-reward-imbalance, overcommitment and self-reported health : Is it the interaction that matters?. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 80(1), 91-107.
- Presseau, J., Johnston, M., Johnston, D. W., Elovainio, M., Hrisos, S., Steen, N., ... & Hunter, M. (2014). Environmental and individual correlates of distress : Testing Karasek's Demand-Control model in 99 primary care clinical environments. *British Journal of Health Psychology*, 19(2), 292-310.
- Pugliesi, K. (1999). The consequences of emotional labor : Effects on work stress, job satisfaction, and well-being. *Motivation and emotion*, 23(2), 125-154.
- Qu, H. Y., & Wang, C. M. (2015). Study on the relationships between nurses' job burnout and subjective well-being. *Chinese Nursing Research*, 2(2-3), 61-66.
- Rad, A. M. M., & De Moraes, A. (2009). Factors affecting employees' job satisfaction in public hospitals : Implications for recruitment and retention. *Journal of General Management*, 34(4), 51-66.
- Raeissi, P., Omrani, A., Khosravizadeh, O., & Alirezaei, S. (2015). The Relationship between Nurses' Organizational Commitment and Services Quality. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 1(3), 133-138.
- Rafaeli, A., & Sutton, R. I. (1987). Expression of emotion as part of the work role. *Academy of management review*, 12(1), 23-37.
- Rafaeli, A., & Sutton, R. I. (1991). Emotional contrast strategies as means of social influence : Lessons from criminal interrogators and bill collectors. *Academy of management journal*, 34(4), 749-775.

- Rana, F. A., & Javed, U. (2017). High-performance work systems, job demands, and employee well-being in Pakistan's insurance industry. *Global Business and Organizational Excellence*, 37(1), 48-58.
- Randon, S. (2010). Actualisation 2011 de la revue de littérature sur la satisfaction au travail conduite par le CCECQA en 2000. HAL Id : hal-00748863, version 1. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00748863/>
- Rassin, M. (2008). Nurses' professional and personal values. *Nursing Ethics*, 15(5), 614-630.
- Rathert, C., Williams, E. S., Lawrence, E. R., & Halbesleben, J. R. (2012). Emotional exhaustion and workarounds in acute care : cross sectional tests of a theoretical framework. *International journal of nursing studies*, 49(8), 969-977.
- Ray, E. B., & Miller, K. I. (1991). The influence of communication structure and social support on job stress and burnout. *Management Communication Quarterly*, 4(4), 506-527.
- Reeve, J. (2017). Psychologie de la motivation et des émotions. Ed, *De Boeck supérieur John*, 2^e édition. Paris. ISBN : 978-2-8073-0263-1.
- Reichl, C., Leiter, M. P., & Spinath, F. M. (2014). Work–nonwork conflict and burnout : A meta-analysis. *Human relations*, 67(8), 979-1005.
- Reynaud, J. D. (1988). Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome. *Revue française de sociologie*, 5-18.
- Rhnima, A., Wils, T., Pousa, C., & Frigon, M. (2014). Conflits travail-famille et intention de quitter dans le domaine de la santé. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 69(3), 477-500.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support : a review of the literature. *Journal of applied psychology*, 87(4), 698.
- Rhoades, L., Eisenberger, R., & Armeli, S. (2001). Affective commitment to the organization : The contribution of perceived organizational support. *Journal of applied psychology*, 86(5), 825.
- Rivera-Rodriguez, A. J., & Karsh, B. T. (2010). Interruptions and distractions in healthcare : review and reappraisal. *BMJ Quality & Safety*, 19(4), 304-312.
- Robichaud, A. L. (2003). Healing and feeling : the clinical ontology of emotion. *Bioethics*, 17(1), 59-68.
- Rodwell, J., & Munro, L. (2013). Relational regulation theory and the role of social support and organisational fairness for nurses in a general acute context. *Journal of clinical nursing*, 22(21-22), 3160-3169.
- Rodwell, J., Noblet, A., Demir, D., & Steane, P. (2009). Supervisors are central to work characteristics affecting nurse outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(3), 310-319.

- Rothmann, S. (2008). Job satisfaction, occupational stress, burnout and work engagement as components of work-related wellbeing. *SA journal of industrial psychology*, 34(3), 11-16.
- 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. Doctoral dissertation, Université Rennes 1. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00523398/>
- Ruiller, C. (2012). L'implication affective chez les soignants : l'étude des effets tensions du travail, du burnout et du soutien social du management intermédiaire et de l'équipe. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 18(4), 346-367.
- Ruiller, C. (2012). Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital. *Management & Avenir*, (2), 15-34.
- Ruiller, C., & Van Der Heijden, B. I. (2016). Socio-emotional support in French hospitals : Effects on French nurses' and nurse aides' affective commitment. *Applied nursing research*, 29, 229-236.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials : A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it ? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2013). Know thyself and become what you are : A eudaimonic approach to psychological well-being. In *The exploration of happiness* (pp. 97-116). Springer, Dordrecht.
- Safy-Godineau, F. (2013). La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion. *La nouvelle revue du travail*, (3).
- Sahraian, A., Fazelzadeh, A., Mehdizadeh, A. R., & Toobae, S. H. (2008). Burnout in hospital nurses : a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International nursing review*, 55(1), 62-67.
- Saks, A. M. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of managerial psychology*, 21(7), 600-619.
- Salanova, M., Agut, S., & Peiró, J. M. (2005). Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty : the mediation of service climate. *Journal of applied Psychology*, 90(6), 1217.
- Salmela, M., & Mayer, V. (Eds.). (2009). Emotions, ethics, and authenticity (Vol. 5). *Ed. John Benjamins Publishing*. Amsterdam, 235 p. ISBN : 978-90-272-8875-2.
- Santos, S. R., Carroll, C. A., Cox, K. S., Teasley, S. L., Simon, S. D., Bainbridge, L., ... & Ott, L. (2003). Baby boomer nurses bearing the burden of care : A four-site study of

- stress, strain, and coping for inpatient registered nurses. *The Journal of nursing administration*, 33(4), 243-250.
- Satoh, M., Watanabe, I., & Asakura, K. (2017). Occupational commitment and job satisfaction mediate effort–reward imbalance and the intention to continue nursing. *Japan Journal of Nursing Science*, 14(1), 49-60.
- Savage-Smith, E. (1994). Islamic culture and the medical arts. *National Library of Medicine, Bethesda-Maryland*, p9.
- Sawang, S., Brough, P., & Barbour, J. (2009). Curvilinear relationships between the job demands-resources (JD-R) model, and work engagement : a police service case study.
- Sawatzky, J. A. V., & Enns, C. L. (2012). Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *Journal of nursing management*, 20(5), 696-707.
- Schaible, L. M., & Six, M. (2016). Emotional strategies of police and their varying consequences for burnout. *Police Quarterly*, 19(1), 3-31.
- Schaubroeck, J., & Jones, J. R. (2000). Antecedents of workplace emotional labor dimensions and moderators of their effects on physical symptoms. *Journal of Organizational Behavior*, 163-183.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement : a multi-sample study. *Journal of organizational Behavior*, 25(3), 293-315.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout : Common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 19(3), 256-262.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A critical review of the Job Demands-Resources Model : Implications for improving work and health. In *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 43-68). Springer Netherlands.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire : a cross-national study. *Educational and psychological measurement*, 66(4), 701-716.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational behavior*, 30(7), 893-917.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Kalimo, R. (1995). The General Burnout Inventory: A self-report questionnaire to assess burnout at the workplace. In *Work, Stress and Health*. Vol. 95, pp. 14-16.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout : A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness studies*, 3(1), 71-92.

- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement : three of a kind or three different kinds of employee well-being?. *Applied psychology*, 57(2), 173-203.
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice : a critical analysis*. CRC press.
- Seery, B. L., & Corrigall, E. A. (2009). Emotional labor : Links to work attitudes and emotional exhaustion. *Journal of Managerial Psychology*, 24(8), 797-813.
- Seki, Y. (2008). Working condition factors associated with time pressure of nurses in Japanese hospitals. *Journal of occupational health*, 50(2), 181-190.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Special issue on happiness, excellence, and optimal human functioning. *American Psychologist*, 55(1), 5-183.
- Sendelands, L. St Clair (1993). Toward an empirical concept of group. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 23, 423-458.
- Sermes, W. (2015). Caractéristiques et résultats de l'étude RN4CAST relative aux infirmiers en Europe. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1(1), 3-9.
- Shahriari, M., Shamali, M., & Yazdannik, A. (2014). The relationship between fixed and rotating shifts with job burnout in nurses working in critical care areas. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(4), 360.
- Shalley, C. E., Gilson, L. L., & Blum, T. C. (2009). Interactive effects of growth need strength, work context, and job complexity on self-reported creative performance. *Academy of Management Journal*, 52(3), 489-505.
- Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017, January). Executive leadership and physician well-being : nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 92, No. 1, pp. 129-146). Elsevier.
- Shankland, R., & Benny, M. (2017). La psychologie positive : de nouvelles pistes pour la prévention et l'accompagnement. *Le Journal des psychologues*, (4), 16-21.
- Shanock, L. R., & Eisenberger, R. (2006). When supervisors feel supported: Relationships with subordinates' perceived supervisor support, perceived organizational support, and performance. *Journal of Applied psychology*, 91(3), 689.
- Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005 : résultats*. Statistique Canada.
- Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kosugi, S., Suzuki, A., Nashiwa, H., Kato, A., ... & Goto, R. (2008). Work engagement in Japan : validation of the Japanese version of the Utrecht Work Engagement Scale. *Applied Psychology*, 57(3), 510-523.
- Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 263-270.

- Shuck, B., & Herd, A. M. (2012). Employee engagement and leadership : Exploring the convergence of two frameworks and implications for leadership development in HRD. *Human resource development review*, 11(2), 156-181.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 27.
- Simpson, P. A., & Stroh, L. K. (2004). Gender differences : emotional expression and feelings of personal inauthenticity. *Journal of Applied psychology*, 89(4), 715.
- Siu, O. L. (2002). Occupational stressors and well-being among Chinese employees : The role of organisational commitment. *Applied Psychology*, 51(4), 527-544.
- Smith, P. (2011). The emotional labour of nursing revisited : Can nurses still care?. Ed. Palgrave Macmillan, 2^e édition. New York. ISBN : 978-0-230-20262-7.
- Sohrabzadeh, S., & Sayfour, N. (2014). Antecedents and consequences of work engagement among nurses. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(11).
- Somers, M. J. (2009). The combined influence of affective, continuance and normative commitment on employee withdrawal. *Journal of Vocational Behavior*, 74(1), 75-81.
- Spence Laschinger, H. K., & Finegan, J. (2008). Situational and dispositional predictors of nurse manager burnout : a time-lagged analysis. *Journal of Nursing Management*, 16(5), 601-607.
- Spence Laschinger, H. K., Leiter, M., Day, A., & Gilin, D. (2009). Workplace empowerment, incivility, and burnout : Impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of nursing management*, 17(3), 302-311.
- Springer, A., & Oleksa, K. (2017). The relationship between employees' competences and the consequences and manner of exercising emotional labour (EL). *Contemporary Economics*, 11(1), 17.
- Stamps, P. L., & Piedmonte, E. B. (1986). *Nurses and work satisfaction : An index for measurement*. Health Administration Press.
- Stansfeld, S., & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health : a meta-analytic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 443-462.
- OMS. (2009). Statistiques sanitaires mondiales, organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde. Disponible sur : http://www.who.int/whosis/whostat/FR_WHS09_Table6.pdf
- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Affairs*, 31(11), 2501-2509.

- Stinglhamber, F., & Vandenberghe, C. (2003). Organizations and supervisors as sources of support and targets of commitment : A longitudinal study. *Journal of Organizational Behavior*, 24(3), 251-270.
- Stordeur, S., D'hoore, W., & Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of advanced nursing*, 35(4), 533-542.
- Sutton, R. I. (1991). Maintaining norms about expressed emotions : The case of bill collectors. *Administrative science quarterly*, 245-268.
- Swearingen, S. (2009). A journey to leadership : designing a nursing leadership development program. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(3), 107-112.
- Tajfel, H. and Turner, J.C. (1985) The Social Identity Theory of Intergroup Behaviour. In : Worchel, S. and Austin, W.G., Eds., *Psychology of Intergroup Relations*, 2nd Edition, Nelson Hall, Chicago, 7-24.
- Tang, S. W., Siu, O. L., & Cheung, F. (2014). A study of work–family enrichment among Chinese employees : The mediating role between work support and job satisfaction. *Applied Psychology*, 63(1), 130-150.
- Taris, T. W., LeBlanc, P. M., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory ? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19, 238 255.
- Taris, T. W., & Schaufeli, W. (2015). Individual well-being and performance at work: A conceptual and theoretical overview.
- Taris, T. W., & Schaufeli, W. B. (2016). The Job Demands-Resources Model. *The Wiley Blackwell handbook of the psychology of occupational safety and workplace health*, 155-180.
- Tarlier, D. S. (2004). Beyond caring : the moral and ethical bases of responsive nurse–patient relationships. *Nursing Philosophy*, 5(3), 230-241.
- Teng, C. I., Hsiao, F. J., & Chou, T. A. (2010). Nurse-perceived time pressure and patient-perceived care quality. *Journal of nursing management*, 18(3), 275-284.
- Testa, M. R. (2001). Organizational commitment, job satisfaction, and effort in the service environment. *The Journal of Psychology*, 135(2), 226-236.
- Tetrick, L. E. (2002). Individual and organizational health. In *Historical and current perspectives on stress and health* (pp. 117-141). Emerald Group Publishing Limited.
- Tett, R. P., & Meyer, J. P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover : path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel psychology*, 46(2), 259-293.

- Thompson, C. A., & Prottas, D. J. (2006). Relationships among organizational family support, job autonomy, perceived control, and employee well-being. *Journal of occupational health psychology, 11*(1), 100.
- Thompson, C., Dalglish, L., Bucknall, T., Estabrooks, C., Hutchinson, A. M., Fraser, K., ... & Saunders, J. (2008). The effects of time pressure and experience on nurses' risk assessment decisions : a signal detection analysis. *Nursing research, 57*(5), 302-311.
- Tillott, S., Walsh, K., & Moxham, L. (2013). Encouraging engagement at work to improve retention : Sarah Tillott and colleagues explore how a social interaction tool can help managers recruit and retain staff, and boost patient care. *Nursing Management, 19*(10), 27-31
- Tooren, M., & Jonge, J. (2010). The role of matching job resources in different demanding situations at work : A vignette study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 83*(1), 39-54.
- Totterdell, P., & Holman, D. (2003). Emotion regulation in customer service roles : Testing a model of emotional labor. *Journal of occupational health psychology, 8*(1), 55.
- Totterdell, P., & Holman, D. (2003). Emotion regulation in customer service roles : Testing a model of emotional labor. *Journal of occupational health psychology, 8*(1), 55.
- Tourangeau, A. E., Cummings, G., Cranley, L. A., Ferron, E. M., & Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed : broadening our understanding. *Journal of advanced nursing, 66*(1), 22-32.
- Tremblay, M., Gay, P., & Simard, G. (2000). L'engagement organisationnel et les comportements discrétionnaires : l'influence des pratiques de gestion des ressources humaines. Série scientifique. Séries Scientifiques, n° 24. CIRANO : Montréal. Disponible sur : <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2000s-24.pdf>
- Truchot, D. (2004). Épuisement professionnel et burnout : concepts, modèles, interventions. Dunod.
- Truchot, D. (2016). Burn out. In *Dictionnaire de la fatigue* (pp. 126-134). Librairie Droz.
- Truchot, D., & Borteyrou, X. (2010). Le burnout chez les infirmières en oncologie : Une approche contextuelle du modèle exigences-contrôle-soutien. *Psychologie du Travail et des Organisations, 16*(1), 27-45.
- Truchot, D., Lheureux, F., Borteyrou, X., & Rasclé, N. (2012). Validation Française du Maslach-Burnout-Inventory–HSS. In *9e Colloque international de psychologie sociale en langue française*.
- Tschan, F., Rochat, S., & Zapf, D. (2005). It's not only clients : Studying emotion work with clients and co-workers with an event-sampling approach. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 78*(2), 195-220.

- Tschanz, D. W. (2003). Arab roots of European medicine. *Heart Views*, 4(2), 9.
- Tshitangano, T. G. (2013). Factors that contribute to public sector nurses' turnover in Limpopo province of South Africa. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 5(1), 1-7.
- Turner, J. H., & Stets, J. E. (2005). *The sociology of emotions*. Cambridge University Press.
- Tzeng, D. S., Chung, W. C., Lin, C. H., & Yang, C. Y. (2012). Effort-reward imbalance and quality of life of healthcare workers in military hospitals : a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 309.
- Unanue, W., Rempel, K., Gómez, M. E., & Van den Broeck, A. (2017). When and why does materialism relate to employees' attitudes and well-being : The mediational role of need satisfaction and need frustration. *Frontiers in psychology*, 8, 1755.
- Upadaya, K., Vartiainen, M., & Salmela-Aro, K. (2016). From job demands and resources to work engagement, burnout, life satisfaction, depressive symptoms, and occupational health. *Burnout Research*, 3(4), 101-108.
- Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2011). Ageing hospital nurses' well-being at work : psychometric testing of the Dignity and Respect in Ageing Nurses' Work Scale. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(3), 617-624.
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Wouters, K., Franck, E., Willems, R., & Mondelaers, M. (2013). Impacts of unit-level nurse practice environment, workload and burnout on nurse-reported outcomes in psychiatric hospitals : a multilevel modelling approach. *International journal of nursing studies*, 50(3), 357-365.
- Van Bogaert, P., van Heusden, D., Timmermans, O., & Franck, E. (2014). Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care : model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Frontiers in psychology*, 5, 1261.
- Van de Weerd, C. (2011, May). Introduction sur la prise en compte des émotions et des affects dans les relations de service. In *Troisième Congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques (TMS)*. Échanges et pratiques sur la prévention/Organisé par l'Anact et Pacte.
- Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., & Lens, W. (2008). Explaining the relationships between job characteristics, burnout, and engagement : The role of basic psychological need satisfaction. *Work & stress*, 22(3), 277-294.
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The job demand-control (-support) model and psychological well-being : a review of 20 years of empirical research. *Work & stress*, 13(2), 87-114.

- Van der Heijden, B. I. J. M., Kümmerling, A., Van Dam, K., Van der Schoot, E., Estryn-Béhar, M., & Hasselhorn, H. M. (2010). The impact of social support upon intention to leave among female nurses in Europe : Secondary analysis of data from the NEXT survey. *International journal of nursing studies*, 47(4), 434-445.
- Van Dijk, P. A., & Brown, A. K. (2006). Emotional labour and negative job outcomes : An evaluation of the mediating role of emotional dissonance. *Journal of Management & Organization*, 12(2), 101-115.
- Van Gelderen, B. R., Konijn, E. A., & Bakker, A. B. (2017). Emotional labor among police officers : A diary study relating strain, emotional labor, and service performance. *The International Journal of Human Resource Management*, 28(6), 852-879.
- Van Hoorebeke, D. (2008). L'émotion et la prise de décision. *Revue française de gestion*, (2), 33-44.
- Van Horn, J. E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. G. (2004). A multidimensional approach to measuring teacher wellbeing. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 365-375.
- Van Maanen, J., & Kunda, G. (1989). Real feelings. Emotional expression and organizational culture [in:] LL Cummings, BM Staw (ed.), *Research in organizational behaviour*, vol. 11.
- Van Rensburg, Y. J., Boonzaier, B., & Boonzaier, M. (2013). The job demands-resources model of work engagement in South African call centres. *SA Journal of Human Resource Management*, 11(1), 1-13.
- Van Wassenhove, W. (2014). Modèle de Karasek. Dictionnaire des risques psychosociaux. *Le Seuil*, pp.170-174, 2014, 978-2-02-110922-1. <hal-00875731>
- Vandenberghe, C., Bentein, K., & Stinglhamber, F. (2004). Affective commitment to the organization, supervisor, and work group : Antecedents and outcomes. *Journal of vocational behavior*, 64(1), 47-71.
- Vanheule, S., Rosseel, Y., & Vlerick, P. (2007). The factorial validity and measurement invariance of the Maslach Burnout Inventory for human services. *Stress and Health*, 23(2), 87-91.
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C., & Trudel, L. (2006). Définir les risques. *Actes de la recherche en sciences sociales*, (3), 32-38.
- Vignoli, M., Guglielmi, D., Bonfiglioli, R., & Violante, F. S. (2016). How job demands affect absenteeism ? The mediating role of work–family conflict and exhaustion. *International archives of occupational and environmental health*, 89(1), 23-31.

- Vijaya, T. G., & Hemamalini, R. (2012). Impact of work life balance on organizational commitment among bank employees. *Asian Journal of Research in Social Sciences and Humanities*, 2(2), 159-171.
- Vink, J., Ouweneel, E., & Le Blanc, P. (2011). Psychological resources for engaged employees : Psychological capital in the job demands-resources model. *Gedrag & Organisatie*, 24(2), 101-120.
- Vogus, TJ, Sutcliffe, KM, et Weick, KE (2010). Ne pas nuire : permettre, adopter et élaborer une culture de la sécurité dans les soins de santé. *L'Académie des perspectives de gestion*, 24 (4), 60-77.
- Wang, H., Yang, M., Gao, W., & Wang, Z. (2008). The correlation between the strategies of emotion work and nurses' burnout [J]. *Journal of Nursing Science*, 3, 001.
- Warr, P., Cook, J., & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 52(2), 129-148.
- Weigl, M., Stab, N., Herms, I., Angerer, P., Hacker, W., & Glaser, J. (2016). The associations of supervisor support and work overload with burnout and depression : a cross-sectional study in two nursing settings. *Journal of advanced nursing*, 72(8), 1774-1788.
- Weiss, H. M. (2002). Introductory comments : Antecedents of emotional experiences at work. *Motivation and Emotion*, 26(1), 1-2.
- Weyers, S., Peter, R., Boggild, H., Jeppesen, H. J., & Siegrist, J. (2006). Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses : a test of the effort–reward imbalance model. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20(1), 26-34.
- Wharton, A. S. (1993). The affective consequences of service work : Managing emotions on the job. *Work and occupations*, 20(2), 205-232.
- Willemse, B. M., de Jonge, J., Smit, D., Depla, M. F., & Pot, A. M. (2012). The moderating role of decision authority and coworker-and supervisor support on the impact of job demands in nursing homes : A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 822-833.
- Wong, C. S., & Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude : An exploratory study. *The leadership quarterly*, 13(3), 243-274.
- Wright, T. A. (2006). The emergence of job satisfaction in organizational behavior : A historical overview of the dawn of job attitude research. *Journal of Management History*, 12(3), 262-277.

- Wright, T. A., Cropanzano, R., & Bonett, D. G. (2007). The moderating role of employee positive well being on the relation between job satisfaction and job performance. *Journal of occupational health psychology*, 12(2), 93.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International journal of stress management*, 14(2), 121.
- Xie, Z., Wang, A., & Chen, B. (2011). Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *Journal of advanced nursing*, 67(7), 1537-1546.
- Xu, L., & Bassham, L. S. (2010). Reexamination of Factor Structure and Psychometric Properties of the Three-Component Model of Organizational Commitment. *North American journal of psychology*, 12(2).
- Yalçın, A. (2010). Emotional labor : Dispositional antecedents and the role of affective events. *Middle East Technical University*.
- Yang, F.H., & Chang, C. C. (2008). Emotional labour, job satisfaction and organizational commitment amongst clinical nurses : A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 879-887.
- Yasmin, K., & Marzuki, N. A. (2015). Impact of Organizational Commitment on Intention to Quit Among Psychaitric Nurses : Evidence from Pakistan. *International Journal of Learning and Development*, 5(4), 89-102.
- Yildirim, D., & Aycan, Z. (2008). Nurses' work demands and work-family conflict : A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 45(9), 1366-1378.
- Yoon, J., & Thye, S. (2000). Supervisor support in the work place : Legitimacy and positive affectivity. *The Journal of social psychology*, 140(3), 295-316.
- Yoon, S. L., & Kim, J. H. (2013). Job-Related Stress, Emotional Labor, and Depressive Symptoms Among Korean Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(2), 169-176.
- Youssef, C. M., & Luthans, F. (2007). Positive organizational behavior in the workplace : The impact of hope, optimism, and resilience. *Journal of management*, 33(5), 774-800.
- Zammuner, V. L., & Galli, C. (2005). The relationship with patients : Emotional labor and its correlates in hospital employees. *Emotions in organizational behavior*, 251-285.
- Zammuner, V. L., & Galli, C. (2005). Wellbeing : Causes and consequences of emotion regulation in work settings. *International review of psychiatry*, 17(5), 355-364.
- Zander, K. S. (1980). *Primary nursing : Development and management*. Aspen Pub.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being : A review of the literature and some conceptual considerations. *Human resource management review*, 12(2), 237-268.

- Zapf, D., & Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European journal of work and organizational psychology*, 15(1), 1-28.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 16(5), 527-545.
- Zecca, G., Györkös, C., Becker, J., Massoudi, K., de Bruin, G. P., & Rossier, J. (2015). Validation of the French Utrecht Work Engagement Scale and its relationship with personality traits and impulsivity. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 65(1), 19-28.
- Zellars, K. L., & Perrewé, P. L. (2001). Affective personality and the content of emotional social support : coping in organizations. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 459.
- Zerbe, W., & Falkenberg, L. (1989). The expression of emotion in organizational life: Differences across occupations. In *Proceedings of the Annual Conference of the Administrative Sciences Association of Canada* (Vol. 10, No. 5, pp. 87-96).
- Zhang, L. F., You, L. M., Liu, K., Zheng, J., Fang, J. B., Lu, M. M., ... & Wu, X. (2014). The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nursing outlook*, 62(2), 128-137.
- Zhao, X., Sun, T., Cao, Q., Li, C., Duan, X., Fan, L., & Liu, Y. (2013). The impact of quality of work life on job embeddedness and affective commitment and their co-effect on turnover intention of nurses. *Journal of clinical nursing*, 22(5-6), 780-788.
- Zito, M., Colombo, L., Cortese, C.G. (2015). Il ruolo del flow at work nella professione infermieristica tra domande lavorative e disturbi psicosomatici. *Giornale Italiano di Psicologia*, 3, 571-592. Doi : 10.1421/81167.
- Zito, M., Cortese, C. G., & Colombo, L. (2016). Nurses' exhaustion: the role of flow at work between job demands and job resources. *Journal of nursing management*, 24(1).

Références de l'article 1

- Abdelhak, A. (2014). La Place du père dans la famille algérienne. *Revue El-mawakif*, N°9, 21-34. Disponible sur : <http://www.univ-mascara.dz/almawaqif/article9.html>
- Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, (1), 161-181.
- Ádám, S., Györffy, Z., & Susánszky, É. (2008). Physician Burnout in Hungary: A Potential Role for Work—Family Conflict. *Journal of Health Psychology*, 13(7), 847-856.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M., & Maes, S. (2011). Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *Journal of advanced nursing*, 67(6), 1317-1328.
- Åkerstedt, T., Fredlund, P., Gillberg, M., & Jansson, B. (2002). Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample. *Journal of psychosomatic research*, 53(1), 585-588.
- Almalki, M. J. (2012). *Quality of work life and turnover intention in primary healthcare organisations : A cross-sectional study of registered nurses in Saudi Arabia* (Doctoral dissertation, Queensland University of Technology).
- Amstad, F. T., Meier, L. L., Fasel, U., Elfering, A., & Semmer, N. K. (2011). A meta-analysis of work–family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *Journal of occupational health psychology*, 16(2), 151.
- Anderson, S. E., Coffey, B. S., & Byerly, R. T. (2002). Formal organizational initiatives and informal workplace practices : Links to work–family conflict and job-related outcomes. *Journal of management*, 28(6), 787-810.
- Armstrong-Stassen, M., & Schlosser, F. (2010). When hospitals provide HR practices tailored to older nurses, will older nurses stay? It may depend on their supervisor. *Human Resource Management Journal*, 20(4), 375-390.
- Aydın, E., & Basım, H. N. (2017). The Role of Perceived Supervisor Support in the Interaction between Work-Family Conflict and Organizational Commitment: An Empirical Study. *Business and Economics Research Journal*, 8(4), 773-784.
- Babakus, E., Yavas, U., & Karatepe, O. M. (2008). The effects of job demands, job resources and intrinsic motivation on emotional exhaustion and turnover intentions : A study in the Turkish hotel industry. *International Journal of Hospitality & Tourism Administration*, 9(4), 384-404.

- Baker, E., Israel, B. A., & Schurman, S. (1996). The integrated model: implications for worksite health promotion and occupational health and safety practice. *Health Education Quarterly*, 23(2), 175-190.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model : State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., De Boer, E., & Schaufeli, W. B. (2003). Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. *Journal of vocational behavior*, 62(2), 341-356.
- Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of educational psychology*, 99(2), 274.
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., & Schaufeli, W. B. (2000). Effort–reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of advanced nursing*, 31(4), 884-891.
- Baran, B. E., Shanock, L. R., & Miller, L. R. (2012). Advancing organizational support theory into the twenty-first century world of work. *Journal of Business and Psychology*, 27(2), 123-147.
- Battistelli, A., Galletta, M., Vandenberghe, C., & Odoardi, C. (2016). Perceived organisational support, organisational commitment and self-competence among nurses : a study in two Italian hospitals. *Journal of nursing management*, 24(1).
- Battistelli, A., Portoghese, I., Galletta, M., & Pohl, S. (2013). Beyond the tradition : test of an integrative conceptual model on nurse turnover. *International Nursing Review*, 60(1), 103-111.
- Bellavia, F. M., & Frone, M. R. (2005). Work–family conflict. In J. Barling, E. K. Kelloway, & M. R. Frone (Eds.), *Handbook of work stress* (pp. 113–147). London : Sage.
- Benligiray, S., & Sönmez, H. (2012). Analysis of organizational commitment and work–family conflict in view of doctors and nurses. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(18), 3890-3905.
- Benmessaoud, H., & Lamara-Mahamed, A. (2014). Pénibilité du travail des soignants : ressenti de 920 infirmiers de deux établissements hospitaliers d’Alger. *Archives des Maladies Professionnelles et de l’Environnement*, 75(3), S50.
- Bernez, L., Batt, M., Yzoard, M., Jacob, C., Trognon, A., Verhaegen, F., ... & Rivasseau-Jonveaux, T. (2017). Jardin thérapeutique, outil de prévention du burnout. *Psychologie Française*. 63(1), 73-93.
- Blanch, A. (2016). Social support as a mediator between job control and psychological strain. *Social Science & Medicine*, 157, 148-155.

- Blanch, A., & Aluja, A. (2012). Social support (family and supervisor), work–family conflict, and burnout: Sex differences. *Human Relations*, 65(7), 811-833.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York : John Wiley.
- Boamah, S. A., & Laschinger, H. (2016). The influence of areas of worklife fit and work-life interference on burnout and turnover intentions among new graduate nurses. *Journal of nursing management*, 24(2).
- Bobbio, A., Bellan, M., & Manganelli, A. M. (2012). Empowering leadership, perceived organizational support, trust, and job burnout for nurses : A study in an Italian general hospital. *Health Care Management Review*, 37(1), 77-87.
- Bonneville, L. (2005). Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital. *Relations Industrielles*. Vol. 60, No. 3 (2005 SUMMER), pp. 580-582.
- Bouffartigue, P., & Bouteiller, J. (2003). A propos des normes du temps de travail. *Revue de l'IRES n*, 42, 2.
- Bougherbal, R. (2010). Aperçu sur l'organisation du système santé en Algérie : état des lieux 2009. *Journée parlementaire sur la santé, conseil de la nation*, pp : 07-17. Disponible sur : http://www.majliselouma.dz/pdf/jp_sur_la_sante2.pdf
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Malenfant, R., & Vézina, M. (2005). Health care restructuring, work environment, and health of nurses. *American journal of industrial medicine*, 47(1), 54-64.
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M., & Côté, N. (2000). *Le travail infirmier sous tension : une approche compréhensive du travail infirmier en période de transition*. CLSC-CHSLD, Québec. ISBN 2-9804575-7-4. Disponible sur : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Fulltext/514648/>
- Boyer, S. L., & Edmondson, D. R. (2015). Perceived Supervisory Support: A Meta-Analytic Review. In *Revolution in Marketing: Market Driving Changes* (pp. 241-245). Springer, Cham.
- Brunetto, Y., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S., & Dienger, J. (2013). The importance of supervisor–nurse relationships, teamwork, wellbeing, affective commitment and retention of North American nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(6), 827-837.
- Brunetto, Y., Teo, S. T., Shacklock, K., & Farr-Wharton, R. (2012). Emotional intelligence, job satisfaction, well-being and engagement : explaining organisational commitment and turnover intentions in policing. *Human Resource Management Journal*, 22(4), 428-441.
- Buja, A., Zampieron, A., Mastrangelo, G., Petean, M., Vinelli, A., Cerne, D., & Baldo, V. (2013). Strain and health implications of nurses' shift work. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 26(4), 511-521.

- Buonocore, F., & Russo, M. (2013). Reducing the effects of work–family conflict on job satisfaction : the kind of commitment matters. *Human Resource Management Journal*, 23(1), 91-108.
- Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology & health*, 16(5), 583-594.
- Burke, R. J., Moodie, S., Dolan, S. L., & Fiksenbaum, L. (2012). Job demands, social support, work satisfaction and psychological well-being among nurses in Spain. *ESADE Business School Research Paper No. 233*. Available at : <https://ssrn.com/abstract=2117051> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2117051>.
- Cammann, C., Fichman, M., Jenkins, G. D., Jr., & Klesh, J. R. (1983). Assessing the attitudes and perceptions of organizational members. In S. E. Seashore, E. E. Lawler, III, P. H. Mirvis, & C. Cammann (Eds.), *Assessing organizational change : A guide to methods, measures, and practices* (pp. 71-138). New York : John Wiley.
- Camus, I., & Waltisperger, D. (2009). Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants en 2003. *Premières synthèses*, (41.4). DARES, ministère chargé du travail. Disponible sur : <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2009-10-41-4-2.pdf>
- Canoui, P., & Mauranges, A. (2008). *Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel*. 3rd ed. Paris : Editions Masson; 2004.
- Cascino, N., Mélan, C., & Galy, É. (2016). Étude des perceptions de l'environnement de travail au cours du poste chez des travailleurs postés : intérêt d'une évaluation subjective et temporellement située de la charge de travail. *Le travail humain*, 79(2), 97-124.
- Casper, W. J., Harris, C., Taylor-Bianco, A., & Wayne, J. H. (2011). Work–family conflict, perceived supervisor support and organizational commitment among Brazilian professionals. *Journal of Vocational Behavior*, 79(3), 640-652.
- Chen, I. H., Brown, R., Bowers, B. J., & Chang, W. Y. (2015). Work-to-family conflict as a mediator of the relationship between job satisfaction and turnover intention. *Journal of advanced nursing*, 71(10), 2350-2363.
- Clausen, T., & Borg, V. (2010). Do positive work-related states mediate the association between psychosocial work characteristics and turnover? A longitudinal analysis. *International Journal of Stress Management*, 17(4), 308.
- Clays, E., Kittel, F., Godin, I., De Bacquer, D., & De Backer, G. (2009). Measures of work-family conflict predict sickness absence from work. *Journal of occupational and environmental medicine*, 51(8), 879-886.
- Closon, C. (2007). L'adéquation travail–famille. Une question de conciliation ou d'interaction?. *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, syndicalisme et le travail (REMEST)*, 3(1).

- Closon, C. (2009). Interface travail–hors travail : la satisfaction et la perception des politiques d'aide à la conciliation, des variables déterminantes?. *Pratiques psychologiques*, 15(2), 203-212.
- Converso, D., Loera, B., Viotti, S., & Martini, M. (2015). Do positive relations with patients play a protective role for healthcare employees ? Effects of patients' gratitude and support on nurses' burnout. *Frontiers in psychology*, 6, 470.
- Cortese, C. G., Colombo, L., & Ghislieri, C. (2010). Determinants of nurses' job satisfaction : the role of work–family conflict, job demand, emotional charge and social support. *Journal of nursing management*, 18(1), 35-43.
- Courty, B., Bouisson, J., & Compagnone, P. (2004). Risque d'épuisement professionnel chez les soignants en gériatrie : une approche centrée sur la personne. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 2(3), 215-224.
- Crawford, E. R., LePine, J. A., & Rich, B. L. (2010). Linking job demands and resources to employee engagement and burnout : a theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology*, 95(5), 834.
- Daniels, K., & Guppy, A. (1994). Occupational stress, social support, job control, and psychological well-being. *Human Relations*, 47(12), 1523-1544.
- De Bonnières, A., Estryn-Behar, M., & Lassaunière, J. M. (2010). Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. *Médecine palliative : Soins de support-Accompagnement-Éthique*, 9(4), 167-176.
- De Jonge, J., & Kompier, M. A. (1997). A critical examination of the demand-control-support model from a work psychological perspective. *International journal of stress management*, 4(4), 235-258.
- De Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A., Houtman, I. L., & Bongers, P. M. (2004). The relationships between work characteristics and mental health: Examining normal, reversed and reciprocal relationships in a 4-wave study. *Work & Stress*, 18(2), 149-166.
- De Witte, K., Moors, K., Symons, C., Van der Meeren, E., & Evers, G. (2001). Professionalisation: a remedy for burnout in nursing. *Acta Hospitalia*, 41, 5-17.
- Dehghan Nayeri, N., Salehi, T., & Ali Asadi Noghabi, A. (2011). Quality of work life and productivity among Iranian nurses. *Contemporary nurse*, 39(1), 106-118.
- Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2011). The job demands-resources model : Challenges for future research. *SA Journal of Industrial Psychology*, 37(2), 01-09.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., & Bulters, A. J. (2004). The loss spiral of work pressure, work–home interference and exhaustion : Reciprocal relations in a three-wave study. *Journal of Vocational behavior*, 64(1), 131-149.

- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of advanced nursing*, 32(2), 454-464.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86(3), 499.
- Devereux, J. M., Hastings, R. P., Noone, S. J., Firth, A., & Totsika, V. (2009). Social support and coping as mediators or moderators of the impact of work stressors on burnout in intellectual disability support staff. *Research in developmental disabilities*, 30(2), 367-377.
- Dodeler, N. L., & Tremblay, D. G. (2016). La conciliation emploi-famille/vie personnelle chez les infirmières en France et au Québec : une entrée par le groupe professionnel. *Revue Interventions économiques*. Papers in Political Economy, (54).
- Doorn, Y., Ruysseveldt, J., Dam, K., Mistiaen, W., & Nikolova, I. (2016). Understanding well-being and learning of Nigerian nurses : a job demand control support model approach. *Journal of nursing management*, 24(7), 915-922.
- Doppia, M. A., Th, L., & Mion, G. (2012). Comment améliorer la qualité de vie des anesthésistes au travail?. Rapport de recherche : Centre Hospitalier Universitaire de Caen (14). Disponible sur : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/La_qualite_de_vie_des_anesthesistes_reanimateurs.pdf
- Doucet, O., Simard, G., & Tremblay, M. (2008). L'effet médiateur du soutien et de la confiance dans la relation entre le leadership et l'engagement. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 63(4), 625-647.
- Douguet, F., Muñoz, J., & Leboul, D. (2005). Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration de la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants. Post enquête « conditions et organisation du travail dans les établissements de santé ». DRESS, série Etudes. Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud48.pdf>
- Drury, V., Craigie, M., Francis, K., Aoun, S., & Hegney, D. G. (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia : Phase 2 results. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 519-531.
- Eisenberger, R., Armeli, S., Rexwinkel, B., Lynch, P. D., & Rhoades, L. (2001). Reciprocation of perceived organizational support. *Journal of applied psychology*, 86(1), 42.
- Eisenberger, R., Stinglhamber, F., Vandenberghe, C., Sucharski, I. L., & Rhoades, L. (2002). Perceived supervisor support : Contributions to perceived organizational support and employee retention. *Journal of applied psychology*, 87(3), 565.

- El Akremi, A., Nasr, M. I., & Richebé, N. (2014). Les antécédents relationnels, organisationnels et individuels de la socialisation des nouvelles recrues. *Management*, 17(5), 317-345.
- Estryin-Behar, M. (2004). Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. *Etude PRESST-NEXT. Partie, 1*. Disponible sur : http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/images/pdf/CONDTRAVAIL/etude_presst.pdf
- Estryin-Behar, M. (2008). Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Etude européenne PRESST-NEXT (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail - Nurses' Early Exit Study). Ed. Presses de l'École des hautes études en santé publique. Rennes, 384 p. ISBN : 978-2-85952-946-8. Disponible sur : http://www.fo-sante.com/iso_album/sante.satis.pdf
- Estryin-Béhar, M., & Van der Heijden, B. I. (2012). Effects of extended work shifts on employee fatigue, health, satisfaction, work/family balance, and patient safety. *Work*, 41(Supplement 1), 4283-4290.
- Estryin-Behar, M., Duville, N., Menini, M. L., Le Foll, S., Le Nézet, O., & Bocher, R. (2006, November). Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Étude comparative en France et dans trois autres pays européens. In *Annales Medico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 164, No. 9, pp. 732-748). Elsevier Masson.
- Estryin-Behar, M., Lassaunière, J. M., Fry, C., & de Bonnières, A. (2012). L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onco-hématologie et en gériatrie. *Médecine Palliative : Soins de Support-Accompagnement-Éthique*, 11(2), 65-89.
- Estryin-Behar, M., Le Nézet, O., & Benmessaoud, H. (2004). Infirmières : Etes-vous satisfaites de vos conditions de travail. *Revue de l'infirmière, Hors série de*, 3.
- Estryin-Behar, M., Négri, J. F., & Le Nézet, O. (2007). Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. *Droit, Déontologie & Soins*, 7(3), 308-327.
- Fillion, L., Desbiens, J. F., Truchon, M., Dallaire, C., & Roch, G. (2011). Le stress au travail chez les infirmières en soins palliatifs de fin de vie selon le milieu de pratique Stress at work in nurses providing end-of-life palliative care according to care settings. *Psycho-oncologie*, 5(2), 127-136.
- Fillion, L., Tremblay, I., Truchon, M., Côté, D., Struthers, C. W., & Dupuis, R. (2007). Job satisfaction and emotional distress among nurses providing palliative care: Empirical

- evidence for an integrative occupational stress-model. *International Journal of Stress Management*, 14(1), 1.
- Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H. M., & Salanterä, S. (2008). Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession : a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 727-739.
- Fuhrer, C., Moisson-Duthoit, V., & Cucchi, A. (2011). Quand l'environnement relationnel contribue à la compréhension du burnout. *Management & Avenir*, (1), 194-215.
- Galletta, M., Portoghese, I., Penna, M. P., Battistelli, A., & Saiani, L. (2011). Turnover intention among Italian nurses : The moderating roles of supervisor support and organizational support. *Nursing & health sciences*, 13(2), 184-191.
- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jimenez, B., & Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses : A correlational study at two time points. *International journal of nursing studies*, 47(2), 205-215.
- Gelsema, T. I., Van Der Doef, M., Maes, S., Akerboom, S., & Verhoeven, C. (2005). Job Stress in the Nursing Profession : The Influence of Organizational and Environmental Conditions and Job Characteristics. *International Journal of Stress Management*, 12(3), 222.
- Golden, T. D., & Veiga, J. F. (2008). The impact of superior–subordinate relationships on the commitment, job satisfaction, and performance of virtual workers. *The Leadership Quarterly*, 19(1), 77-88.
- Gospel, H. (2003). *Quality of Working Life : A review on changes in work organization, conditions of employment and work-life arrangements*. International Labour Office.
- Gouldner, A. W. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American sociological review*, 161-178.
- Guignon N., Niedhammer I., Sandret N., (2008). Les risques psychosociaux au travail, une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », *Premières Synthèses*, n° 22-1. Dares.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, 46(12), 1417-1432.
- Haberey-Knuessi, V. (2011). Des exigences aux ressources, le modèle de Demerouti au service des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, (1), 23-29.
- Hachelafi, H., Bouameur, S., Chergue, A., & Fyad, A. (2011). Psychodynamique adaptée à la santé mentale au travail: conflit en milieu hospitalier. *L'information psychiatrique*, 87(2), 119-125.

- Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B., & Ahola, K. (2008). The Job Demands-Resources model : A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, 22(3), 224-241.
- Halbesleben, J. R. (2010). The role of exhaustion and workarounds in predicting occupational injuries: A cross-lagged panel study of health care professionals. *Journal of occupational health psychology*, 15(1), 1.
- Halbesleben, J. R., Wheeler, A. R., & Rossi, A. M. (2012). The costs and benefits of working with one's spouse: A two-sample examination of spousal support, work–family conflict, and emotional exhaustion in work-linked relationships. *Journal of Organizational Behavior*, 33(5), 597-615.
- Han, K., Trinkoff, A. M., & Gurses, A. P. (2015). Work-related factors, job satisfaction and intent to leave the current job among United States nurses. *Journal of clinical nursing*, 24(21-22), 3224-3232.
- Hansez, I., Stinglhamber, F., & Hanin, D. (2008). Interférence négative du travail sur la famille et stress au travail : impact du support organisationnel perçu. *Entre tradition et innovation, comment transformons-nous l'univers de travail ? Actes du 15ème congrès de Psychologie du Travail et des Organisations de Langue Française*.
- Hasselhorn, H. M., Tackenberg, P., & Peter, R. (2004). Effort–reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition. *International journal of occupational and environmental health*, 10(4), 401-408.
- Hayes, B., Bonner, A. N. N., & Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *Journal of nursing management*, 18(7), 804-814.
- Hellemans, C., & Karnas, G. (1999). Epreuve de validation du modèle de Karasek auprès de travailleurs du secteur tertiaire. Relations du modèle avec les « tensions mentales ». *Revue européenne de psychologie appliquée*, 49(3), 215-224.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources : a new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513.
- Hobfoll, S. E., & Shirom, A. (2001). Conservation of resources theory : Applications to stress and management in the workplace. In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (pp. 57-80). New York, NY, US : Marcel Dekker.
- Hoonakker, P., Carayon, P., & Korunka, C. (2013). Using the Job-Demands-Resources model to predict turnover in the information technology workforce—General effects and gender differences. *Horizons of Psychology*, 22, 51-65.

http://www.ilo.org/travail/whatwedo/publications/WCMS_TRAVAIL_PUB_1/lang--en/index.htm

- Hu, Q., Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2011). The Job Demands–Resources model : An analysis of additive and joint effects of demands and resources. *Journal of vocational behavior*, 79(1), 181-190.
- Jones, M. C., Wells, M., Gao, C., Cassidy, B., & Davie, J. (2013). Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals. *Psycho-oncology*, 22(1), 46-53.
- Jourdain, G., & Chênevert, D. (2010). Job demands–resources, burnout and intention to leave the nursing profession : A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 47(6), 709-722.
- Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain : Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work : Stress, productivity and the the reconstruction of working life*. Basic books.
- Kirouac, L. (2012). De l'épuisement du corps à l'affaissement du soi : effets des transformations des freins et contrepoids du travail sur la vie des individus. Doctoral dissertation, Université du Québec à Montréal. Disponible sur : <https://archipel.uqam.ca/4964/>
- Kornig, C., Levet, P., & Ghadi, V. (2016). Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins. *Haute Autorité de Santé, HAS*. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2610262/fr/revue-de-litterature-sur-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite-des-soins
- Kossek, E. E., Pichler, S., Bodner, T., & Hammer, L. B. (2011). Workplace social support and work–family conflict : A meta-analysis clarifying the influence of general and work–family-specific supervisor and organizational support. *Personnel psychology*, 64(2), 289-313.
- Kowalski, C., Ommen, O., Driller, E., Ernstmann, N., Wirtz, M. A., Köhler, T., & Pfaff, H. (2010). Burnout in nurses—the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *Journal of Clinical nursing*, 19(11-12), 1654-1663.
- Lacharme, I. (2016). *Étude de la souffrance de soignants : un modèle guide vers des pistes de solutions*. Dissertation Doctorale, Université du Québec à Trois-Rivière). Disponible sur : <http://depot-e.uqtr.ca/7979/1/031487955.pdf>
- Lamy, S., De Gaudemaris, R., Sobaszek, A., Caroly, S., Descatha, A., & Lang, T. (2013). Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention. *Santé Publique*, 25(4), 389-397.

- Laschinger, H. K. S., Grau, A. L., Finegan, J., & Wilk, P. (2012). Predictors of new graduate nurses' workplace well-being : Testing the job demands–resources model. *Health Care Management Review, 37*(2), 175-186.
- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N., Gélinas, C., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2008). Creating a healthy workplace for new-generation nurses. *Journal of Nursing Scholarship, 40*(3), 290-297.
- Lazzari, N. (2012). *La conciliation emploi-famille/vie personnelle : son incidence sur le parcours professionnel et la rétention de la main d'œuvre dans la santé* (Doctoral dissertation, Université du Québec à Montréal).
- Le Lan, R., & Baubeau, D. (2004). Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé.  tudes et résultats, 335, 11. Drees. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er335.pdf>
- Leineweber, C., Westerlund, H., Chungkham, H. S., Lindqvist, R., Runesdotter, S., & Tishelman, C. (2014). Nurses' practice environment and work-family conflict in relation to burn-out : a multilevel modelling approach. *PLoS One, 9*(5), e96991.
- Leka, S., Hassard, J., & Yanagida, A. (2012). Investigating the impact of psychosocial risks and occupational stress on psychiatric hospital nurses' mental well-being in Japan. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 19*(2), 123-131.
- Li, A., Shaffer, J., & Bagger, J. (2015). The psychological well-being of disability caregivers: Examining the roles of family strain, family-to-work conflict, and perceived supervisor support. *Journal of occupational health psychology, 20*(1), 40.
- Lingard, H., & Francis, V. (2006). Does a supportive work environment moderate the relationship between work-family conflict and burnout among construction professionals?. *Construction Management and Economics, 24*(2), 185-196.
- Liu, C., Bartram, T., Casimir, G., & Leggat, S. G. (2015). The link between participation in management decision-making and quality of patient care as perceived by Chinese doctors. *Public Management Review, 17*(10), 1425-1443.
- Llorens, S., Bakker, A. B., Schaufeli, W., & Salanova, M. (2006). Testing the robustness of the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management, 13*(3), 378.
- Loriol, M. (2003). La construction sociale de la fatigue au travail : L'exemple du burn-out des infirmières hospitalières. *Travail et emploi, (94)*, 65-74.
- Lourel, M., & Gueguen, N. (2007). Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'encéphal, 33*(6), 947-953.

- Lourel, M., & Mabire, C. (2008). Le déséquilibre efforts-récompenses et les débordements entre vie au travail, vie privée chez les éleveurs laitiers : leurs effets sur l'épuisement professionnel. *Santé publique, 20*(hs), 89-98.
- Lourel, M., Abdellaoui, S., Chevaleyre, S., Paltrier, M., & Gana, K. (2008). Relationships between psychological job demands, job control and burnout among firefighters. *North American Journal of Psychology, 10*(3), 489-496.
- Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X., & While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited : a systematic review. *International journal of nursing studies, 49*(8), 1017-1038.
- Luk, D. M., & Shaffer, M. A. (2005). Work and family domain stressors and support: Within-and cross-domain influences on work-family conflict. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 78*(4), 489-508.
- Maes, B., Fontanaud, N., & Pronost, A. M. (2010). Effet de la mise en place d'un instrument d'évaluation continue de la qualité des soins infirmiers sur la satisfaction au travail des soignants et sur leur implication affective. *Recherche en soins infirmiers, (3)*, 42-49.
- Makabe, S., Takagai, J., Asanuma, Y., Ohtomo, K., & Kimura, Y. (2015). Impact of work-life imbalance on job satisfaction and quality of life among hospital nurses in Japan. *Industrial health, 53*(2), 152-159.
- Manville, C. (2014). «Parce que je le vaux bien» : les relations entre caractéristiques du travail, estime de soi et engagement affectif envers l'organisation. *Revue de gestion des ressources humaines, (2)*, 52-68.
- Marchand, A., Durand, P., Simard, M., Demers, A., & Collin, J. (2006). Détresse psychologique, abus d'alcool et médicaments psychotropes : changer d'emploi y-est-il pour quelque chose?. *Céreq, 91*.
- Marchand, C., & Vandenberghe, C. (2015). Soutien organisationnel perçu, perception de perte de ressources, et santé psychologique : l'effet modérateur de l'affectivité négative. *Le travail humain, 78*(3), 193-216.
- Martin, C., & Gadbois, C. (2004). L'ergonomie à l'hôpital. In *Ergonomie* (pp. 603-619). Presses Universitaires de France.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach burnout inventory manual. Palo Alto. (3rd ed.). Mountain View, CA CPP, Inc.
- Mauno, S., Kinnunen, U., & Ruokolainen, M. (2006). Exploring work-and organization-based resources as moderators between work-family conflict, well-being, and job attitudes. *Work & Stress, 20*(3), 210-233.

- Mauno, S., Kinnunen, U., & Ruokolainen, M. (2007). Job demands and resources as antecedents of work engagement : A longitudinal study. *Journal of vocational behavior*, 70(1), 149-171.
- McCarthy, V. J., Power, S., & Greiner, B. A. (2010). Perceived occupational stress in nurses working in Ireland. *Occupational medicine*, 60(8), 604-610.
- McVicar, A. (2016). Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000–2013) using the job demands–resources model of stress. *Journal of nursing management*, 24(2).
- Meng, L., Jin, Y., & Guo, J. (2016). Mediating and/or moderating roles of psychological empowerment. *Applied Nursing Research*, 30, 104-110.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1997). *Commitment in the workplace: Theory, research, and application*. Sage.
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of vocational behavior*, 61(1), 20-52.
- Moisson-Duthoit, V. (2016). Infirmières, entre implication et stress au travail. In *Forum* (No. 3, pp. 35-43). Champ social.
- Molines, M. (2014). Une étude multiniveaux sur le leadership transformationnel dans la police française : le rôle de l'engagement au travail. Doctoral dissertation, Université Toulouse 1 Capitole. Disponible sur : <http://www.theses.fr/2014TOU10038>
- Munir, F., Nielsen, K., Garde, A. H., Albertsen, K., & Carneiro, I. G. (2012). Mediating the effects of work–life conflict between transformational leadership and health-care workers' job satisfaction and psychological wellbeing. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 512-521.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998). Statistical analysis with latent variables. Mplus User's guide, 2012.
- Negussie, N., & Kaur, G. (2016). The effect of job demand-control-social support model on nurses' job satisfaction in specialized teaching hospitals, Ethiopia. *Ethiopian journal of health sciences*, 26(4), 311-320.
- Nelson, S. A. (2012). Affective commitment of generational cohorts of Brazilian nurses. *International Journal of Manpower*, 33(7), 804-821.
- Ng, T. W., & Sorensen, K. L. (2008). Toward a further understanding of the relationships between perceptions of support and work attitudes : A meta-analysis. *Group & Organization Management*, 33(3), 243-268.

- Niedhammer, I., Siegrist, J., Landre, M. F., Goldberg, M., & Leclerc, A. (2000). Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 48(5), 419-438.
- Niedhammer, I., Tek, M. L., Starke, D., & Siegrist, J. (2004). Effort–reward imbalance model and self-reported health: cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort. *Social science & medicine*, 58(8), 1531-1541.
- Olsen, K. M., & Dahl, S. Å. (2010). Working time : implications for sickness absence and the work–family balance. *International Journal of Social Welfare*, 19(1), 45-53.
- Paillé, P. (2004). Engagement organisationnel, intention de retrait et comportements citoyens : l'influence de la satisfaction au travail. *Revue de gestion des ressources humaines*, (52), 31-46.
- Pelissier, C. (2015). Conditions de travail et état de santé physique et psychique du personnel non médical des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dissertation doctorale, Université Claude Bernard Lyon 1. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01366424/>
- Phaneuf, M. (2014). Qualité de vie au travail ou qualité des soins - faut-il vraiment faire un choix ? *Prendre soin*. 1-17. Disponible sur : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/09/Qualite-de-vie-au-travail-ou-qualite-des-soins.pdf>
- Pisanti, R., van der Doef, M., Maes, S., Lazzari, D., & Bertini, M. (2011). Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch nurses : a cross-national comparison. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 829-837.
- Pohl, S., & Galletta, M. (2017). The role of supervisor emotional support on individual job satisfaction : a multilevel analysis. *Applied Nursing Research*, 33, 61-66.
- Pohl, S., Bertrand, F., & Ergen, C. (2016). Psychological contracts and their implications for job outcomes: A social exchange view. *Military Psychology*, 28(6), 406-417.
- Portes, É. (2012). Démarche de prévention du stress au travail en milieu de soins: le rôle de l'infirmier de santé au travail. *Recherche en soins infirmiers*, (3), 96-96.
- Portoghese, I., Galletta, M., & Battistelli, A. (2011). The effects of work–family conflict and community embeddedness on employee satisfaction : The role of leader–member exchange. *International Journal of Business and Management*, 6(4), 39.
- Portoghese, I., Galletta, M., Battistelli, A., & Leiter, M. P. (2015). A multilevel investigation on nursing turnover intention : the cross-level role of leader–member exchange. *Journal of nursing management*, 23(6), 754-764.
- Pryce, J., Albertsen, K., & Nielsen, K. (2006). Evaluation of an open-rota system in a Danish psychiatric hospital : a mechanism for improving job satisfaction and work–life balance. *Journal of nursing management*, 14(4), 282-288.

- Randon, S. (2010). Actualisation 2011 de la revue de littérature sur la satisfaction au travail conduite par le CCECQA en 2000. HAL Id : hal-00748863, version 1. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00748863/>
- Rasclé, N., & Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le travail humain*, 64(2), 97-118.
- Rathert, C., Williams, E. S., Lawrence, E. R., & Halbesleben, J. R. (2012). Emotional exhaustion and workarounds in acute care : cross sectional tests of a theoretical framework. *International journal of nursing studies*, 49(8), 969-977.
- Reichl, C., Leiter, M. P., & Spinath, F. M. (2014). Work–nonwork conflict and burnout : A meta-analysis. *human relations*, 67(8), 979-1005.
- Rhnima, A., Wils, T., Pousa, C., & Frigon, M. (2014). Conflits travail-famille et intention de quitter dans le domaine de la santé. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 69(3), 477-500.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support : a review of the literature. *Journal of applied psychology*, 87(4), 698.
- Rodwell, J., & Munro, L. (2013). Relational regulation theory and the role of social support and organisational fairness for nurses in a general acute context. *Journal of clinical nursing*, 22(21-22), 3160-3169.
- 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. Doctoral dissertation, Université Rennes 1. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00523398/>
- Ruiller, C. (2012). L'implication affective chez les soignants : l'étude des effets tensions du travail, du burnout et du soutien social du management intermédiaire et de l'équipe. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 18(4), 346-367.
- Ruiller, C. (2012). Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital. *Management & Avenir*, (2), 15-34.
- Ruiller, C., & Van Der Heijden, B. I. (2016). Socio-emotional support in French hospitals : Effects on French nurses' and nurse aides' affective commitment. *Applied nursing research*, 29, 229-236.
- Sainseaulieu, I. (2003). Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital. *L'Harmattan*, 2003.
- Satoh, M., Watanabe, I., & Asakura, K. (2017). Occupational commitment and job satisfaction mediate effort–reward imbalance and the intention to continue nursing. *Japan Journal of Nursing Science*, 14(1), 49-60.

- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement : a multi-sample study. *Journal of organizational Behavior*, 25(3), 293-315.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A critical review of the Job Demands-Resources Model : Implications for improving work and health. In *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 43-68). Springer Netherlands.
- Schaufeli, W.B. (2017). The Job Demands-Resources model: a how to' guide to increase work engagement and prevent burnout. *Organizational Dynamics*, 46, 120-132.
- Schulz, M., Damkröger, A., Heins, C., Wehlitz, L., Löhr, M., Driessen, M., ... & Wingenfeld, K. (2009). Effort–reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(3), 225-233.
- Serrurier C. (2002). Ces femmes qui en font trop : Réflexion sur le partage des tâches au sein du couple. Paris, Éditions La Martinière. ISBN 13 : 9782846750189.
- Shanock, L. R., & Eisenberger, R. (2006). When supervisors feel supported: Relationships with subordinates' perceived supervisor support, perceived organizational support, and performance. *Journal of Applied psychology*, 91(3), 689.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1(1), 27.
- Siegrist, J. (1998). Adverse health effects of effort-reward imbalance at work. *Theories of organizational stress*, 190-204.
- Simbula, S., Guglielmi, D., & Schaufeli, W. B. (2011). A three-wave study of job resources, self-efficacy, and work engagement among Italian schoolteachers. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 20(3), 285-304.
- St-Onge, S., Haines, V. Y., & Sevin, H. (2000). L'influence de l'appui du supérieur hiérarchique, des collègues et des dirigeants d'entreprise sur le succès. *Relations industrielles*, vol. 55, n° 3, 2000, p. 414-450
- Stordeur, S., D'hoore, W., & Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of advanced nursing*, 35(4), 533-542.
- Tayfur, O., & Arslan, M. (2013). The role of lack of reciprocity, supervisory support, workload and work–family conflict on exhaustion : Evidence from physicians. *Psychology, health & medicine*, 18(5), 564-575.
- Treadway, D. C., Duke, A. B., Perrewe, P. L., Breland, J. W., & Goodman, J. M. (2011). Time may change me: The impact of future time perspective on the relationship between

- work–family demands and employee commitment. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(7), 1659-1679.
- Tremblay, D. G., & Larivière, M. (2009). La conciliation emploi-famille dans le secteur de la santé au Québec : le soutien organisationnel fait-il défaut aux infirmières. *Genre et diversité en gestion*, 101-118.
- Tremblay, M., Chênevert, D., & Hébert, A. (2012). Le rôle des conditions de travail dans la satisfaction et la loyauté des infirmières d'agence au Québec. *Relations Industrielles*, 67(3), 477-504.
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout : concepts, modèles, interventions*. Dunod.
- Truchot, D., & Borteyrou, X. (2010). Le burnout chez les infirmières en oncologie : Une approche contextuelle du modèle exigences-contrôle-soutien. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 16(1), 27-45.
- Truchot, D., Lheureux, F., Borteyrou, X., & Rasclé, N. (2012). Validation Française du Maslach-Burnout-Inventory–HSS. In 9e Colloque international de psychologie sociale en langue française.
- Tummers, L., & Den Dulk, L. (2013). The effects of work alienation on organisational commitment, work effort and work-to-family enrichment. *Journal of nursing management*, 21(6), 850-859.
- Unruh, L. Y., Raffenaud, A., & Fottler, M. (2016). Work-family conflict among newly licensed registered nurses : a structural equation model of antecedents and outcomes. *Journal of Healthcare Management*, 61(2), 129-145.
- Unruh, L., & Zhang, N. J. (2014). The hospital work environment and job satisfaction of newly licensed registered nurses. *Nursing Economics*, 32(6), 296.
- Vagharseyyedin, S. A., Vanaki, Z., & Mohammadi, E. (2011). The nature nursing quality of work life : an integrative review of literature. *Western Journal of Nursing Research*, 33(6), 786-804.
- Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuy, M., Kureckova, V., Van de Cruys, Z., & Franck, E. (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC nursing*, 16(1), 5.
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1998). The job demand-control (-support) model and physical health outcomes: A review of the strain and buffer hypotheses. *Psychology and health*, 13(5), 909-936.
- Van der Doef, M., Mbazzi, F. B., & Verhoeven, C. (2012). Job conditions, job satisfaction, somatic complaints and burnout among East African nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12), 1763-1775.

- 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. *Le travail humain*, 72(3), 209-228.
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C., & Trudel, L. (2006). Définir les risques. *Actes de la recherche en sciences sociales*, (3), 32-38.
- Vignoli, M., Guglielmi, D., Bonfiglioli, R., & Violante, F. S. (2016). How job demands affect absenteeism ? The mediating role of work–family conflict and exhaustion. *International archives of occupational and environmental health*, 89(1), 23-31.
- Wang, P., Lawler, J. J., & Shi, K. (2010). Work—Family Conflict, Self-Efficacy, Job Satisfaction, and Gender: Evidences From Asia. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 17(3), 298-308.
- Wayne, J. H., Casper, W. J., Matthews, R. A., & Allen, T. D. (2013). Family-supportive organization perceptions and organizational commitment: The mediating role of work–family conflict and enrichment and partner attitudes. *Journal of Applied Psychology*, 98(4), 606.
- Weigl, M., Stab, N., Herms, I., Angerer, P., Hacker, W., & Glaser, J. (2016). The associations of supervisor support and work overload with burnout and depression : a cross-sectional study in two nursing settings. *Journal of advanced nursing*, 72(8), 1774-1788.
- Willemsse, B. M., de Jonge, J., Smit, D., Depla, M. F., & Pot, A. M. (2012). The moderating role of decision authority and coworker-and supervisor support on the impact of job demands in nursing homes : A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 822-833.
- Winnubst, J. A., Buunk, B. P., & Marcelissen, F. H. (1988). Social support and stress : Perspectives and processes. John Wiley & Sons.
- Yildirim, D., & Aycan, Z. (2008). Nurses' work demands and work–family conflict : A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 45(9), 1366-1378.
- Zargar, M. S., Vandenberghe, C., Marchand, C., & Ayed, A. K. B. (2014). Job scope, affective commitment, and turnover: The moderating role of growth need strength. *Journal of occupational and organizational psychology*, 87(2), 280-302.
- Zeytinoglu, I., Denton, M., Davies, S., Baumann, A., Blythe, J., & Boos, L. (2007). Associations between work intensification, stress and job satisfaction : The case of nurses in Ontario. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 62(2), 201-225.
- Zhou, Q., Martinez, L. F., Ferreira, A. I., & Rodrigues, P. (2016). Supervisor support, role ambiguity and productivity associated with presenteeism : a longitudinal study. *Journal of Business Research*, 69(9), 3380-3387.

Références de l'article 2

- Abraham, R. (1998). Emotional dissonance in organizations: Antecedents, consequences, and moderators. *Genetic, social, and general psychology monographs*, 124(2), 229.
- Andela, M., & Truchot, D. (2016). Dissonance émotionnelle, exigences et ressources, leur impact sur le Burnout des soignants. In V. Majer, P. Salengros, A. Di Fabio, & C. Lemoine (Eds.). *Facteurs de la santé au travail : du bien être au mal être*. (pp. 19-28). Paris : L'Harmattan.
- Andela, M., & Truchot, D. (2017). Emotional dissonance and Burnout : The moderating role of team reflexivity and re-evaluation. *Stress and Health*, 33(3), 179-189.
- Andela, M., Auzoult, L., & Truchot, D. (2014). An exploratory study of self-consciousness and emotion-regulation strategies in health care workers. *Psychological reports*, 115(1), 106-114.
- Andela, M., Truchot, D., & Borteyrou, X. (2015). Emotional labour and burnout : Some methodological considerations and refinements. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 47(4), 321.
- Andela, M., Truchot, D., & Van der Doef, M. (2016). Job stressors and burnout in hospitals : The mediating role of emotional dissonance. *International Journal of Stress Management*, 23(3), 298.
- Ashforth, B. E., & Tomiuk, M. A. (2000). Emotional labour and authenticity: views from service agents. In *Fineman, S. (Ed.). (2000). Emotion in organizations. pp. 184-203. Sage, London.*
- Badolamenti, S., Sili, A., Caruso, R., & Fida, R. (2017). What do we know about emotional labour in nursing ? A narrative review. *British journal of nursing*, 26(1), 48-55.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career development international*, 13(3), 209-223.
- Bandura, A. (1997). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*, Bruxelles, de Boeck.
- Becker, W. J., & Cropanzano, R. (2015). Good acting requires a good cast: A meso-level model of deep acting in work teams. *Journal of Organizational Behavior*, 36(2), 232-249.
- Begat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being—a Norwegian study. *Journal of Nursing management*, 13(3), 221-230.
- Biron, M., & van Veldhoven, M. (2012). Emotional labour in service work: Psychological flexibility and emotion regulation. *Human Relations*, 65(10), 1259-1282.

- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612.
- Bono, J. E., & Vey, M. A. (2005). Toward understanding emotional management at work : A quantitative review of emotional labor research. In C. E. Härtel, W. J. Zerbe, & N. M. Ashkanasy (Eds.), *Emotions in organizational behavior* (pp. 213-233). Mahwah, NJ, US : Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Bono, J. E., & Vey, M. A. (2007). Personality and emotional performance: Extraversion, neuroticism, and self-monitoring. *Journal of occupational health psychology*, 12(2), 177.
- Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout : Comparing two perspectives of “people work”. *Journal of vocational behavior*, 60(1), 17-39.
- Brotheridge, C. M., & Lee, R. T. (2002). Testing a conservation of resources model of the dynamics of emotional labor. *Journal of occupational health psychology*, 7(1), 57.
- Canoui, P. (1996). Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel. Le burnout. Considérations psychologiques et éthiques en réanimation pédiatrique.
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of personality and social psychology*, 79(4), 644.
- Chou, H. Y., Hecker, R. O. B., & Martin, A. (2012). Predicting nurses' well-being from job demands and resources : A cross-sectional study of emotional labour. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 502-511.
- Cossette, M. (2008). Styles de régulation émotionnelle des employés de service : antécédents organisationnels, motivation et conséquences sur la santé psychologique. Dissertation doctorale, Université du Québec à Montréal. Disponible sur : <https://archipel.uqam.ca/1951/>
- Cossette, M., & Hess, U. (2015). Service with style and smile. How and why employees are performing emotional labour?. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 65(2), 71-82.
- Cote, S., & Morgan, L. M. (2002). A longitudinal analysis of the association between emotion regulation, job satisfaction, and intentions to quit. *Journal of organizational Behavior*, 23(8), 947-962.
- Côté, S., Miners, C. T., & Moon, S. (2006). Emotional intelligence and wise emotion regulation in the workplace. In *Individual and organizational perspectives on emotion management and display* (Chapter 1, pp. 1-24). Emerald Group Publishing Limited.

- Cottingham, M. D., Erickson, R. J., & Diefendorff, J. M. (2015). Examining men's status shield and status bonus: How gender frames the emotional labor and job satisfaction of nurses. *Sex Roles, 72*(7-8), 377-389.
- Cropanzano, R., Weiss, H. M., Suckow, K. J., & Grandey, A. A. (2000). Doing justice to workplace emotion. In N. M. Ashkanasy, C. E. Härtel, & W. J. Zerbe (Eds.), *Emotions in the workplace: Research, theory, and practice* (pp. 49-62). Westport, CT, US: Quorum Books/Greenwood Publishing Group.
- Dal Santo, L., Pohl, S., & Battistelli, A. (2013). Emotional dissonance and job satisfaction: the moderating role of organisational commitment and task significance. *Mediterranean Journal of Social Sciences, 4*(13), 691.
- Dal Santo, L., Pohl, S., & Battistelli, A. (2016). The nurse-patient emotional interaction in quality of worklife: The role of empathy and emotional dissonance. *Scholars' Press*. (p222), ISBN : 978-3-659-84081-4.
- De Bouvet A., Sauvaige M. (2005), Penser autrement la pratique infirmière. Pour une créativité éthique, Bruxelles, de Boeck, 2005, p. 93.
- Delgado, C., Upton, D., Ransie, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work : An integrative review of empirical literature. *International journal of nursing studies, 70*, 71-88.
- Delmas, P., & Duquette, A. (2000). Hardiness, coping and quality of life of nurses working in intensive care units. *Recherche en soins infirmiers, (60)*, 17-26.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology, 86*(3), 499.
- Diefendorff, J. M., Erickson, R. J., Grandey, A. A., & Dahling, J. J. (2011). Emotional display rules as work unit norms: a multilevel analysis of emotional labor among nurses. *Journal of occupational health psychology, 16*(2), 170.
- Estryn-Behar, M. (2008). Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe : L'étude européenne PRESST-NEXT (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail - Nurses'Early Exit Study). *Presses de l'École des hautes études en santé publique*. Rennes, p. 376.
- Gabriel, A. S., & Diefendorff, J. M. (2015). Emotional labor dynamics: A momentary approach. *Academy of Management Journal, 58*(6), 1804-1825.
- Gabriel, A. S., Daniels, M. A., Diefendorff, J. M., & Greguras, G. J. (2015). Emotional labor actors: A latent profile analysis of emotional labor strategies. *Journal of Applied Psychology, 100*(3), 863.
- Gerzina, H. A., & Porfeli, E. J. (2012). Mindfulness as a predictor of positive reappraisal and burnout in standardized patients. *Teaching and learning in medicine, 24*(4), 309-314.

- Golfenshtein, N., & Drach-Zahavy, A. (2015). An attribution theory perspective on emotional labour in nurse–patient encounters: a nested cross-sectional study in paediatric settings. *Journal of advanced nursing*, 71(5), 1123-1134.
- Goussinsky, R., & Livne, Y. (2016). Coping with interpersonal mistreatment: the role of emotion regulation strategies and supervisor support. *Journal of nursing management*, 24(8), 1109-1118.
- Grandey, A. A. (2000). Emotional regulation in the workplace : A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of occupational health psychology*, 5(1), 95.
- Grandey, A. A. (2003). When “the show must go on” : Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of management Journal*, 46(1), 86-96.
- Grandey, A. A., & Gabriel, A. S. (2015). Emotional labor at a crossroads: Where do we go from here?. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior* 2015 2:1, 323-349.
- Grandey, A., Diefendorff, J., & Rupp, D. E. (Eds.). (2013). *Emotional labor in the 21st century: Diverse perspectives on emotion regulation at work*. Routledge.
- Grandey, A., Foo, S. C., Groth, M., & Goodwin, R. E. (2012). Free to be you and me: a climate of authenticity alleviates burnout from emotional labor. *Journal of occupational health psychology*, 17(1), 1.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. *Handbook of emotions*, 3, 497-513.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). New York, NY: Guilford Press.
- Groth, M., Hennig-Thurau, T., & Walsh, G. (2009). Customer reactions to emotional labor: The roles of employee acting strategies and customer detection accuracy. *Academy of Management Journal*, 52(5), 958-974.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, 46(12), 1417-1432.
- Haberey-Knuessi, V. (2013). *Le sens de l'engagement infirmier : enjeu de formation et défi éthique*. Ed. *Séliarslan* :Paris, 254 pages. ISBN : 978-2-84276-191-2.
- Halbesleben, J. R., & Buckley, M. R. (2004). Burnout in organizational life. *Journal of management*, 30(6), 859-879.

- Hess, U. (2003). Les émotions au travail. Rapport Bourgogne, Cirano, 28 p. ISSN 1701-9990.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of general psychology*, 6(4), 307.
- Hochschild, A. (1983). *The Managed Heart* (Berkeley, University of California Press). *Hochschild The Managed Heart 1983*.
- Holman, D., Chissick, C., & Totterdell, P. (2002). The effects of performance monitoring on emotional labor and well-being in call centers. *Motivation and Emotion*, 26(1), 57-81.
- Holman, D., Martinez-Iñigo, D., & Totterdell, P. (2008). Emotional labour and employee well-being : an integrative review. *Research companion to emotion in organizations*, 301.
- Hong, E., & Lee, Y. S. (2016). The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses' turnover intention. *International journal of nursing practice*, 22(6), 625-632.
- Hülshager, U. R., & Schewe, A. F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: A meta-analysis of three decades of research. *Journal of occupational health psychology*, 16(3), 361.
- Iltaf, H., & Gulzar, A. (2013). Impact of expressivity and impulse strength on burnout and turnover intentions: Mediating role of deep acting. *Journal of Business and Management*, 7(4), 62-7.
- Jeantet, A. (2002). L'émotion prescrite au travail. *Travailler*, 10, 99-112.
- Jeantet, A. (2003). « À votre service ! » la relation de service comme rapport social. *Sociologie du travail*, 45(2), 191-209.
- Jordan, M. C., Soutar, G., & Kiffin-Petersen, S. Emotional Labour Strategies: A Subgroup Analysis. In Proceedings of the 21st Australian and New Zealand Academy of Management Annual Conference, Sydney, Australia available at : http://www.anzam.org/wp-content/uploads/pdf-manager/1896_JORDANCATHERINE_273.PDF
- Kafetsios, K., & Loumakou, M. (2007). A comparative evaluation of the effects of trait emotional intelligence and emotion regulation on affect at work and job satisfaction. *International Journal of Work Organisation and Emotion*, 2(1), 71-87.
- Karimi, L., Leggat, S. G., Donohue, L., Farrell, G., & Couper, G. E. (2014). Emotional rescue: The role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses. *Journal of advanced nursing*, 70(1), 176-186.
- Kaur, S., & Luxmi, M. (2014). Does Emotional Labour Influence Burnout ? *International Journal of Management & Information Technology*, 6(2), 784-793.
- Kinman, G., & Leggetter, S. (2016). Emotional labour and wellbeing : what protects nurses?. In *Healthcare* (Vol. 4, No. 4, p. 89). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.

- Ko, C. H., & Jeng, S. N. (2016). Exploring The Effects Of Emotional Labor in The Hotel Industry. *International Journal of Organizational Innovation (Online)*, 9(2), 158.
- Kovács, M., Kovács, E., & Hegedűs, K. (2010). Emotion work and burnout: cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary. *Croatian medical journal*, 51(5), 432-442.
- Kubicek, B., & Korunka, C. (2015). Does job complexity mitigate the negative effect of emotion-rule dissonance on employee burnout?. *Work & Stress*, 29(4), 379-400.
- Kwon, M., & Kim, Y. (2015). The Effects of Emotional Labor and Emotional Intelligence on Burnout among Psychological Nurses. *Advanced Science and Technology Letters*, 120, 88-92.
- Lapointe, É., Morin, A. J., Courcy, F., Boilard, A., & Payette, D. (2011). Workplace affective commitment, emotional labor and burnout : a multiple mediator model. *International Journal of Business and Management*, 7(1), 3.
- Lapointe, É., Morin, A. J., Courcy, F., Boilard, A., & Payette, D. (2012). The mediating effects of emotional labor strategies on the relationships between multiple targets of workplace affective commitment and burnout. *International Journal of Business and Management*, 7(3), 21.
- Lee, C., An, M., & Noh, Y. (2015). The effects of emotional display rules on flight attendants' emotional labor strategy, job burnout and performance. *Service Business*, 9(3), 409-425.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of applied Psychology*, 81(2), 123.
- Lee, R. T., & Brotheridge, C. M. (2006). When prey turns predatory: Workplace bullying as a predictor of counteraggression/bullying, coping, and well-being. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(3), 352-377.
- Lent, R. W., & Brown, S. D. (2006). Integrating person and situation perspectives on work satisfaction: A social-cognitive view. *Journal of vocational behavior*, 69(2), 236-247.
- Liu, Y., Prati, L. M., Perrewé, P. L., & Brymer, R. A. (2010). Individual differences in emotion regulation, emotional experiences at work, and work-related outcomes: A two-study investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(6), 1515-1538.
- Llewellyn, N., Dolcos, S., Iordan, A. D., Rudolph, K. D., & Dolcos, F. (2013). Reappraisal and suppression mediate the contribution of regulatory focus to anxiety in healthy adults. *Emotion*, 13(4), 610.
- Loriol, M. (2013). Travail émotionnel et soins infirmiers. *Santé mentale*, (177), 60-63.
- Machado, T., Desrumaux, P., & Dose, E. (2015). L'addiction au travail : quels effets de la charge de travail, de la dissonance émotionnelle et du surinvestissement?. *Pratiques psychologiques*, 21(2), 105-120.

- Mann, S. (2005). A health-care model of emotional labour: an evaluation of the literature and development of a model. *Journal of health organization and management*, 19(4/5), 304-317.
- Martínez-Iñigo, D., Totterdell, P., Alcover, C. M., & Holman, D. (2007). Emotional labour and emotional exhaustion : Interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work & Stress*, 21(1), 30-47.
- Maslach C, Leiter MP. (2011). Burn-out : le syndrome d'épuisement professionnel. Paris , France : Arènes Éditions.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach burnout inventory manual. Palo Alto. (3rd ed.). Mountain View, CA CPP, Inc.
- Maslach, C., Leiter, M. P., & Jackson, S. E. (2012). Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. *Journal of Organizational Behavior*, 33(2), 296-300.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Mauno, S., Ruokolainen, M., Kinnunen, U., & De Bloom, J. (2016). Emotional labour and work engagement among nurses : examining perceived compassion, leadership and work ethic as stress buffers. *Journal of advanced nursing*, 72(5), 1169-1181.
- Maxwell, A., & Riley, P. (2017). Emotional demands, emotional labour and occupational outcomes in school principals: Modelling the relationships. *Educational Management Administration & Leadership*, 45(3), 484-502.
- McRae, K., Jacobs, S. E., Ray, R. D., John, O. P., & Gross, J. J. (2012). Individual differences in reappraisal ability: Links to reappraisal frequency, well-being, and cognitive control. *Journal of Research in Personality*, 46(1), 2-7.
- McVicar, A. (2016). Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000–2013) using the job demands–resources model of stress. *Journal of nursing management*, 24(2).
- Mikolajczak, M., Menil, C., & Luminet, O. (2007). Explaining the protective effect of trait emotional intelligence regarding occupational stress : Exploration of emotional labour processes. *Journal of Research in Personality*, 41(5), 1107-1117.
- Mikolajczak, M., Tran, V., Brotheridge, C. M., & Gross, J. J. (2009). Using an emotion regulation framework to predict the outcomes of emotional labor. In Emotions in groups, organizations and cultures (Chapter 11, pp. 245-273). *Emerald Group Publishing Limited*. ISBN : 978-1-84855-654-6.

- Mishra, S. K., & Kumar, K. K. (2016). Minimizing the cost of emotional dissonance at work : a multi-sample analysis. *Management Decision*, 54(4), 778-795.
- Molines, M. (2014). Une étude multiniveaux sur le leadership transformationnel dans la police française : le rôle de l'engagement au travail. Doctoral dissertation, Université Toulouse 1 Capitole. Disponible sur : <http://www.theses.fr/2014TOU10038>
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of management review*, 21(4), 986-1010.
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1997). Managing emotions in the workplace. *Journal of managerial issues*, 257-274.
- Munir, F., Nielsen, K., Garde, A. H., Albertsen, K., & Carneiro, I. G. (2012). Mediating the effects of work–life conflict between transformational leadership and health-care workers' job satisfaction and psychological wellbeing. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 512-521.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2012). Statistical Analysis with Latent Variables: Mplus User's Guide, Mplus 7th ed., Los Angeles, CA.
- Paillé, P. (2008). Les comportements de citoyenneté organisationnelle : une étude empirique sur les relations avec l'engagement affectif, la satisfaction au travail et l'implication au travail. *Le travail humain*, 71(1), 22-42.
- Pandey, J., & Singh, M. (2015). Asakti-Anasakti as Mediator of Emotional Labor Strategies & Burnout: A Study on ASHA Workers. *Indian Journal of Industrial Relations*, 51(1).
- Peters, C. (2007). Longitudinal Relationships between Emotional Dissonance, Job Satisfaction, and Turnover : Moderated by Work Engagement and Lack of Reciprocity ? University of Konstanz. <http://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/11385>
- Phaneuf, M. (2016). Prendre soin d'un patient musulman. *Prendre soin*. 1-17. Disponible sur : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/11/Prendre-soin-d-un-patient-musulman-dec.2016.pdf>
- Philipp, A., & Schüpbach, H. (2010). Longitudinal effects of emotional labour on emotional exhaustion and dedication of teachers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(4), 494.
- Picard, K., Cossette, M., & Morin, D. (2016). Service with a smile: a source of emotional exhaustion or performance incentive in call-centre employees. *Canadian Journal of Administrative Sciences*. published online in wiley online library (wileyonlinelibrary.com), DOI: 10.1002/CJAS.1413.
- Pisaniello, S. L., Winefield, H. R., & Delfabbro, P. H. (2012). The influence of emotional labour and emotional work on the occupational health and wellbeing of South Australian hospital nurses. *Journal of Vocational behavior*, 80(3), 579-591.

- Richebé, N., El Akremi, A., & Nasr, M. I. (2011). Rôle de la justice organisationnelle dans la socialisation des nouvelles recrues : test d'un modèle interactionniste en médiation modérée. *XXIIème Congrès de l'Association francophone de Gestion des Ressources Humaines (AGRH)*, Marrakech, Maroc. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00740382>
- Rubin, R. S., Tardino, V. M. S., Daus, C. S., & Munz, D. C. (2005). A reconceptualization of the emotional labor construct: On the development of an integrated theory of perceived emotional dissonance and emotional labor. In *Annual Conference of the Society for Industrial and Organizational Psychology, 17th, Toronto, ON, Canada; A version of this chapter was presented at the aforementioned conference*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Rupp, D. E., Silke McCance, A., Spencer, S., & Sonntag, K. (2008). Customer (in) justice and emotional labor: The role of perspective taking, anger, and emotional regulation. *Journal of Management*, 34(5), 903-924.
- Schaible, L. M., & Gecas, V. (2010). The impact of emotional labor and value dissonance on burnout among police officers. *Police Quarterly*, 13(3), 316-341.
- Schaible, L. M., & Six, M. (2016). Emotional strategies of police and their varying consequences for burnout. *Police Quarterly*, 19(1), 3-31.
- Schaufeli, W. B. (2017). Applying the Job Demands-Resources model. *Organizational Dynamics*, 2(46), 120-132.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2003). Utrecht work engagement scale: Preliminary manual. *Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University, Utrecht*, 26.
- Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2014). A critical review of the Job Demands-Resources Model : Implications for improving work and health. In *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 43-68). Springer Netherlands.
- Schaufeli, W. B., & Van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of organizational behavior*, 14(7), 631-647.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout : A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness studies*, 3(1), 71-92.
- Schmidt, K. H., & Diestel, S. (2014). Are emotional labour strategies by nurses associated with psychological costs? A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 51(11), 1450-1461.
- Seery, B. L., & Corrigan, E. A. (2009). Emotional labor : Links to work attitudes and emotional exhaustion. *Journal of Managerial Psychology*, 24(8), 797-813.

- Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. *Handbook of positive psychology*, 2(2002), 3-12.
- Serey, T. T. (2006, April). Choosing a robust quality of work life. In *Business forum* (Vol. 27, No. 2, p. 7). California State University, Los Angeles, School of Business and Economics.
- Shin, H., Park, Y. M., Ying, J. Y., Kim, B., Noh, H., & Lee, S. M. (2014). Relationships between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(1), 44.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13(2), 176.
- Simpson, M. R. (2009). Engagement at work: A review of the literature. *International journal of nursing studies*, 46(7), 1012-1024.
- Sliter, M., Jex, S., Wolford, K., & McInnerney, J. (2010). How rude! Emotional labor as a mediator between customer incivility and employee outcomes. *Journal of occupational health psychology*, 15(4), 468.
- Soares, A. (2003). Les émotions dans le travail. *Travailler*, (1), 9-18.
- Song, G., & Liu, H. (2010). Customer-related social stressors and emotional exhaustion: The mediating role of surface and deep acting. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 38(10), 1359-1366.
- Springer, A., & Oleksa, K. (2017). The relationship between employees' competences and the consequences and manner of exercising emotional labour (EL). *Contemporary Economics*, 11(1), 17.
- Tavani, J. L., Monaco, G. L., Hoffmann-Hervé, L., Botella, M., & Collange, J. (2014). La qualité de vie au travail : objectif à poursuivre ou concept à évaluer?. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 75, 160-170.
- Thisera, T. J. R., & Silva, D. P. A. K. H. (2016). The impact of emotional labour on emotional exhaustion of female nurses in Sri Lanka. In *International Multi-Conferences* (pp. 74-80).
- Totterdell, P., & Holman, D. (2003). Emotion regulation in customer service roles : Testing a model of emotional labor. *Journal of occupational health psychology*, 8(1), 55.
- Treweek, G. L. (1996). Emotion work, order, and emotional power in care assistant work. In V. James & J. Gabe (Eds.), *Sociology of health and illness monograph series. Health and the sociology of emotions* (pp. 115-132). Malden, Blackwell Publishing.
- Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2011). Resilience in the face of stress: emotion regulation as a protective factor. *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*, 1(2), 30-44.

- Truc, H., Alderson, M., & Thompson, M. (2009). Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 34-49.
- Truchot, D. (2010). Le modèle de Karasek et l'épuisement professionnel : pour une approche contextualisée. *Cognition, santé et vie quotidienne*, 3.
- Truchot, D., Lheureux, F., Borteyrou, X., & Rasclé, N. (2012). Validation Française du Maslach-Burnout-Inventory–HSS. In *9e Colloque international de psychologie sociale en langue française*.
- Tsouloupas, C. N., Carson, R. L., Matthews, R., Grawitch, M. J., & Barber, L. K. (2010). Exploring the association between teachers' perceived student misbehaviour and emotional exhaustion: The importance of teacher efficacy beliefs and emotion regulation. *Educational Psychology*, 30(2), 173-189.
- Tsukamoto, E., Abe, T., & Ono, M. (2015). Inverse roles of emotional labour on health and job satisfaction among long-term care workers in Japan. *Psychology, health & medicine*, 20(7), 814-823.
- Van de Weerd, C. (2011, May). Introduction sur la prise en compte des émotions et des affects dans les relations de service. In *Troisième Congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques (TMS). Échanges et pratiques sur la prévention/Organisé par l'Anact et Pacte*.
- Van den Broeck, A., Van Ruysseveldt, J., Vanbelle, E., & De Witte, H. (2013). The job demands–resources model: Overview and suggestions for future research. In *Advances in positive organizational psychology* (pp. 83-105). Emerald Group Publishing Limited.
- Van Dijk, P. A., & Brown, A. K. (2006). Emotional labour and negative job outcomes : An evaluation of the mediating role of emotional dissonance. *Journal of Management & Organization*, 12(2), 101-115.
- Van Gelderen, B. R. (2013). At the Heart of Policing: Emotional labor among police officers. Doctoral dissertation, Erasmus University of Rotterdam. Available on: [file:///C:/Users/user/Downloads/40298%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/40298%20(5).pdf)
- Van Gelderen, B. R., Bakker, A. B., Konijn, E. A., & Demerouti, E. (2011). Daily suppression of discrete emotions during the work of police service workers and criminal investigation officers. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(5), 515-537.
- Van Hoorebeke, D. (2003). Le management des émotions au travail : une reconsidération des pratiques organisationnelles. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 49, 3ème trimestre.

- Virgă, D., & Bota, I. (2014). The moderating role of cognitive reappraisal in the relationship between job resources and well-being. *Romanian Journal of Applied Psychology*, 16(2), 55-61.
- Wallace, S. L., Lee, J., & Lee, S. M. (2010). Job stress, coping strategies, and burnout among abuse-specific counselors. *Journal of Employment Counseling*, 47(3), 111-122.
- Wang, W., Yin, H., & Huang, S. (2016). The missing links between emotional job demand and exhaustion and satisfaction: Testing a moderated mediation model. *Journal of Management & Organization*, 22(1), 80-95.
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological bulletin*, 138(4), 775.
- Welbourne, J. L., Eggerth, D., Hartley, T. A., Andrew, M. E., & Sanchez, F. (2007). Coping strategies in the workplace: Relationships with attributional style and job satisfaction. *Journal of vocational behavior*, 70(2), 312-325.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual review of psychology*, 51(1), 59-91.
- Wharton, A. S. (1993). The affective consequences of service work : Managing emotions on the job. *Work and occupations*, 20(2), 205-232.
- Whiting, A., Donthu, N., & Baker, A. M. (2011). Investigating the immediate and long-term effects of job stressors on frontline service employees. *International Journal of Research in Marketing*, 28(4), 319-331.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., & Fischbach, A. (2013). Work engagement among employees facing emotional demands: The role of personal resources. *Journal of Personnel Psychology*, 12(2), 74.
- Yin, H., Huang, S., & Wang, W. (2016). Work environment characteristics and teacher well-being: The mediation of emotion regulation strategies. *International journal of environmental research and public health*, 13(9), 907.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being : A review of the literature and some conceptual considerations. *Human resource management review*, 12(2), 237-268.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 16(5), 527-545.
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H., & Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *European Journal of work and organizational psychology*, 8(3), 371-400.

Zecca, G., Györkös, C., Becker, J., Massoudi, K., de Bruin, G. P., & Rossier, J. (2015). Validation of the French Utrecht Work Engagement Scale and its relationship with personality traits and impulsivity. *European Review of Applied Psychology*, 65(1), 19-28.

Références de l'article 3

- Abraham, R. (1999). The impact of emotional dissonance on organizational commitment and intention to turnover. *The journal of Psychology*, 133(4), 441-455.
- Abraham, R. (2000). The role of job control as a moderator of emotional dissonance and emotional intelligence–outcome relationships. *The Journal of Psychology*, 134(2), 169-184.
- Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of advanced nursing*, 32(3), 536-543.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses : A systematic review of 25 years of research. *International journal of nursing studies*, 52(2), 649-661.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., ... & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs*, 20(3), 43-53.
- AI-Serkal, A. (2006). Stress, Emotional Labour and Cabin Crew: Does Emotional Labour Influence the Well-Being and Retention of Cabin Crew? . Doctoral dissertation, University of Leeds. Available on: <http://etheses.whiterose.ac.uk/763/>
- Andela, M., & Truchot, D. (2016). Dissonance émotionnelle, exigences et ressources, leur impact sur le Burnout des soignants. In V. Majer, P. Salengros, A. Di Fabio, & C. Lemoine (Eds.). *Facteurs de la santé au travail : du bien être au mal être*. (pp. 19-28). Paris : L'Harmattan.
- Andela, M., & Truchot, D. (2017). Emotional dissonance and Burnout : The moderating role of team reflexivity and re-evaluation. *Stress and Health*, 33(3), 179-189.
- Andela, M., Truchot, D., & Borteyrou, X. (2015). Emotional labour and burnout : Some methodological considerations and refinements. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 47(4), 321.
- Armstrong-Stassen, M., & Schlosser, F. (2010). When hospitals provide HR practices tailored to older nurses, will older nurses stay? It may depend on their supervisor. *Human Resource Management Journal*, 20(4), 375-390.
- Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles : The influence of identity. *Academy of management review*, 18(1), 88-115.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of occupational health psychology*, 10(2), 170.

- Barbour, J. P. (2014). *Multilevel Effects of the Psychosocial Work Environment in Occupational Stress: Evidence from Cross-Sectional, Longitudinal, and Quasi-Experimental Studies* (Doctoral dissertation, Griffith University).
- Battistelli, A., Galletta, M., Vandenberghe, C., & Odoardi, C. (2016). Perceived organisational support, organisational commitment and self-competence among nurses: a study in two Italian hospitals. *Journal of nursing management*, 24(1).
- Binnewies, C., Sonnentag, S., & Mojza, E. J. (2009). Feeling recovered and thinking about the good sides of one's work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(3), 243.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York : John Wiley.
- Bougherbal, R. (2010). Aperçu sur l'organisation du système santé en Algérie : état des lieux 2009. *Journée parlementaire sur la santé, conseil de la nation*, pp : 07-17. Disponible sur : http://www.majliselouma.dz/pdf/jp_sur_la_sante2.pdf
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Malenfant, R., & Vézina, M. (2005). Health care restructuring, work environment, and health of nurses. *American journal of industrial medicine*, 47(1), 54-64.
- Bradley, J. R., & Cartwright, S. (2002). Social support, job stress, health, and job satisfaction among nurses in the United Kingdom. *International Journal of Stress Management*, 9(3), 163-182.
- Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout : Comparing two perspectives of "people work". *Journal of vocational behavior*, 60(1), 17-39.
- Brotheridge, C., & Lee, R. (1998). On the dimensionality of emotional labour: Development and validation of an emotional labour scale Paper presented at the First Conference on Emotions in Organizational Life. *San Diego, CA*.
- Brunetto, Y., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S., & Dienger, J. (2013). The importance of supervisor–nurse relationships, teamwork, wellbeing, affective commitment and retention of North American nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(6), 827-837.
- Çakmak-Otluoğlu, K. Ö. (2012). Protean and boundaryless career attitudes and organizational commitment: The effects of perceived supervisor support. *Journal of Vocational Behavior*, 80(3), 638-646.
- Cammann, C., Fichman, M., Jenkins, G. D., Jr., & Klesh, J. R. (1983). Assessing the attitudes and perceptions of organizational members. In S. E. Seashore, E. E. Lawler, III, P. H. Mirvis, & C. Cammann (Eds.), *Assessing organizational change : A guide to methods, measures, and practices* (pp. 71-138). New York : John Wiley.

- Cascino, N., Mélan, C., & Galy, É. (2016). Étude des perceptions de l'environnement de travail au cours du poste chez des travailleurs postés : intérêt d'une évaluation subjective et temporellement située de la charge de travail. *Le travail humain*, 79(2), 97-124.
- Castanheira, F., & Chambel, M. J. (2010). Burnout in salespeople: A three-wave study to examine job characteristics' predictions and consequences for performance. *Economic and Industrial Democracy*, 31(4), 409-429.
- Cheung, F. Y. L., & Tang, C. S. K. (2007). The influence of emotional dissonance and resources at work on job burnout among Chinese human service employees. *International Journal of Stress Management*, 14(1), 72.
- Cheung, F., & Tang, C. (2010). The influence of emotional dissonance on subjective health and job satisfaction: Testing the stress-strain-outcome model. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(12), 3192-3217.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cote, S., & Morgan, L. M. (2002). A longitudinal analysis of the association between emotion regulation, job satisfaction, and intentions to quit. *Journal of organizational Behavior*, 23(8), 947-962.
- Crego, A., Martínez-Iñigo, D., & Tschan, F. (2013). Moderating effects of attributions on the relationship between emotional dissonance and surface acting: a transactional approach to health care professionals' emotion work. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(3), 570-581.
- Cropanzano, R., & Mitchell, M. S. (2005). Social exchange theory: An interdisciplinary review. *Journal of management*, 31(6), 874-900.
- Dal Santo, L., Pohl, S., & Battistelli, A. (2013). Emotional dissonance and job satisfaction : the moderating role of organisational commitment and task significance. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 4(13), 691.
- Dal Santo, L., Pohl, S., & Battistelli, A. (2016). The nurse-patient emotional interaction in quality of worklife: The role of empathy and emotional dissonance. *Scholars' Press*. (p222), ISBN : 978-3-659-84081-4.
- De Lange, A. H., De Witte, H., & Notelaers, G. (2008). Should I stay or should I go? Examining longitudinal relations among job resources and work engagement for stayers versus movers. *Work & Stress*, 22(3), 201-223.
- Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International journal of nursing studies*, 70, 71-88.

- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86(3), 499.
- Diefendorff, J. M., Croyle, M. H., & Gosserand, R. H. (2005). The dimensionality and antecedents of emotional labor strategies. *Journal of Vocational Behavior*, 66(2), 339-357.
- Doorn, Y., Ruysseveldt, J., Dam, K., Mistiaen, W., & Nikolova, I. (2016). Understanding well-being and learning of Nigerian nurses: a job demand control support model approach. *Journal of nursing management*, 24(7), 915-922.
- Dormann, C., & Zapf, D. (2004). Customer-related social stressors and burnout. *Journal of occupational health psychology*, 9(1), 61.
- Dormann, C., & Zijlstra, F. (Eds.). (2004). Call centre work: smile by wire. *Psychology Press*.
- Dubois, C. A., Bentein, K., Mansour, J. B., Gilbert, F., & Bédard, J. L. (2013). Why some employees adopt or resist reorganization of work practices in health care: associations between perceived loss of resources, burnout, and attitudes to change. *International journal of environmental research and public health*, 11(1), 187-201.
- Eisenberger, R., Stinglhamber, F., Vandenberghe, C., Sucharski, I. L., & Rhoades, L. (2002). Perceived supervisor support: Contributions to perceived organizational support and employee retention. *Journal of applied psychology*, 87(3), 565.
- El Akremi, A., Nasr, M. I., & Richebé, N. (2014). Les antécédents relationnels, organisationnels et individuels de la socialisation des nouvelles recrues. *Management*, 17(5), 317-345.
- Elfering, A., Semmer, N. K., Schade, V., Grund, S., & Boos, N. (2002). Supportive colleague, unsupportive supervisor: The role of provider-specific constellations of social support at work in the development of low back pain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(2), 130.
- Feuerhahn, N., Bellingrath, S., & Kudielka, B. M. (2013). The interplay of matching and non-matching job demands and resources on emotional exhaustion among teachers. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5(2), 171-192.
- Gabel-Shemueli, R., Dolan, S., & Suárez Ceretti, A. (2017). Work conditions and engagement among nurses in Uruguay. *Academia Revista Latinoamericana de Administración*, 30(1), 59-71.
- Gelsema, T. I., Van Der Doef, M., Maes, S., Janssen, M., Akerboom, S., & Verhoeven, C. (2006). A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. *Journal of nursing management*, 14(4), 289-299.
- Gouldner, A. W. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American sociological review*, 161-178.

- Grebner, S., Semmer, N., Faso, L. L., Gut, S., Kälin, W., & Elfering, A. (2003). Working conditions, well-being, and job-related attitudes among call centre agents. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 12*(4), 341-365.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology, 46*(12), 1417-1432.
- Hachelafi, H., Bouameur, S., Chergue, A., & Fyad, A. (2011). Psychodynamique adaptée à la santé mentale au travail : conflit en milieu hospitalier. *L'information psychiatrique, 87*(2), 119-125.
- Hertel, G., Rauschenbach, C., Thielgen, M. M., & Krumm, S. (2015). Are older workers more active copers? Longitudinal effects of age-contingent coping on strain at work. *Journal of Organizational Behavior, 36*(4), 514-537.
- Hesbeen, W. (2007). Ambiance professionnelle, implication personnelle et qualité du service. *Perspective soignante, (30)*, 39-51.
- Heuven, E., & Bakker, A. (2003). Emotional dissonance and burnout among cabin attendants. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 12*(1), 81-100.
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of general psychology, 6*(4), 307.
- Hochschild, A. R. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. *Travailler, (1)*, 19-49.
- Holman, D., Chissick, C., & Totterdell, P. (2002). The effects of performance monitoring on emotional labor and well-being in call centers. *Motivation and Emotion, 26*(1), 57-81.
- Hülsheger, U. R., & Schewe, A. F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: A meta-analysis of three decades of research. *Journal of occupational health psychology, 16*(3), 361.
- Huyghebaert, T. (2015). Déterminants organisationnels de la santé psychologique, d'attitudes et de comportements critiques des professionnels du secteur sanitaire, social, et médico-social : les besoins psychologiques comme mécanismes explicatifs. Dissertation Doctorale, université de Tours. Disponible sur : <http://www.theses.fr/2015TOUR2008>
- Huyghebaert, T., Gillet, N., Lahiani, F. J., & Fouquereau, E. (2016). Curvilinear effects of job characteristics on ill-being in the nursing profession: a cross-sectional study. *Journal of advanced nursing, 72*(5), 1109-1121.
- Huynh, T., Alderson, M., & Thompson, M. (2008). Emotional labour underlying caring: an evolutionary concept analysis. *Journal of advanced nursing, 64*(2), 195-208.

- Jin, M., McDonald, B., & Park, J. (2016). Followership and job satisfaction in the public sector: The moderating role of perceived supervisor support and performance-oriented culture. *International Journal of Public Sector Management*, 29(3), 218-237.
- Joiris, A. (2009). De la vocation à la reconnaissance, les infirmières hospitalières en Belgique : Genèse, émergence et construction d'une identité professionnelle. Socrate Editions Promarex. Belgique, 248 pages.
- Jourdain, G., & Chênevert, D. (2010). Job demands–resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 47(6), 709-722.
- Karatepe, O. M. (2011). Do job resources moderate the effect of emotional dissonance on burnout? A study in the city of Ankara, Turkey. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 23(1), 44-65.
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). The social psychology of organizations (Vol. 2, p. 528). New York : Wiley.
- Kaur, S., & Luxmi, M. (2014). Does Emotional Labour Influence Burnout ? *International Journal of Management & Information Technology*, 6(2), 784-793.
- Kenworthy, J., Fay, C., Frame, M., & Petree, R. (2014). A meta-analytic review of the relationship between emotional dissonance and emotional exhaustion. *Journal of Applied Social Psychology*, 44(2), 94-105.
- Kinman, G., & Grant, L. (2016). Enhancing empathy in the helping professions. *Psychology and Neurobiology of Empathy; Watt, D., Panksepp, J., Eds*, 297-320.
- Kinman, G., & Leggetter, S. (2016). Emotional labour and wellbeing : what protects nurses?. In *Healthcare* (Vol. 4, No. 4, p. 89). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- Kinman, G., Wray, S., & Strange, C. (2011). Emotional labour, burnout and job satisfaction in UK teachers : the role of workplace social support. *Educational Psychology*, 31(7), 843-856.
- Kruml, S. M., & Geddes, D. (2000). Exploring the dimensions of emotional labor : the heart of Hochschild's work. *Management communication quarterly*, 14(1), 8-49.
- Kubicek, B., & Korunka, C. (2015). Does job complexity mitigate the negative effect of emotion-rule dissonance on employee burnout?. *Work & Stress*, 29(4), 379-400.
- Kwon, M., & Kim, Y. (2015). The Effects of Emotional Labor and Emotional Intelligence on Burnout among Psychological Nurses. *Advanced Science and Technology Letters*, 120, 88-92.
- Lewig, K. A., & Dollard, M. F. (2003). Emotional dissonance, emotional exhaustion and job satisfaction in call centre workers. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 12(4), 366-392.

- Lilius, J. M. (2012). Recovery at work: Understanding the restorative side of “depleting” client interactions. *Academy of Management Review*, 37(4), 569-588.
- Loriol, M. (2013). Travail émotionnel et soins infirmiers. *Santé mentale*, (177), 60-63.
- Machado, T., Desrumaux, P., & Dose, E. (2015). L’addiction au travail : quels effets de la charge de travail, de la dissonance émotionnelle et du surinvestissement?. *Pratiques psychologiques*, 21(2), 105-120.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach burnout inventory manual. Palo Alto. (3rd ed.). Mountain View, CA CPP, Inc.
- 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), 171.
- Mauno, S., Ruokolainen, M., Kinnunen, U., & De Bloom, J. (2016). Emotional labour and work engagement among nurses: examining perceived compassion, leadership and work ethic as stress buffers. *Journal of advanced nursing*, 72(5), 1169-1181.
- McCreight, B. S. (2005). Perinatal grief and emotional labour : a study of nurses’ experiences in gynae wards. *International journal of nursing studies*, 42(4), 439-448.
- McVicar, A. (2016). Scoping the common antecedents of job stress and job satisfaction for nurses (2000–2013) using the job demands–resources model of stress. *Journal of nursing management*, 24(2).
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1997). Commitment in the workplace: Theory, research, and application. Sage.
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization : a meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of vocational behavior*, 61(1), 20-52.
- Mishra, S. K., & Kumar, K. K. (2016). Minimizing the cost of emotional dissonance at work : a multi-sample analysis. *Management Decision*, 54(4), 778-795.
- Molines, M. (2014). Une étude multiniveaux sur le leadership transformationnel dans la police française : le rôle de l'engagement au travail. Doctoral dissertation, Université Toulouse 1 Capitole. Disponible sur : <http://www.theses.fr/2014TOU10038>
- Montgomery, A., Spânu, F., Băban, A., & Panagopoulou, E. (2015). Job demands, burnout, and engagement among nurses : a multi-level analysis of ORCAB data investigating the moderating effect of teamwork. *Burnout research*, 2(2-3), 71-79.
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of management review*, 21(4), 986-1010.
- Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1997). Managing emotions in the workplace. *Journal of managerial issues*, 257-274.

- Morrow, P. C. (2011). Managing organizational commitment: Insights from longitudinal research. *Journal of Vocational Behavior*, 79(1), 18-35.
- Murphy, R. J. (2005). The challenges of emotional labor and emotional dissonance for the hospital phlebotomy team. *Clinical leadership & management review: the journal of CLMA*, 19(3), E3-E3.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2012). *Statistical Analysis with Latent Variables: Mplus User's Guide*, Mplus 7th ed., Los Angeles, CA.
- Naseer, S., & Raja, U. (2016). POS & Emotional Dissonance as resource depletion mechanisms in Workplace Bullying and Job Strains. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 2016, No. 1, p. 13833). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.
- Orgambídez-Ramos, A., & de Almeida, H. (2017). Work engagement, social support, and job satisfaction in Portuguese nursing staff: A winning combination. *Applied Nursing Research*, 36, 37-41.
- Ortiz-Bonnín, S., García-Buades, M. E., Caballer, A., & Zapf, D. (2016). Supportive Climate and Its Protective Role in the Emotion Rule Dissonance–Emotional Exhaustion Relationship. *Journal of Personnel Psychology*.
- Ozca, A., Urien, B., Gonzalez-Camino, G., Dolores Martínez-Pérez, M., & Martinez-Perez, N. (2005). Organisational support and group efficacy: A longitudinal study of main and buffer effects. *Journal of Managerial Psychology*, 20(3/4), 292-311.
- Paillé, P. (2008). Les comportements de citoyenneté organisationnelle : une étude empirique sur les relations avec l'engagement affectif, la satisfaction au travail et l'implication au travail. *Le travail humain*, 71(1), 22-42
- Peters, C. (2007). Longitudinal Relationships between Emotional Dissonance, Job Satisfaction, and Turnover : Moderated by Work Engagement and Lack of Reciprocity ? University of Konstanz. <http://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/11385>
- Pohl, S. (2002). Analyse des relations entre climat organisationnel et engagement affectif organisationnel: le rôle médiateur de la satisfaction professionnelle. *Psychologie du travail et des organisations*, 8(3), 97-113.
- Pohl, S., & Galletta, M. (2017). The role of supervisor emotional support on individual job satisfaction : a multilevel analysis. *Applied Nursing Research*, 33, 61-66.
- Pohl, S., Dal Santo, L., & Battistelli, A. (2015). Empathy and emotional dissonance : Impact on organizational citizenship behaviors. *European review of applied psychology*, 65(6), 295-300.

- Portoghese, I., Galletta, M., Battistelli, A., & Leiter, M. P. (2015). A multilevel investigation on nursing turnover intention : the cross-level role of leader–member exchange. *Journal of nursing management*, 23(6), 754-764.
- Poulsen, M. G., Khan, A., Poulsen, E. E., Khan, S. R., & Poulsen, A. A. (2016). Work engagement in cancer care: The power of co-worker and supervisor support. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 134-138.
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current opinion in psychiatry*, 21(2), 201.
- Reed, S. (2004). Nourishing the soul. *Nursing2017*, 34(4), 48-49.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: a review of the literature. *Journal of applied psychology*, 87(4), 698.
- Rodwell, J., & Munro, L. (2013). Relational regulation theory and the role of social support and organisational fairness for nurses in a general acute context. *Journal of clinical nursing*, 22(21-22), 3160-3169.
- Rousseau, V., & Aubé, C. (2010). Social support at work and affective commitment to the organization: The moderating effect of job resource adequacy and ambient conditions. *The Journal of Social Psychology*, 150(4), 321-340.
- Roxana, A. C. (2013). Social support as a mediator between emotion work and job satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 601-606.
- 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. dissertation doctorale, Université Rennes 1. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00523398/>
- Santos, A. M. E. D. (2013). Study of the relationships between relational job characteristics, emotion work and affective organizational commitment in a sample of portuguese hospital nurses. Doctoral dissertation, university of Lisbon. Available on: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/9502?locale=en>
- Sawang, S., Brough, P., & Barbour, J. (2009). Curvilinear relationships between the job demands-resources (JD-R) model, and work engagement : a police service case study.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2003). Utrecht work engagement scale: Preliminary manual. *Occupational Health Psychology Unit*, Utrecht University, Utrecht, 26.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout : A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness studies*, 3(1), 71-92.

- Scheibe, S., Stamov-Roßnagel, C., & Zacher, H. (2015). Links between emotional job demands and occupational well-being: Age differences depend on type of demand. *Work, Aging and Retirement, 1*(3), 254-265.
- Sears, L. (2010). Predictors and outcomes of occupational commitment profiles among nurses. Doctoral dissertation, Clemson University. Available on: https://tigerprints.clemson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1665&context=all_dissertations
- Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W. W., Carson, A., & Kazanjian, A. (2013). Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: A survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine, 27*(2), 172-178.
- Smith, P., & Allan, T. H. (2010). "We should be able to bear our patients in our teaching in some way": theoretical perspectives on how nurse teachers manage their emotions to negotiate the split between education and caring practice. *Nurse Education Today, 30*(3), 218-223.
- Stinglhamber, F., & Vandenberghe, C. (2003). Organizations and supervisors as sources of support and targets of commitment: A longitudinal study. *Journal of Organizational Behavior, 24*(3), 251-270.
- Stinglhamber, F., Bentein, K., & Vandenberghe, C. (2002). Extension of the Three-Component Model of Commitment to Five Foci: Development of measures and substantive test. *European journal of psychological assessment, 18*(2), 123.
- Taris, T. W., & Schaufeli, W. (2015). Individual well-being and performance at work: A conceptual and theoretical overview.
- Truchot, D., Lheureux, F., Borteyrou, X., & Rascle, N. (2012). Validation Française du Maslach-Burnout-Inventary–HSS. In *9e Colloque international de psychologie sociale en langue française*.
- Van der Doef, M., Mbazzi, F. B., & Verhoeven, C. (2012). Job conditions, job satisfaction, somatic complaints and burnout among East African nurses. *Journal of Clinical Nursing, 21*(11-12), 1763-1775.
- Van Der Ploeg, E., & Kleber, R. J. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occupational and environmental medicine, 60*(suppl 1), i40-i46.
- Van Dierendonck, D., Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1998). The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology, 83*(3), 392.

- Van Gelderen, B. R. (2013). At the Heart of Policing: Emotional labor among police officers. Doctoral dissertation, Erasmus University of Rotterdam. Available on: [file:///C:/Users/user/Downloads/40298%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/40298%20(5).pdf)
- Vandenbergh, C., & Marchand, C. (2015). Le rôle modérateur des besoins socio-émotionnels dans la relation entre le soutien perçu et l'engagement organisationnel. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 21(1), 41-59.
- Vera, M., Martínez, I. M., Lorente, L., & Chambel, M. J. (2016). The role of co-worker and supervisor support in the relationship between job autonomy and work engagement among Portuguese nurses: A multilevel study. *Social Indicators Research*, 126(3), 1143-1156.
- Verhoeven, F. (2014). From buffering to boosting. The moderating role of supervisory support and self-efficacy in the relation between a strengths intervention and work engagement. Master dissertation, Tilburg University. Available on: <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=135332>
- Weigl, M., Stab, N., Herms, I., Angerer, P., Hacker, W., & Glaser, J. (2016). The associations of supervisor support and work overload with burnout and depression: a cross-sectional study in two nursing settings. *Journal of advanced nursing*, 72(8), 1774-1788.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., & Fischbach, A. (2013). Work engagement among employees facing emotional demands: The role of personal resources. *Journal of Personnel Psychology*, 12(2), 74.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International journal of stress management*, 14(2), 121.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2009). Reciprocal relationships between job resources, personal resources, and work engagement. *Journal of Vocational behavior*, 74(3), 235-244.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being : A review of the literature and some conceptual considerations. *Human resource management review*, 12(2), 237-268.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 16(5), 527-545.
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H., & Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *European Journal of work and organizational psychology*, 8(3), 371-400.
- Zecca, G., Györkös, C., Becker, J., Massoudi, K., de Bruin, G. P., & Rossier, J. (2015). Validation of the French Utrecht Work Engagement Scale and its relationship with

personality traits and impulsivity. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 65(1), 19-28.

Zito, M., Cortese, C. G., & Colombo, L. (2016). Nurses' exhaustion: the role of flow at work between job demands and job resources. *Journal of nursing management*, 24(1).

Annexe 1: Avis d'éthique

ULB

UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES, UNIVERSITÉ D'EUROPE

COMITE D'ETHIQUE DE LA FACULTE DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES ET DE L'EDUCATION

Président : P. Peigneux

Secrétaire : O. Klein

Membres : A Bazan, B Dan, E Caspar, C Colin, C Closon, Fr De Gheest, N Gallus, C Leys, P Melotte, I Merckaert, S Pohl

Adresse de contact :

Prof P. Peigneux, CP191, Avenue F. D. Roosevelt 50, B-1050 Bruxelles (Belgique)

Tel +32 (2) 650 26 39 (secrétariat 4581)

Fax +32 (2) 650 22 09

Email : Philippe.Peigneux@ulb.ac.be

Bruxelles, le 23 mars 2016

Demande d'Avis Ethique 007/2016 : «Soutien émotionnel au travail : conceptualisation et influence sur l'épuisement professionnel, la dissonance émotionnelle et l'engagement organisationnel »

Demandeur : DJEDIAT ABDELHAMID

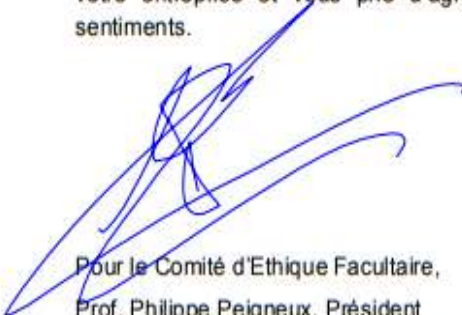
Promoteur : POHL, Sabine

Monsieur,

Le Comité d'Ethique Facultaire a examiné votre demande sous référence dans le cadre de votre projet de recherche académique et émet un avis favorable à votre projet de recherche.

Attention que cet avis éthique ne peut se substituer à l'avis du comité éthique d'une institution qui possède son propre organe de consultation en cette matière. Ainsi, si le recrutement vise comme annoncé une population infirmière en milieu hospitalier, et que la diffusion de l'information se fait via ce milieu, l'avis du comité d'éthique local devra sans doute être obtenu au préalable. L'avis présent ne permet pas de déroger à cette obligation.

Au nom du Comité d'Ethique Facultaire, je vous souhaite tout le succès possible dans votre entreprise et vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes meilleurs sentiments.



Pour le Comité d'Ethique Facultaire,
Prof. Philippe Peigneux, Président

Annexe 2: Questionnaire



Bonjour,

L'objectif de mon travail de recherche doctoral est d'étudier l'impact des tensions psychologiques (conflit travail/famille-famille/travail), des caractéristiques du travail (contraintes physiques, complexité du travail...) et des tensions émotionnelles sur l'épuisement professionnel, l'engagement organisationnel, la satisfaction au travail, et les comportements de citoyenneté organisationnelle. Le rôle du soutien émotionnel au travail sera également analysé.

Cette recherche menée conjointement par l'Université de Bordeaux et l'Université Libre de Bruxelles s'intéresse à la relation infirmier-patient, et à l'impact de cette relation sur le bien-être des infirmiers. Pour cela, il est nécessaire de récolter des informations afin de l'améliorer. Aussi, pour que cette recherche soit valide, il nous est indispensable d'avoir un nombre de participants suffisamment important et représentatif des infirmier(e)s. C'est dans ce contexte que nous nous permettons de solliciter votre collaboration.

Le temps de passation est de courte durée, comptez 15 minutes. Il s'agit d'un questionnaire fermé qui vous demande, de donner votre avis sur les propositions énoncées. A la fin du questionnaire, une fiche signalétique est proposée, ces renseignements nous permettront de définir la population tout en préservant l'anonymat de chacun. Il n'y a ni de bonne ni de mauvaise réponse, l'important est de répondre le plus honnêtement possible. Dans ce questionnaire, le masculin est utilisé comme représentant des deux sexes, sans discrimination, et uniquement pour alléger le texte.

Cette recherche se déroulera dans trois centres hospitaliers et sera destiné au personnel infirmier ; le Centre Hospitalier Universitaire Mohamed-Lamine DEBAGHINE de Bab El Oued et le Centre Hospitalier Universitaire Isaad Hassani de Beni Messous (Algérie) et le Centre Hospitalier Universitaire Brugmann, (Belgique).

Je vous remercie de bien vouloir me consacrer de votre temps et de contribuer ainsi à la réalisation de cette recherche.

Si vous souhaitez obtenir des informations supplémentaires, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante A. Djediat, doctorant : adjediat@ulb.ac.be

Responsables de la recherche :

Pr. Sabine POHL Université Libre de Bruxelles - spohl@ulb.ac.be

Pr. Adalgisa BATTISTELLI Université de Bordeaux - adalgisa.battistelli@u-bordeaux.fr

Les questions suivantes concernent vos attitudes par rapport à votre équipe de travail (reférez-vous à l'équipe permanente avec laquelle vous travaillez tous les jours). Lisez les affirmations suivantes et indiquez dans quelle mesure elles correspondent à votre relation.
الأسئلة التالية تتعلق بمواقفكم تجاه فريق العمل الخاص بك (الفريق الذي تعمل مع كل يوم). اقرأ العبارات التالية وحدد مدى انطباقها على علاقتك.

		pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni en accord ni	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1	J'éprouve vraiment un sentiment d'appartenance à mon équipe de travail أشعر حقاً بالانتماء إلى مجموعة عملي					
2	J'ai le sentiment de « faire partie de la famille » dans mon équipe de travail لدي إحساس ب "الانتمائي إلى العائلة" في مجموعة عملي					
3	Je suis fier d'appartenir à cette équipe de travail أنا فخور بلانتمائي إلى مجموعة عملي					
4	Cette équipe de travail représente beaucoup pour moi يمثل فريق عملي الكثير بالنسبة لي					
5	Je ressens vraiment les problèmes de cette équipe de travail comme si c'était les miens أشعر حقاً أن مشاكل فريق عملي وكأنها مشاكلي الشخصية					
6	Je me sens affectivement attaché à cette équipe de travail أشعر أنني مرتبط عاطفياً إلى فريق عملي					

Les affirmations qui suivent concernent le soutien que vous recevez de vos collègues et de votre chef d'équipe (chef infirmier) en matière de gestion de vos émotions au travail (par exemple: je ressens une tristesse très forte face à un patient avec une maladie incurable et je ne l'exprime pas). Lisez les affirmations suivantes et indiquez dans quelle mesure elles correspondent à votre relation.

الأسئلة التالية تتعلق بمواقفكم تجاه فريق العمل الخاص بك (الفريق الذي تعمل مع كل يوم) مشرفك المباشر في ما يخص إدارة العواطف في العمل (على سبيل المثال: أشعر بحزن قوي جداً تجاه مريض مصاب بمرض عضال ولا أتكلم عن ذلك). اقرأ العبارات التالية وحدد مدى انطباقها على علاقتك.

		pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni en accord ni	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
7	Mon supérieur tire une certaine fierté de la façon dont je gère les émotions avec les patients يفتخر مشرفي بطريقةتي في إدارة العواطف مع المرضى					
8	Mon supérieur cherche à m'aider quand j'ai des difficultés à gérer les émotions avec un patient يسعى مشرفي لمساعدتي عندما أجد صعوبة في إدارة العواطف مع المريض					
9	Mon supérieur essaie de faire le nécessaire pour m'aider à gérer mes émotions avec les patients. يسعى مشرفي للقيام بكل ما هو ضروري لمساعدتي على إدارة العواطف مع المرضى					
10	Mon supérieur prend réellement en considération mes émotions يأخذ مشرفي بعين الاعتبار عواطفني					
11	Mon supérieur est réellement soucieux de mon bien-être émotionnel يحرص مشرفي على راحتي العاطفية					

12	Mon supérieur valorise la façon dont je gère les émotions avec mes patients يُثمن مشرفي طريقة إدارتي للعواطف مع المرضى					
Ci-dessous un ensemble de sentiments que vous pouvez éprouver à l'égard de votre travail. Dans quelle manière éprouvez-vous chacun de ces sentiments ? فيما يلي مجموعة من المشاعر تجاه عملك التي يمكن أن تراودك. ما هي طريقة إدراكك بكل شعور؟						
		très rarement ou jamais	rarement 1 fois par	Parfois 1 fois par jour	Souvent plusieurs fois par	très souvent plusieurs fois par
13	Je déborde d'énergie pour mon travail أشعر بطاقة وحيوية فائضة تجاه عملي					
14	Je suis passionné par mon travail أنا متحمس لعملي					
15	Je suis content lorsque je suis captivé par mon activité أنا سعيد عندما أكون منشغل بعملي					
16	Je me sens fort et vigoureux pour faire ce métier أشعر أنني قوي ونشط للقيام بمهنتي					
17	Faire ce métier est stimulant القيام بهذه المهنة محفز جدا					
18	Je suis complètement absorbé par mon travail أنا منهمك تماما بعملي					
19	Lorsque je me lève le matin, j'ai envie d'aller travailler عندما أستيقظ في الصباح، أُرغب في الذهاب إلى العمل					
20	Je suis fier du travail que je fais أنا فخور بللعمل الذي أقوم به					
21	Je suis littéralement plongé dans mon travail أنا منهمك تماما في عملي					
Les énoncés qui suivent, concernent la satisfaction perçue dans votre travail. On vous demande d'indiquer votre degré d'accord. العبارات التالية تتعلق برضاك عن عملك. يُطلب منك أن تشير إلى درجة موافقتك مع كل عبارة.						
		pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni en accord ni	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
22	Globalement, je suis satisfait de mon travail عموما أنا راض عن عملي					
23	De manière générale, je n'aime pas mon travail بشكل عام، أنا لا أحب عملي					
24	En général, j'aime travailler ici بشكل عام، أحب العمل هنا					
Les énoncés qui suivent, concernent la fatigue que vous ressentez éventuellement à l'égard de votre travail. On vous demande d'indiquer la fréquence avec laquelle vous ressentez cette fatigue. العبارات التالية تتعلق بشعورك بالتعب في عملك. يُطلب منك أن تشير إلى درجة إحساسك لهذا التعب.						
		très rarement ou jamais	rarement 1 fois par	Parfois 1 fois par jour	Souvent plusieurs fois par	très souvent plusieurs fois par
25	Je me sens vidé(e) nerveusement par mon travail أشعر بأنني مرهق عاطفيا بسبب عملي					

26	A la fin d'une journée de travail, je suis totalement épuisé. أشعر باستنفاد كامل طاقتي في نهاية اليوم الذي أقضيه في عملي					
27	Je me sens fatigué quand je me lève le matin et que je dois affronter une nouvelle journée de travail أشعر بالتعب حينما أصحو في الصباح لمواجهة يوم عمل آخر					
28	Travailler toute la journée avec des gens est une source de tension يعد العمل مع الناس طوال اليوم مصدر توتر					
29	Je me sens totalement lessivé par mon travail أشعر بالانهيار بسبب عملي					
30	Je me sens frustré par mon travail أشعر بالإحباط بسبب عملي					
31	J'ai l'impression de travailler trop dur أشعر أنني أبذل جل جهدي في عملي					
32	Travailler en contact direct avec d'autres personnes représente pour moi un stress très intense يشكل لي التعامل مع الناس بشكل مباشر في عملي ضغطاً وإجهاد كبيرين					
33	J'ai l'impression d'être au bout du rouleau أشعر بأنني على وشك الانهيار					
<p>Ces propositions reflètent des réalités que vous avez peut-être rencontrées ces 3 derniers mois. Lisez les affirmations suivantes et indiquez dans quelle mesure ces événements sont fréquents.</p> <p>تعكس هذه الاقتراحات الحقائق التي واجهتها في الأشهر الثلاثة الماضية. اقرأ العبارات التالية حدد تكرار حدوثها.</p>						
		très rarement ou jamais	rarement 1 fois par	Parfois 1 fois par jour	Souvent plusieurs fois par	très souvent plusieurs fois par
34	J'ai manqué de temps pour moi-même à cause de mon travail. بسبب عملي، لم يبقى لي الوقت الكافي لنفسي					
35	J'ai manqué de temps pour ma famille et mes amis à cause de mon travail. بسبب عملي، لم يبقى لي الوقت الكافي لعائلتي وأصدقائي					
36	J'ai manqué d'énergie pour faire des choses avec ma famille et des personnes importantes à mes yeux à cause de mon travail. بسبب عملي، لم تبقى لي الطاقة الكافية للقيام بأشياء مع عائلتي ومع الأشخاص المهمين لي					
37	J'ai été incapable de mener à bien des tâches chez moi à cause de mon travail. بسبب عملي، لم أكن قادر على إنجاز المهام المنزلية على أحسن وجه وذلك					
38	J'ai été de mauvaise humeur à la maison à cause de mon travail. بسبب عملي، كنت سيئ المزاج مع عائلتي					
<p>Ci-dessous un ensemble de caractéristiques décrivant votre travail. indiquez dans quelle mesure elles correspondent à votre propre travail.</p> <p>فيما يلي مجموعة من الخصائص التي تصف عملك. حدد مدى انطباقها مع عملك الخاص.</p>						
		pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni en accord ni	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
39	Je suis constamment pressé par le temps à cause d'une forte charge de travail					

	بسبب عبء العمل الثقيل أنا تحت ضغط مستمر					
40	Je suis souvent contraint à faire des heures supplémentaires غالبا ما أكون مجبر على القيام بساعات إضافية					
41	Je suis fréquemment interrompu et dérangée dans mon travail غالبا ما أقطع وأزعج في عملي					
42	J'ai beaucoup de responsabilités à mon travail لدي العديد من المسؤوليات في عملي					
43	Mon travail exige des efforts physiques عملي يتطلب مجهود بدني					
44	Au cours des dernières années, mon travail est devenu plus exigeant خلال السنوات الأخيرة، أصبح عملي يتطلب الكثير					
Chacun des énoncés suivants traite de la gestion des émotions pendant l'interaction avec votre patient. On vous demande d'indiquer, la fréquence avec laquelle vous adoptez cette façon de faire.						
تتناول كل عبارة طريقة إدارة العواطف خلال تفاعلك مع المرضى. يطلب منك أن تحدد مدى اتفاقك مع كل عبارة.						
		très rarement ou jamais	rarement 1 fois par	Parfois 1 fois par jour	Souvent plusieurs fois par	très souvent plusieurs fois par
45	Je me force à penser à quelque chose de différent pour ressentir moins d'émotions négatives. أفرض على نفسي التفكير في أشياء مختلفة لتجنب الاحساس بالمشاعر السلبية					
46	Je me force à penser à quelque chose de différent pour ressentir plus d'émotions positives. أفرض على نفسي التفكير في أشياء مختلفة للإحساس أكثر بالمشاعر الايجابية					
47	Je porte mon attention sur quelque chose d'autre qui ne me tracasse pas. أركز انتباهي على أشياء أخرى لا تضايقتني					
48	Je pose mon attention sur quelque chose d'autre de plus agréable pour améliorer mon humeur. أركز انتباهي على أشياء أخرى أكثر متعة لتحسين مزاجي					
49	Je fais tout pour paraître de bonne humeur. أفعل كل شيء لأبدو بمزاج طيب					
50	J'exprime tout de même un visage enthousiaste. لا أزال أعبر عن وجه مبتهج					
51	Malgré la situation, je présente aux autres un visage détendu. على الرغم من الوضع، أقدم للآخرين وجها مرتاح					
52	Malgré la difficulté, je me montre chaleureux. على الرغم من الصعوبة، ابدى أنسا للآخرين					
53	Je garde mes émotions pour moi. احتفظ بمشاعري لنفسي					
54	Je contrôle mes émotions en les cachant. أتحكم في عواظفي عن طريق إخفائها					
55	Lorsque je ressens des émotions négatives, j'évite de les exprimer. عندما أشعر بمشاعر سلبية، أتجنب التعبير عنها					
56	Je masque mes émotions négatives pour rester professionnel. للبقاء محترف، أخفي مشاعري السلبية					
57	Je réexamine la situation sous un autre angle					

	أراجع الموقف من زاوية أخرى					
58	Pour ressentir plus d'émotions positives (enthousiasme, empathie, calme), je change ma façon de voir la situation للشعور بعواطف أكثر إيجابية (الحماس، التعاطف و الهدوء)، أغير طريقة رؤيتي للوضع					
59	Pour ressentir moins d'émotions négatives (irritation, désarroi . . .) je change ma façon de voir la situation للشعور بعواطف أقل سلبية (الغضب والارتباك...), أغير طريقة رؤيتي للوضع					
Chacun des énoncés suivants traite de la gestion des émotions pendant l'interaction avec votre patient. On vous demande d'indiquer, la fréquence avec laquelle vous devez gérer vos émotions.						
تتناول كل عبارة طريقة إدارة العواطف خلال التفاعل مع الذين تتكفل بهم. نطلب منك أن تحدد مدى تكرار حدوث ذلك.						
		très rarement ou jamais	rarement 1 fois par	Parfois 1 fois par jour	Souvent plusieurs fois par	très souvent plusieurs fois par
60	Dans votre poste, à quelle fréquence arrive-t-il que vous deviez réprimer vos émotions de telle manière à avoir l'air "neutre" ? في مكان عملك، كم مرة حدث وأن كنت مضطرا على إخفاء عواطفك بطريقة تجعلك تظهر "محايد" (ة)؟					
61	Dans votre poste, à quelle fréquence arrive-t-il que vous deviez montrer des émotions qui ne correspondent pas à ce que vous ressentez momentanément à l'égard de vos patients ? في مكان عملك، كم مرة حدث وأن كنت مضطرا على إظهار عواطف لا تناسب ما تشعر به حقا في تلك اللحظة تجاه مرضاك ؟					
62	Dans votre poste, à quelle fréquence arrive-t-il que vous deviez montrer des émotions positives (p. ex. de l'amabilité) ou des émotions négatives (p. ex. de la colère) alors que vous vous sentez intérieurement indifférent ? في مكان عملك، كم مرة حدث وأن كنت مضطرا على إظهار عواطف ايجابية (كمشاعر اللطف)، أو عواطف سلبية (كمشاعر الغضب)، مع أنك كنت تشعر داخليا باللامبالاة؟					
63	Dans votre activité professionnelle, à quelle fréquence arrive-t-il que vous deviez montrer des émotions qui ne correspondent pas à vos véritables émotions ? في مكان عملك، كم مرة حدث وأن كنت مضطرا على إظهار عواطف لا تتطابق مع مشاعرك الحقيقية ؟					

Pour finir nous vous demandons quelques renseignements

وأخيرا نطلب منك بعض المعلومات

Mot de passe: S'agissant d'une étude longitudinale, elle comprend un deuxième recueil des données qui s'effectuera dans trois mois. Pour cela nous auront besoins de comparer vos réponses dans les deux recueils.

Indiquez un mot de six caractères comprenant les trois première lettres du nom de votre mère et les trois dernières chiffres de votre numéro de téléphone.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

حدد كلمة مرور مكونة من ستة رموز: الأحرف الثلاثة الأولى من اسم والدتك ، والأرقام الثلاثة الأخيرة من رقم

--	--	--	--	--	--

هاتفك.

السن:.....سنة	Votre âge : Ans
الجنس: أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>	Votre sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
الحالة العائلية: متزوج <input type="checkbox"/> غير متزوج <input type="checkbox"/>	Votre statut familial : en couple <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/>
عدد الأطفال أو الأشخاص المعالين:	Nombre d'enfants ou de personnes à votre charge :
الفئة المهنية:	Catégorie socio-professionnelle :
<input type="checkbox"/> ممرض الصحة العامة	<input type="checkbox"/> Infirmier de santé publique
<input type="checkbox"/> ممرض متخصص الصحة العامة	<input type="checkbox"/> Infirmier spécialiste de santé publique
<input type="checkbox"/> ممرض متخصص الإنعاش والتخدير	<input type="checkbox"/> Auxiliaire médical anesthésie réanimation
<input type="checkbox"/> مساعد ممرض	<input type="checkbox"/> Aide-soignant
<input type="checkbox"/> منسق طبي	<input type="checkbox"/> coordinateur médical
الأقدمية في المصلحة:	Ancienneté dans le service :
الأقدمية في المهنة:	Ancienneté dans la profession:
المصلحة:	Service :
هل تعمل بالوقت : <input type="checkbox"/> الكامل <input type="checkbox"/> الجزئي آخر حدد	Vous y travaillez à : <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Autre. Précisez :.....
في غالب الوقت تعمل في : <input type="checkbox"/> مجموعة <input type="checkbox"/> لوحده	Votre poste vous oblige le plus souvent à travailler : <input type="checkbox"/> En Equipe <input type="checkbox"/> Seul
أنت باتصال مع المسؤول المباشر : <input type="checkbox"/> أبدا <input type="checkbox"/> مرة في الأسبوع <input type="checkbox"/> 2 إلى 4 مرات في الأسبوع <input type="checkbox"/> كل يوم	Vous êtes en contact avec votre supérieur : <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> 1 Fois par semaine <input type="checkbox"/> 2 a 4 Fois par semaine <input type="checkbox"/> Tous les Jours
عدد أفراد فريق عملك (الشبه طبي):.....	Nombre de personne composant votre équipe paramédicale :.....

SVP sceller ce questionnaire dans l'enveloppe qui l'accompagne et insérer l'enveloppe dans l'urne destinée à la collecte des questionnaires.

يرجى ختم الاستبيان في الظرف وإدراجه في الصندوق

شكرا جزيلًا لتعاونكم

MERCI BEAUCOUP DE VOTRE COLLABORATION.

Annexe 3: analyses de variance

Les résultats des analyses de variance ANOVA démontrent que globalement peu de variation des variables dépendantes et indépendantes selon les caractéristiques sociodémographiques. Néanmoins, les résultats significatifs sont présentés ci-après.

	Ancienneté dans le service	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	ANOVA		Test post-hoc avec la comparaison de TUKEY				
						F	Sig.	(I) Ancienneté dans le service	(J) Ancienneté dans le service	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig
Amplification expressive	DE 1 A 4 ANS	143	3.27	1.09	.09	2.49	.059	DE 10 A 14 ANS	DE 1 A 4 ANS	-0.082	.128	.918
	DE 5 A 9 ANS	153	3.39	1.13	.09				DE 5 A 9 ANS	-.195	.126	.414
	DE 10 A 14 ANS	132	3.19	.93	.08				DE 15 A 40 ANS	-.337	.131	.051
	DE 15 A 40 ANS	131	3.53	1.07	.09							
	Total	559	3.35	1.07	.04							
Effort extrinsèque	DE 1 A 4 ANS	143	3.58	1.06	.08	5.44	.001	DE 10 A 14 ANS	DE 1 A 4 ANS	.40[*]	.11	.004
	DE 5 A 9 ANS	153	3.85	1.00	.08				DE 5 A 9 ANS	.12	.11	.692
	DE 10 A 14 ANS	132	3.98	.88	.07				DE 15 A 40 ANS	.38[*]	.12	.010
	DE 15 A 40 ANS	131	3.60	.98	.08							
	Total	559	3.75	.99	.04							
	Ancienneté dans la profession	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	ANOVA		Test post-hoc avec la comparaison de TUKEY				
						F	Sig.	(I) Ancienneté dans la profession	(J) Ancienneté dans la profession	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig
Dissonance émotionnelle	DE 1 A 7 ANS	158	3.53	1.29	.10	3.64	.013	DE 12 A 19 ANS	DE 1 A 7 ANS	.270	.159	.328
	DE 8 A 11 ANS	122	3.57	1.38	.12				DE 8 A 11 ANS	.183	.170	.705
	DE 12 A 19 ANS	145	3.75	1.31	.10				DE 20 A 40 ANS	.585	.166	.003
	DE 20 A 40 ANS	134	3.23	1.27	.10							
	Total	559	3.53	1.32	.05							

Nombre de personne A charge	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	ANOVA		Test post-hoc avec la comparaison de TUKEY					
					F	Sig.	(I) Nombre de personne à charge	(J) Nombre de personne à charge	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig	
Effort extrinsèque	0 personne a charge	99	3.49	1.13	.11	2.78	.017	0 personne a charge	1 personne à charge	-0.20	.15	.799
	1 personne à charge	63	3.69	1.04	.13				2 personnes à charge	-0.22	.13	.553
	2 personnes à charge	112	3.72	.91	.08				3 personnes à charge	-0.36	.14	.112
	3 personnes à charge	97	3.85	.87	.08				4 personnes à charge	-0.29	.13	.275
	4 personnes à charge	112	3.78	.99	.09				de 5 à 11 personnes à charge	-.53*	.15	.006
	de 5 à 11 personnes à charge	76	4.02	.99	.11							
	Total	559	3.75	.99	.04							
Conflit Travail/famille	0 personne a charge	99	2.53	1.30	.13	2.88	.014	1 personne à charge	0 personne a charge	-0.18	.21	.950
	1 personne à charge	63	2.34	1.12	.14				2 personnes à charge	-0.34	.20	.541
	2 personnes à charge	112	2.69	1.27	.12				3 personnes à charge	-.61*	.21	.041
	3 personnes à charge	97	2.96	1.34	.13				4 personnes à charge	-0.25	.20	.810
	4 personnes à charge	112	2.60	1.28	.12				de 5 à 11 personnes à charge	-.63*	.22	.050
	de 5 à 11 personnes à charge	76	2.98	1.48	.17							
	Total	559	2.69	1.31	.05							
Age	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	ANOVA		Test post-hoc avec la comparaison de TUKEY					
					F	Sig.	(I) Age	(J) Age	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig	
Effort extrinsèque	DE 19 A 31	141	3.56	1.06	.08	4.36	.005	DE 19 A 31	DE 32 A 38	-.38*	.11	.005
	DE 32 A 38	159	3.94	.90	.07				DE 39 A 43	-0.26	.12	.140
	DE 39 A 43	119	3.83	.92	.08				DE 44 A 60	-0.09	.11	.845
	DE 44 A 60	140	3.66	1.05	.08							
	Total	559	3.75	.99	.04							

		N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	ANOVA		Test post-hoc avec la comparaison de TUKEY
SEXE						F	Sig.	
M.DEPLOIEMENT	MASCULIN	129	3.31	1.09	.09	8.22	.004	
	FEMININ	430	3.59	.91	.04			
	Total	559	3.53	.96	.04			
M.SUPPRESSION	MASCULIN	129	3.52	1.15	.10	4.29	.039	
	FEMININ	430	3.72	.94	.04			
	Total	559	3.68	1.00	.04			
M.AMPLIFICATION	MASCULIN	129	3.38	1.15	.10	6.53	.011	
	FEMININ	430	3.64	.96	.04			
	Total	559	3.58	1.01	.04			
Situation familiale		N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	ANOVA		Test post-hoc avec la comparaison de TUKEY
						F	Sig.	
Effort extrinsèque	EN COUPLE	444	3.81	.97	.04	6.94	.009	
	SEUL	115	3.53	1.07	.10			
	Total	559	3.75	.99	.04			