

Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Étude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers

Tony Machado, Pascale Desrumaux, Adeline Van Droogenbroeck

DANS **BULLETIN DE PSYCHOLOGIE** 2016/1 Numéro 541 , PAGES 19 À 34

ÉDITIONS **GROUPE D'ÉTUDES DE PSYCHOLOGIE**

ISSN 0007-4403

DOI 10.3917/bupsy.541.0019

Date de mise en ligne : 25/03/2016

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2016-1-page-19?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Groupe d'études de psychologie.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [Cairn.info/copyright](http:// Cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Étude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers

MACHADO Tony^a

DESRUMAUX Pascale^b

VAN DROOGENBROECK Adeline^a

Résumé : Le secteur médical est exposé à des contraintes fortes, que les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) visent à compenser. L'étude identifie des indicateurs de bien-être auprès d'infirmiers et d'aides-soignants (N= 36, âge moyen 32 ans), à l'aide d'un questionnaire diffusé en ligne. Les analyses ($p < .01$) montrent que le bien-être est corrélé au besoin d'affiliation ($r = 0,45$), à l'attachement ($r = 0,61$), à l'intégration sociale ($r = 0,42$), aux affects positifs ($r = 0,47$) et au soutien ($r = 0,35$). Les régressions multiples identifient les affects positifs ($\beta = 0,39$) et l'attachement ($\beta = 0,44$) comme variables les plus explicatives. Ces résultats montrent l'importance de la dimension relationnelle qu'un espace spatio-temporel, permettant au collectif de travail d'exister, favorisera.

Organizational and Individual Indicators of Well-Being: An Exploratory Study with Orderlies and Nurses

Abstract: The medical sector is subject to severe constraints, for which local contracts to improve working conditions [contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, CLACT] aim to compensate. This study identifies indicators of well-being in nurses and orderlies (N= 36, average age 32) using an online questionnaire. The analysis ($p < .01$) shows that well-being is correlated to need for affiliation ($r = .45$), attachment ($r = .61$), social integration ($r = .42$), positive affects ($r = .47$) and support ($r = .35$). Multiple regressions identify positive affects ($\beta = .39$) and relatedness ($\beta = .44$) as the most explanatory variables. These results demonstrate the importance of the relational dimension, which is fostered by the provision of time and space to allow for the existence of a workplace collective.

^a Université Picardie Jules-Verne, Centre de recherche en psychologie (CRP).

^b Université Lille 3, Psychologie, interactions, temps, émotions, cognition (PSITEC).

Correspondance : Tony Machado, 37 rue Fontgrière, 63000 Clermont-Ferrand.

machado.tony1@gmail.com

INTRODUCTION

L'analyse de l'enquête menée par l'équipe Sumer (2006), au niveau national, identifie un certain nombre de contraintes organisationnelles particulièrement présentes dans le secteur médical. Ce secteur d'activité est caractérisé par un travail posté, des horaires ne facilitant pas la vie hors travail, le sentiment de travailler avec un nombre insuffisant de collègues ou encore l'exposition importante à un risque d'agression verbale du public. La gestion de la souffrance, de la maladie et toute l'empathie attendue chez le personnel soignant résulte d'une construction collective mobilisée par l'expérience soignante (Molinier, 2000). La place des échanges interpersonnels du personnel soignant, dans la qualité du service de soin fourni aux patients, apparaît donc centrale. Pourtant, comme le note Molinier (2000), le travail en milieu hospitalier s'organise aujourd'hui selon des méthodes importées du milieu de l'entreprise concurrentielle (polyvalence, mise en concurrence pour l'attribution de moyens, sous-traitance). Ces changements entraînent un certain malaise chez le personnel soignant, qui perçoit une nouvelle relation au patient, qui devient un client. Le personnel doit continuer à répondre à des objectifs de qualité de soins pour les patients, mais, aussi, d'efficacité pour l'établissement dans lequel il travaille. Ce contexte institutionnel en changement régulier, avec une activité professionnelle aux contraintes fortes et face à un public en souffrance, expose tout particulièrement le personnel soignant à l'épuisement professionnel (Desrumaux, 2011 ; Desrumaux, Lemoine, 2012 ; Manoukian, 2009). L'enjeu des conditions de travail du personnel soignant est clairement compris par les ministères, qui n'envisagent pas, pour autant, d'alternative organisationnelle à celle mise en place. Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) dans les établissements publics de santé et médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière (ministère de la Santé et des Solidarités, 2007) mettent à disposition des établissements des crédits spécifiques, accordés pour engager des actions visant à améliorer les conditions de travail ou prévenir les risques professionnels. Dans le cadre des CLACT, des actions concrètes sont attendues, tout en sachant que les problématiques de sous-effectifs ou de changements organisationnels profonds ne seront pas des leviers mobilisables. D'autres leviers doivent donc être définis. Pour effectuer leur activité de travail dans ces conditions difficiles, tout en assurant une qualité de soins auprès des patients, nous supposons que le sentiment de bien-être, que le personnel

soignant éprouvera, sera un élément moteur pour l'accomplissement de leur travail. De nombreuses recherches ont porté sur les aspects négatifs de l'état psychologique, en examinant l'exposition des salariés aux risques dits psychosociaux, notamment, le stress et l'épuisement professionnel. Cependant, les recherches ou démarches initiées par les entreprises, afin de préserver et de favoriser les aspects positifs de l'état psychologique, quant au bien-être, sont beaucoup plus rares. La recherche exploratoire, menée auprès d'infirmiers et d'aides-soignants a pour objectif d'identifier les indicateurs individuels et organisationnels qui participent le plus au sentiment de bien-être et qui pourront être utiles dans le cadre des CLACT.

Le contexte de travail du personnel soignant

Un changement profond a eu lieu au cours des dix dernières années, au sein du système de santé publique, notamment en hôpitaux, où la rentabilité économique a une place de plus en plus importante. De ce fait, le cadre d'exercice du personnel soignant a évolué face à des changements techniques, économiques, organisationnels et sanitaires (Cherkaoui, Montargot, Yant, 2012). L'organisation du travail s'est calée sur un fonctionnement d'entreprise, le patient est devenu client, la dimension financière de la qualité de soins s'est accrue, la possibilité, pour le personnel, de maintenir cette qualité est de plus en plus difficile.

L'activité des soignants ne se résume pas à l'application d'un protocole, mais résulte d'un compromis continu entre, d'une part, la posture et les tâches attendues avec les valeurs, d'autre part, les attentes, émotions et besoins du soignant. Ce compromis, loin d'être aisé, s'est compliqué avec un changement profond de la relation de soin. Au quotidien, les infirmiers et aides-soignants sont exposés à la souffrance, la maladie, voire la mort. Les études indiquent que les populations de soignants sont particulièrement exposées à l'épuisement professionnel (Borteyrou, Truchot, Rascle, 2009 ; Truchot, 2015), notamment, à l'épuisement émotionnel (Xie, Wang, Chen, 2011). Outre une charge mentale et émotionnelle importante (Loriol, 2013), l'activité des soignants est également difficile physiquement : port de charges et horaires étendus accentuent la fatigue. De plus, les responsabilités, les effectifs limités, les poids de la hiérarchie et des statuts dans les relations interpersonnelles, notamment avec les médecins, ainsi que la nécessité de maîtriser ses émotions et les réactions des patients sont autant de facteurs de stress pour les infirmiers et les aides-soignants (Loriol, 2001). Dans une

étude menée auprès de plus de trois mille cinq cents soignants, Laraqui, Laraqui, Tripodi, Caubet, Verger et Laraqui (2008) constatent que les principaux facteurs de stress sont une forte demande psychologique, une faible latitude de décision et un soutien social insuffisant. En outre, des facteurs influent sur le stress perçu du personnel soignant, comme l'unité d'exercice (Fillion, Desbiens, Truchon, Dallarie, Roch, 2011), l'âge du soignant et l'âge du patient (Purcell, Kutash, Cobb, 2011). Cette situation et les conditions de travail du personnel soignant mettent la santé psychologique, par rapport à la détresse, et le bien-être à rude épreuve. Symptomatiques de ce contexte, absentéisme et arrêt pour maladie sont fréquents dans le milieu hospitalier (Randon, Baret, Prioul, 2011), ce qui accentue les difficultés du personnel soignant présent, compte tenu des limitations d'effectifs. Alors, au-delà des facteurs organisationnels clairement identifiés et dont la résolution tient de choix de politiques publiques, la compréhension des déterminants favorables à la santé psychologique reste un levier utile prévenir les risques psychosociaux du personnel soignant.

La santé psychologique au travail

La santé est définie par l'OMS (1946) comme un état alliant, non seulement, une absence de « maladie ou infirmité », mais aussi un « état de complet bien-être physique, mental et social ». Développer la santé nécessite d'accroître le bien-être, tout en s'efforçant de réduire l'exposition à des environnements propices au développement de maladies ou d'en éviter la création. Selon Valette (2005), la santé est un processus dynamique, ce n'est pas un don de la nature. Pour l'auteur, la santé est un idéal à atteindre, une conquête, car, en permanence, le sujet lutte pour rechercher un équilibre (toujours instable) entre la maladie et l'idéal de santé. Cette notion d'équilibre dans la santé, défini par l'OMS, est partagée dans la conception de la santé du courant de la psychologie positive. La psychologie positive défend l'idée que la santé doit être prise en compte, en s'intéressant, à la fois, à une composante négative et à une composante positive (Seligman, 2008).

La santé mentale et psychologique

L'OMS (2001) précise qu'avoir une bonne santé mentale signifie être capable d'établir un équilibre entre tous les aspects de la vie (physique, psychologique, spirituel, social et économique). Cette conception est largement partagée, la santé est définie comme un concept multidimensionnel,

incluant l'absence de manifestations négatives et la présence de manifestations positives (Achille, 2003 ; Dejours, 1995 ; Keyes, Lopez, 2002 ; Shmotkin, 1998).

Pour Labelle et coll. (2000), la santé mentale est composée, d'une part, du bien-être psychologique et, d'autre part, de la détresse psychologique. Le bien-être psychologique y est constitué de l'estime de soi, de l'actualisation du potentiel, de la satisfaction de vivre et du sens donné à la vie. Ainsi, nous distinguerons la santé psychologique (détresse et bien-être) et les troubles mentaux. Santé psychologique et troubles mentaux définissent ensemble la santé mentale. Selon Boisson, Godot et Sauneron (2010), le pôle positif ou santé mentale positive, intègre le bien-être et les ressources psychologiques, permettant de gérer sa propre vie au quotidien. Pour l'OCDE (2008), la santé mentale positive recouvre le bien-être et la capacité à faire face à l'adversité. Selon Keyes et Lopez (2002), la santé mentale complète, combine un niveau élevé de symptômes de bien-être, émotionnel, psychologique et social, ainsi que l'absence de maladies mentales récentes. Selon Massé et coll. (1998a, 1998b), cet aspect positif de la santé est défini par le bien-être psychologique. Le bien-être est alors considéré, dans l'ensemble de ces définitions, comme l'aspect positif de la santé qu'il convient de prendre en compte.

Le bien-être

La notion de bien-être fait référence à des valeurs humanistes, en relation avec une autre notion, celle du bonheur existentiel. Le sujet du bonheur est central en philosophie dans l'Antiquité et continue à l'être de nos jours, peut-être même de plus en plus dans la société actuelle. Il est vrai que dans nos sociétés modernes, le style de vie n'encourage pas les personnes à évaluer leurs moments de bonheur ou d'épanouissement personnel. La société est quotidiennement incitée à planifier au jour le jour pour faire face aux défis de la vie moderne (maintenir son emploi, équilibrer son budget, se protéger des agressions, etc.). Au-delà de ces défis quotidiens, les personnes doivent également protéger leur intégrité physique, émotionnelle et sociale (Siqueira, Padovam, 2008), tant dans la vie privée qu'au travail. La clarté conceptuelle, relative aux études menées sur le bien-être, reste encore insuffisante (Harris, Cameron, 2005). Plusieurs modèles conceptuels du bien-être ont été proposés, sans, toutefois, toujours être appuyés sur un champ théorique explicite (Ryan, Deci, 2001). Les différents modèles sont souvent associés à des outils de mesure, qui permettent de déduire la conceptuali-

sation à laquelle l'étude se réfère (Diener, 1994), souvent l'un des deux grands courants de pensées : l'eudémonisme et l'hédonisme.

Bien-être subjectif et bien-être psychologique

Deux grandes conceptions historiques du bien-être existent, l'eudémonisme et l'hédonisme. L'eudémonisme, du grec *eudaimôn* signifiant heureux, représente un système de morale ayant pour but le bonheur de l'homme. Ainsi, dans ce courant de pensée, Aristote considérait que le bonheur est un principe vers lequel tout être humain tend, en orientant ses actions en vue de l'atteindre (McMahon, 2006). La vie est alors perçue comme ayant pour objectif naturel l'atteinte du bonheur, le *daimon* ou son vrai soi (Waterman, 1993), avec, comme but ultime, de parvenir à atteindre le meilleur de soi (Ryff, Singer, 2008). Pour Ryan et Deci (2001), suivant cette conception eudémoniste, le bien-être dépendra de la possibilité de s'engager dans des activités en concordance avec nos intérêts, nos valeurs, nos buts de vie, nos besoins psychologiques fondamentaux. Pour Kraut (1979), c'est en essayant d'atteindre ce plein potentiel que l'Homme atteint l'*eudaimonia*, habituellement traduit par « bonheur », « bien-être » ou encore « épanouissement ». Siqueira et Padovam (2008) considèrent que, selon cette vision philosophique eudémoniste, le bien-être consiste au plein fonctionnement des capacités d'une personne.

L'hédonisme, du grec *hêdonê* signifiant plaisir, est une conception du bonheur, faisant du plaisir le but de la vie. Selon cette perspective, le bonheur renvoie plutôt à l'obtention de ce que l'on veut et aux émotions plaisantes ressenties de ce fait (Kraut, 1979). Cette vision philosophique considère le bien-être comme plaisir ou bonheur (Siqueira, Padovam, 2008). Le bien-être, du point de vue hédoniste, résulte de l'évaluation cognitive que l'individu fait de son vécu, appréciable par la fréquence, l'intensité des émotions plaisantes et déplaisantes, et de l'accumulation de ce bien-être en mémoire (Diener, 2000). À ces deux idées du bonheur, seront associées deux conceptions du bien-être (Ryan, Deci, 2001). À la perspective eudémonique, qui s'intéresse au potentiel humain, sera associé le bien-être psychologique. Ainsi, à la perspective hédonique, un état subjectif de bonheur, sera associé le bien-être subjectif (Siqueira, Padovam, 2008). Dans l'étude de Keyes, Shmotkin et Ryff (2002) sur les relations entre le bien-être psychologique et le bien-être subjectif, l'analyse factorielle confirme que les deux concepts, bien qu'ils soient corrélés entre eux, peuvent être considérés comme distincts.

Aussi, le bien-être psychologique, ainsi que le bien-être subjectif, augmentent avec l'âge, l'éducation ou, encore, la stabilité émotionnelle. Un modèle théorique reprenant, à la fois, le bien-être psychologique et le bien-être subjectif, serait optimal (Keyes, Magyar-Moe, 2003 ; Ryan, Deci, 2001), bien qu'aucune des théories ne soit suffisante pour mesurer la vie saine des individus (Diener, Sapyta, Suh, 1998). Labelle et coll. (2000) ont élaboré une conception du bien-être autour de quatre composantes, reprenant les deux conceptions principales du bien-être, l'une psychologique, l'autre subjective. Les composantes définies sont l'estime de soi, le sens à la vie, l'actualisation du potentiel et la satisfaction de vivre. Ces dimensions sont assez proches de celles prises en compte par les chercheurs dans leur conceptualisation du bien-être. C'est le cas avec Massé et coll. (1998a) dans leur définition du « bien-être psychologique » (contrôle de soi et des événements, bonheur, implication sociale, estime de soi, équilibre mental, sociabilité), avec Boisson, Godot et Sauneron (2010), qui parlent de « santé mentale positive » (bien-être, sentiment de bonheur et de réalisation de soi, personnalité, capacité de faire face aux difficultés, optimisme, résilience, estime de soi, impression de maîtriser sa vie) ou avec l'Institut de la statistique du Québec (2010), traitant des « aspects positifs de la santé mentale » (satisfaction à l'égard de la vie, bien-être psychologique, soutien social). Bien que les appellations soient différentes, cette volonté de vision globale du bien-être, intégrant à la fois le subjectif et le psychologique, se retrouve dans ces différentes études.

La conceptualisation du bien-être de Massé

Bien que cette distinction entre l'eudémonisme et l'hédonisme soit millénaire, héritée de la philosophie aristotélicienne, les recherches contemporaines en psychologie tendent à dépasser cette dualité (Fisher, 2010 ; Kashdan, Biswas-Diener, King, 2008). En effet, les recherches empiriques mettent en relief des recouvrements conceptuels entre le bien-être eudémonique et le bien-être hédoniste, qui représenteraient des mécanismes psychologiques opérant conjointement (Biswas-Diener, Kashdan, King, 2009). Ainsi, pour Keyes (Keyes, 2007 ; Westerhof, Keyes, 2010), le bien-être, issu de la perspective hédonique (que l'on qualifie de bien-être subjectif) et les aspects psychologiques et sociaux de la perspective du bien-être eudémonique (donc, bien-être psychologique et bien-être social), définissent l'aspect positif de la santé mentale. C'est donc vers une démarche holistique du bien-être que les chercheurs semblent s'orienter,

à la fois dans leurs définitions conceptuelles et dans leur tentative d'opérationnalisation du bien-être (Biswas-Diener et coll., 2009 ; Dagenais-Desmarais et Savoie, 2012 ; Kashadan et coll., 2008 ; Waterman, Schwartz, Conti, 2008).

Afin de prendre en compte les manquements théoriques relatifs à la notion de bien-être, Massé et coll. (1998a) ont suivi une méthode inductive, qui permet de passer des observations concrètes aux généralisations plus vastes jusqu'aux théories (Beaugrand, 1988). Également appelée *bottom-up* (Trochim, 2006), cette méthode, plus exploratoire, permet de répondre aux questions soulevées quant à la validité de contenu des conceptualisations (Dagenais-Desmarais, Savoie, 2012). Développant une méthodologie combinant théorisation ancrée et analyse de contenu, Massé et coll. (1998a) ont élaboré une conceptualisation de la santé psychologique. De leurs analyses factorielles (Massé et coll., 1998a, 1998b), les chercheurs ont identifié deux facteurs, le bien-être psychologique et la détresse psychologique. Le bien-être psychologique est composé de six sous-dimensions, l'estime de soi, l'équilibre, l'engagement social, la sociabilité, le contrôle de soi, les événements de bonheur. Un instrument de mesure a été mis au point pour évaluer le bien-être psychologique sur la base de ces dimensions, l'échelle de mesure des manifestations de bien-être. Bien que Massé et coll. (1998a, 1998b) définissent le bien-être comme psychologique, leur conception du bien-être dépasse la dichotomie psychologique/subjectif pour une perspective plutôt holistique du bien-être à laquelle nous nous référons.

Le bien-être dans le contexte du travail

Le travail est un facteur de santé et de réalisation personnelle. Il joue un rôle déterminant dans le développement et la construction de la santé (Debout et coll., 2009) et constitue une valeur centrale, tant au plan collectif et social qu'au plan individuel. Il participe également au processus de socialisation, de construction identitaire, ainsi qu'à la réalisation de soi (Lancry, Ponnelle, 2004). D'ailleurs, le déterminant travail fait désormais partie de l'ensemble des déterminants sanitaires, étudiés dans les grandes enquêtes de santé publique en France (Cohidon, Imbernon, 2009).

Prendre en considération la santé des salariés au travail est, pour l'entreprise, une démarche sociale et économique. Selon Lachmann, Larose et Penicaud (2010), le travail et la santé sont étroitement liés. D'une part, la santé est une condition pour la réalisation d'un travail de qualité. D'autre part, lorsque le travail est effectué dans des conditions adéquates, il

est facteur de santé et de réalisation personnelle. Ce lien étroit entre santé et travail est mis en avant dans beaucoup d'études. Ainsi, le travail est, à la fois, une source d'équilibre et d'accomplissement de soi et une source de fragilisation physique et psychique pour l'individu (Bressol, 2004 ; Davezies, 1999 ; Davezies, Devaux, Torres, 2006 ; Dejours, 1995 ; Gollac, Bodier, 2011 ; Volkoff, 2005).

Les facteurs pris en compte dans le bien-être

Différents facteurs sont susceptibles d'être associés au sentiment de bien-être. En référence aux travaux de Kahneman, Diener et Schwarz (1999), Cottraux (2012) et au rapport de Lachamn, Larose et Penicaud (2010), il est observé que les salariés manifestent des besoins de reconnaissance, de soutien ou, encore, de latitude décisionnelle. C'est également ce qui tend à confirmer les différentes recherches associées au modèle *Job Demands-Resources*¹ (modèle JD-R) (Demerouti, Bakker, 2001). En outre, la satisfaction des besoins fondamentaux (autonomie, compétence, affiliation), selon Ryan et Deci (2000), est associée à un sentiment de bien-être plus important des salariés (Forest, Dagenais-Desmarais, Crevier-Braud, Bergeron, Girouard, 2010). Le soutien social est également un élément déterminant pour faire face au stress (Bolger, Amarel, 2007) ; il peut être propice pour favoriser une bonne santé psychologique. En outre, les affects positifs favorables au bien-être (Diener, 2000) et au développement de meilleures stratégies de faire face au stress (Carr, 2011). Ainsi, dans cette étude, visant à identifier les principaux facteurs favorisant le bien-être du personnel soignant, l'intérêt a été porté sur la satisfaction de besoins fondamentaux, le support social, les affects positifs, ainsi que la latitude, le soutien et les récompenses.

Satisfaction des besoins fondamentaux et bien-être

Selon la théorie de l'auto-détermination, trois besoins fondamentaux sont essentiels pour les individus : ceux d'autonomie, de sentiment de compétences et de sentiment d'affiliation. Leur satisfaction est indispensable à la croissance personnelle et au bien-être des personnes (Ryan, Deci, 2000) tout comme à l'intégration psychologique (Deci, Ryan, 1991). La satisfaction de ces besoins est liée de façon positive à des symptômes de santé des travailleurs, comme l'estime de soi, le bien-être ou la vigueur (Illardies, Leone, Kasser, Ryan, 1993 ; Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, Lens, 2008).

1. En français, exigence des ressources au travail.

Dans cette étude, différentes ressources personnelles ont été prises en compte. Elles se réfèrent aux caractéristiques individuelles ou capacités psychologiques qui permettent aux individus de s'adapter eux-mêmes plus facilement aux changements et exigences des circonstances de la vie (Hofboll, 2002), en l'occurrence, le support social et les affects positifs.

Support social et bien-être

Le support social est reconnu comme étant un facteur essentiel de l'adaptation humaine (Caron, 1996). Cutrona et Russell (1987) dégagent cinq dimensions du support social : l'attachement, l'aide concrète et matérielle, les conseils, l'intégration sociale, l'assurance de sa valeur, ainsi qu'une sixième, issue des travaux de Weiss (1973), le besoin de se sentir utile. Le soutien social joue un rôle essentiel au niveau du bien-être émotionnel et de l'adaptation humaine (Weiss, 1973). Il est reconnu comme l'un des facteurs le plus souvent associé à la santé mentale (Caron, 1996). Avoir un réseau social répondant aux différents besoins socio-émotionnels de la personne augmenterait le sentiment d'efficacité personnelle (Cutrona, Troutman, 1986) et diminuerait, par ailleurs, les symptômes associés à la dépression et à l'épuisement professionnel, comme le stress et l'anxiété (Cutrona, Russell, 1987 ; Turcotte, 1990).

Affects positifs et bien-être

Pour Miller (1980) et Kammann (1983), les fluctuations des émotions, auxquelles est soumis un individu, peuvent avoir des répercussions directes sur la détermination de sa satisfaction de la vie. Cet état affectif, accompagnant chaque moment de l'expérience, peut prendre toutes les nuances entre deux pôles. D'un côté, celui du plaisir, de l'agréable, de l'euphorie et, de l'autre, le déplaisir, la douleur, la tristesse (Cottreau, Leyreloup, Digonnet, Ivanov-Mazzucconi, 2005). Les événements associés à un affect positif prédisposent à la satisfaction, alors que les événements caractérisés par un affect négatif alimenteront l'insatisfaction dans la vie (Reich, Zautra, 1981 ; Warr, Barter, Brownbridge, 1983). Les événements vécus et les affects qui y sont associés, influent sur le bien-être psychologique (Sweeney, Schaffer, Golin, 1982).

Plusieurs ressources au travail ont également été prises en compte, en référence à celles des modèles de Karasek et Theorell (1990) et Siegrist (1996).

Latitude, soutien et récompense

Selon le modèle de Karasek et Theorell (1990),

le contrôle de l'exécution de la tâche (latitude) et le soutien des supérieurs et des collègues (soutien) peuvent avoir un effet tampon entre une charge de travail importante (demande) et son impact sur le *job strain*². D'après le modèle de Siegrist (1996), les récompenses peuvent minimiser l'effet défavorable des efforts fournis et le surinvestissement sera particulièrement délétère pour la santé. Le modèle JD-R (Demerouti, Bakker, 2011) élargit ces points de vue. Selon ce dernier, différents types d'exigences et de ressources au travail peuvent interagir et prédire la tension au travail. Les exigences du travail sont en rapport avec les aspects physiques, psychologiques, sociaux ou organisationnels d'un emploi, qui requièrent un effort physique ou psychologique entraînant un certain coût physique ou psychologique (Demerouti et coll., 2001). Les ressources au travail ont trait aux mêmes aspects et permettent d'atteindre les objectifs du travail et de réduire les exigences du travail, ainsi que les coûts associés. Les ressources sont, par ailleurs, stimulantes pour le développement personnel, l'apprentissage et l'engagement professionnel (Demerouti et coll., 2001 ; Demerouti, Bakker 2011).

Les hypothèses de recherche

Cette étude est ancrée dans une démarche positive de la santé psychologique et de la prévention des risques psychosociaux ; ses auteurs s'intéressent aux liens entre les ressources au travail (Demerouti, Bakker, 2011) et le bien-être (Massé et coll., 1998a, 1998b). L'objectif est de repérer les principaux facteurs, personnels et organisationnels, associés au sentiment de bien-être d'une population particulièrement exposée aux risques psychosociaux (Truchot, 2015), le personnel soignant.

Nous référant aux travaux de Ryan et Deci (2000) et de Desrumaux, Vonthron et Pohl (2011), nous faisons l'hypothèse que la satisfaction de besoins est corrélée positivement au bien-être (H1). Conformément aux travaux de Cutrona et Russell sur le support social (1987), nous nous attendons à ce qu'il existe une relation positive entre le support social et le bien-être (H2). Nous fondant sur les travaux sur les liens entre les affects et le bien-être (Sweeney, Schaffer, Golin, 1982), nous faisons l'hypothèse que les affects positifs sont corrélés positivement avec le bien-être (H3). De plus, en accord avec le modèle JD-R (Demerouti, Bakker, 2011), ainsi qu'avec les travaux de Karasek et Theorell (1990) et Siegrist (1996), nous faisons l'hypothèse que le bien-être est positivement associé aux principales

2. En français : tension au travail.

ressources (latitude, soutien, récompenses) (H4). Enfin, nous faisons l'hypothèse que les affects positifs et l'échelle d'attachement du support social expliquent le mieux le sentiment de bien-être (H5).

MÉTHODE

Vue d'ensemble

Le rapport de Lachmann, Larose et Pénicaut (2010) sur le bien-être et l'efficacité au travail, à la demande du Premier ministre, atteste de la préoccupation sur le sujet (Valléry, Leduc, 2012). Ce rapport fait plusieurs propositions pour le bien-être au travail, notamment axées autour de l'importance du soutien et du collectif, ainsi que sur la possibilité qu'ont les salariés de se réaliser au travail. Sur la base de variables, tantôt individuelles (affects positifs, support social), tantôt organisationnelles (latitude, soutien, récompense) ou à l'intersection des deux (satisfaction des besoins fondamentaux), l'étude a été menée pour identifier les variables les plus pertinentes quant au bien-être. Cette recherche exploratoire a été menée auprès d'une population de salariés du secteur médical, qui ressortent, dans plusieurs travaux, comme particulièrement exposés aux problématiques de tensions au travail, notamment, de harcèlement (Desrumaux, 2011).

Participants

Notre échantillon est constitué de 36 salariés du secteur médical, 18 aides-soignants et 18 infirmiers (7 hommes, 28 femmes et une personne n'ayant pas indiqué son sexe), issus d'établissements publics ou privés de toute la France. La moyenne d'âge est de 32 ans ($M = 32,0$; $ET = 8,4$).

Matériel

Le questionnaire (144 items) est composé de l'échelle des affects positifs (10 items) de Watson et coll. (1988), l'échelle des provisions sociales (24 items) de Cutrona et Russell (1987), les échelles de latitude (9 items) et de soutien (8 items) de Karasek et Theorell (1990), celle de récompense (11 items) de Siegrist (1996), l'échelle relative aux trois besoins fondamentaux (21 items) sur la base du questionnaire de Deci et coll. (2001). Enfin, l'échelle de bien-être psychologique de Massé et coll. (1998a), composée de 25 items répartis sur six sous-échelles (estime de soi, équilibre, engagement social, sociabilité, contrôle de soi et des événements), chacune de quatre items, ainsi qu'une sous-échelle (bonheur), de cinq items.

Procédure

Le questionnaire a été diffusé auprès d'aides-soignants et d'infirmiers, *via* des forums communautaires sur Internet, en janvier et février 2012.

RÉSULTATS

Résultats des corrélations

Satisfaction des besoins et le bien-être psychologique (H1)

Une corrélation positive est observée entre la satisfaction des trois besoins fondamentaux et le score global de bien-être ($r = 0,45$; $p < .01$), ce qui valide H1 (tableau 1). Plus spécifiquement (tableau 2), les sous-dimensions du bien-être, les sous-échelles estime de soi ($r = 0,54$; $p < .01$), équilibre ($r = 0,44$; $p = .01$) et engagement ($r = 0,55$; $p < .01$) sont corrélées significativement avec la satisfaction de besoins fondamentaux. Pour la satisfaction des besoins, seul, le besoin d'affiliation est corrélé avec le bien-être ($r = 0,49$; $p < .01$). Afin de vraiment apprécier les liens unissant ces deux dimensions, l'observation, à la fois, des sous-échelles de bien-être et de satisfaction des besoins est particulièrement remarquable. Le besoin d'autonomie est corrélé aux sous-échelles engagement ($r = 0,37$; $p < .05$) et estime de soi ($r = 0,33$; $p < .05$) du bien-être. Le besoin de compétences est corrélé avec les sous-échelles estime de soi ($r = 0,47$; $p < .01$), équilibre ($r = 0,43$; $p < .05$) et engagement ($r = 0,47$; $p < .01$). Enfin, le besoin d'affiliation, l'unique besoin étant corrélé avec le bien-être global, l'est particulièrement avec les sous-échelles d'estime de soi ($r = 0,51$; $p < .01$), d'équilibre ($r = 0,37$; $p < .05$), d'engagement ($r = 0,50$; $p < .01$), de sociabilité ($r = 0,38$; $p < .05$) et de bonheur ($r = 0,41$; $p < .05$), ce qui en fait le besoin le plus associé au bien-être.

Support social et bien-être psychologique (H2)

Au niveau du support social, une corrélation importante est constatée avec le bien-être global ($r = 0,56$; $p < .01$), ce qui confirme H2 (tableau 1). Relativement aux sous-dimensions du support social, l'attachement ($r = 0,61$; $p < .01$), l'intégration sociale ($r = 0,42$; $p < .01$), l'assurance de sa valeur ($r = 0,47$; $p < .01$) et, dans une moindre mesure, l'aide concrète ($r = 0,33$; $p < .05$), sont significativement corrélées avec le bien-être global. En prenant en compte, à la fois, les sous-dimensions du support social et celles du bien-être (tableau 2), on constate que l'attachement, l'intégration sociale et l'assurance de sa valeur sont les plus pertinentes.

Variables (N=37)	M	ET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 Latitude	66,14	7,64	--															
2 Soutien	21,58	4,60	0,21	--														
3 Récompense	23,44	5,64	-0,15	0,06	--													
4 Besoin d'autonomie	26,47	7,18	0,27	0,23	-0,18	--												
5 Besoin de compétence	30,08	5,82	0,32	0,31	-0,02	0,50*	--											
6 Besoin d'affiliation	34,19	10,53	0,07	0,51*	0,02	0,59*	0,43*	--										
7 Satisfaction globale des besoins	90,75	10,53	0,23	0,48*	-0,06	0,83*	0,71*	0,89*	--									
8 Affect positifs	37,31	5,31	0,10	0,09	-0,04	0,01	0,40*	0,10	0,17	--								
9 Support, Attachement	12,97	1,80	0,02	0,15	0,20	0,34**	0,24	0,33**	0,38**	0,20	--							
10 Support, Aide concrète	13,58	2,33	0,17	0,06	0,06	0,54*	0,14	0,54*	0,53*	-0,16	0,52*	--						
11 Support, Conseil	11,77	1,68	0,31	0,04	0,14	0,17	0,17	0,22	0,23	0,12	0,40*	0,44*	--					
12 Support, Intégration sociale	12,14	2,73	-0,02	0,18	0,06	0,09	0,10	0,39*	0,27	-0,10	0,46*	0,45*	0,15	--				
13 Support, Assurance de sa valeur	12,68	2,47	0,21	0,31	-0,06	0,48*	0,38**	0,58*	0,61	0,17	0,64*	0,44*	0,12	0,46*	--			
14 Support, Utilité	13,08	2,37	0,04	-0,01	0,32	-0,33	-0,13	-0,06	-0,19	-0,04	0,17	0,07	-0,02	0,34**	-0,01	--		
15 Support social global	76,20	8,77	0,24	0,19	0,17	0,32	0,23	0,53*	0,47*	0,03	0,79*	0,74*	0,47*	0,78*	0,69*	0,42*	--	
16 Bien-être global	90,36	13,17	-0,01	0,35**	0,21	0,28	0,28	0,49*	0,45*	0,47*	0,61*	0,33**	0,25	0,42*	0,47*	0,13	0,56*	--

Tableau 1. Moyennes, écart-types et corrélations (* p<.01 ; ** p<.05)

Variables (N=37)	M	ET	4	5	6	7	9	10	11	12	13	14	15	17	18	19	20	21	22	
4 Besoin d'autonomie	26,47	7,18	--																	
5 Besoin de compétence	30,08	5,82	0,50*	--																
6 Besoin d'affiliation	34,19	10,54	0,59*	0,43*	--															
7 Satisfaction globale des besoins	90,75	10,53	0,83*	0,71*	0,89*	--														
9 SS, attachement	12,97	1,80	0,34**	0,24	0,33**	0,33**	--													
10 SS, aide concrète	13,58	2,33	0,54**	0,14	0,55*	0,54*	0,52*	--												
11 SS, conseil	11,77	1,68	0,17	0,17	0,22	0,22	0,40**	0,44*	--											
12 SS, intégration social	12,14	2,73	0,09	0,10	0,39**	0,39**	0,46*	0,45*	0,15	--										
13 SS, assurance de sa valeur	12,64	2,47	0,48*	0,38*	0,58*	0,58*	0,64*	0,44*	0,12	0,46*	--									
14 SS, besoin de se sentir utile	13,08	2,37	-0,33	-0,13	-0,06	-0,19	0,17	0,07	-0,02	0,34**	-0,02	--								
15 SS global	76,20	8,77	0,32	0,23	0,53*	0,47*	0,79*	0,74*	0,47*	0,78*	0,69*	0,42*	--							
17 BE, estime de soi	14,31	2,73	0,33**	0,47*	0,51*	0,54**	0,36**	0,26	0,30	0,06	0,31	0,03	0,31	--						
18 BE, équilibre	14,64	2,73	0,28	0,47*	0,37**	0,44**	0,42*	0,22	0,30	0,35**	0,37**	-0,03	0,41**	0,64*	--					
19 BE engagement	14,94	2,45	0,38**	0,47*	0,50*	0,55*	0,54*	0,39**	0,25	0,27	0,48*	0,06	0,50*	0,64*	0,48*	--				
20 BE sociabilité	15,81	2,93	0,05	0,07	0,38**	0,25	0,58*	0,23	0,04	0,54*	0,48*	0,31	0,57*	0,33**	0,44*	0,53*	--			
21 BE contrôle de soi	14,31	2,35	0,08	-0,11	-0,03	-0,08	0,27	0,09	0,07	0,01	0,03	0,03	0,11	0,14	0,24	0,19	0,28	--		
22 BE bonheur	16,36	4,31	0,17	0,01	0,41*	0,21	0,54*	0,27	0,18	0,49*	0,40**	0,13	0,52*	0,45*	0,58*	0,52*	0,81*	0,44*	--	

Tableau 2. Moyennes, écart-types et corrélations. BE : Bien-être, SS : Support Social (* p<.01 ; ** p<.05)

Variables (N=37)	M	ET	1	2	3	8	17	18	19	20	21	22
1 Latitude	66,14	7,64	--									
2 Soutien	21,58	4,60	0,21	--								
3 Récompenses	23,44	5,64	-0,15	0,06	--							
8 Affects positifs	37,31	5,31	0,10	0,08	-0,05	--						
17 Bien-être, estime de soi	14,31	2,73	0,20	0,52*	0,14	0,62*	--					
18 Bien-être, équilibre	14,64	2,73	0,13	0,39*	0,22	0,37*	0,64*	--				
19 Bien-être engagement	14,94	2,45	0,12	0,28	0,23	0,53*	0,65*	0,48*	--			
20 Bien-être sociabilité	15,81	2,93	-0,07	-0,18	0,09	0,35*	0,33**	0,44*	0,53*	--		
21 Bien-être contrôle de soi	14,31	2,35	-0,24	-0,08	0,13	-0,04	0,14	0,24	0,19	0,27	--	
22 Bien-être bonheur	16,36	4,31	-0,11	0,24	0,17	0,31	0,45**	0,58**	0,52*	0,81	0,44*	--

Tableau 3. Moyennes, écart-types et corrélations (* $p < .01$; ** $p < .05$)

En revanche, la dernière des sous-dimensions du support social (le besoin de se sentir utile et nécessaire) n'est corrélée significativement avec aucune des sous-échelles du bien-être. Les sous-échelles attachement, intégration sociale, assurance de sa valeur sont, donc, les plus pertinentes à prendre en compte lorsque l'on s'intéresse au bien-être.

Affects positifs et bien-être psychologique (H3)

Les affects positifs sont corrélés positivement au bien-être psychologique ($r=0,47$; $p < .01$), ce qui confirme H3. Plus spécifiquement (tableau 3), les affects sont corrélés avec les sous-échelles d'estime de soi ($r=0,62$; $p < .01$), d'équilibre ($r=0,37$; $p < .05$), d'engagement ($r=0,53$; $p < .01$) et de sociabilité ($r=0,35$; $p < .05$). Plus les personnes auront

tendance à éprouver des affects positifs, plus elles ressentiront du bien-être.

Latitude, soutien, récompenses et bien-être (H4)

Ces trois variables, très largement utilisées, sont issues des questionnaires des modèles de Karasek et Siegrist, devenus des références pour explorer les contraintes de travail (Tabanelli et coll., 2008). Les résultats (tableau 3) montrent que la latitude n'est pas corrélée significativement avec le bien-être, tout comme les récompenses. En revanche, le soutien est positivement corrélé avec le bien-être global ($r=0,35$; $p < .05$) et, spécifiquement, avec les sous-échelles d'estime de soi ($r=0,52$; $p < .01$) et d'équilibre ($r=0,39$; $p < .01$), ce qui valide partiellement H4.

Résultats des régressions multiples

Var.	dépendante : Bien-être	F	Adjusted R ²	β	Erreur type de β	B	Erreur type de B
	Soutien	8,36	0,56	0,13	0,14	0,37	0,36
	Besoin d'appartenance			0,26	0,19	0,24	0,18
	Affects positifs			0,39*	0,13	0,97	0,32
	Support social, attachement			0,44*	0,17	3,21	1,28
	Support social, aide concrète			-0,01	0,17	-0,03	0,98
	Support social, intégration sociale			0,20	0,14	0,98	0,68
	Support social, assurance de son utilité			-0,16	0,18	-0,84	0,93

Tableau 4. Régression des variables explicatives sur le bien-être (* $p < .01$)

Les régressions multiples (tableau 4) sur le bien-être psychologique permettent d'identifier les variables qui y contribuent le plus significativement. Les corrélations ont permis d'identifier certaines dimensions de la satisfaction des besoins ou encore du support social, comme étant liées au sentiment de bien-être. Les régressions multiples sur le bien-être global ($R^2_{\text{adj}} = .56$, $F_{(1,34)} = 8,76$, $p < .01$) identifient les affects positifs ($\beta = .39$) et la sous-échelle d'attachement du support social ($\beta = .44$), comme variables expliquant le mieux le sentiment de bien-être que les aides-soignants et les infirmiers interrogés ressentent, ce qui valide H5. Ainsi, le sentiment de bien-être serait particulièrement expliqué par des variables individuelles, les affects positifs et l'attachement ou support émotionnel.

DISCUSSION

Conformément aux recherches de Ryan et Deci (2000) et Forest et coll. (2010), l'hypothèse H1, supposant une corrélation positive entre la satisfaction des trois besoins fondamentaux et le score global de bien-être est validée. Concrètement, le bien-être global du personnel soignant est particulièrement associé au besoin d'affiliation. Les besoins d'autonomie et de compétences sont tous associés à deux sous-composantes du bien-être, l'estime de soi et l'engagement. Ces résultats attestent de l'importance, pour le personnel soignant, de satisfaire un besoin d'affiliation, notamment, grâce au collectif de travail et à l'identité métier, qu'il faut préserver. Le sentiment d'autonomie et de compétence s'associe à l'estime de soi et l'engagement. Alors, la capacité du personnel soignant à assurer une qualité de soin et à ajuster sa pratique aux besoins des patients apparaissent favorables au bien-être.

L'hypothèse H2, fondée sur l'outil de Cutrona et Russell (1987) et les recherches de Bolger et Amarel (2005) est validée. Le support social est corrélé au bien-être global du personnel soignant. Les sous-dimensions du support social les plus significatives sont l'attachement, l'intégration sociale, l'assurance de sa valeur. Ces dimensions reflètent l'importance, pour le personnel soignant, de se sentir affilié et solidement intégré à un collectif, tout en étant reconnu et assuré de sa valeur, notamment, dans le cadre de l'exercice du travail. Pour le personnel soignant, la reconnaissance de sa valeur passe aussi par la qualité des soins dispensés et appréciés par les patients. Cependant, cette qualité de soin est souvent dépendante des moyens mis à disposition par l'organisation. Ainsi, manquer de moyens

pour exercer leurs tâches peut exposer le personnel soignant à des jugements négatifs sur leur travail et toucher leur bien-être.

En référence aux recherches de Diener (2000), l'hypothèse H3 supposant une corrélation entre les affects positifs et le bien-être est validée. Les affects positifs sont associés à la quasi-totalité des sous-dimensions du bien-être, ce qui en fait une variable particulièrement importante pour favoriser la santé psychologique. Pour l'hypothèse H4, parmi les trois ressources de références prises en compte (Demerouti, Bakker, 2011), seul, le soutien social est corrélé positivement avec le bien-être. Plus que les marges de manœuvre et la possibilité de développer ses compétences (abordées dans l'échelle de latitude) ou la rémunération, le contrôle sur le statut professionnel et l'estime reçue (l'échelle de récompenses), c'est le soutien des collègues et des supérieurs, qu'il soit professionnel ou émotionnel, qui est lié au bien-être.

En somme, des liens forts sont mis en évidence entre le sentiment de bien-être et la satisfaction du besoin d'affiliation, le support social relativement à l'attachement, l'intégration sociale et l'assurance de sa valeur, les affects positifs, ainsi que le soutien perçu au travail. Ces facteurs, individuels, organisationnels ou à l'intersection entre les deux, sont autant d'indicateurs du bien-être identifiés dans cette étude.

Parmi ces indicateurs, les régressions multiples (H5) identifient les affects positifs et la sous-échelle d'attachement social du support social, comme les variables expliquant le mieux le sentiment de bien-être. Ainsi, ce sont, essentiellement, les facteurs individuels, qui expliquent le mieux le sentiment de bien-être ressenti par les personnes interrogées. Le fait de bénéficier d'un soutien émotionnel (attachement) et d'éprouver des affects positifs, dans un milieu où l'exposition à la souffrance est très présente, sont des facteurs de bien-être qu'il s'agira de préserver. Ces résultats font écho à la vision de la place du travail, défendue par Lancry et Ponnelle (2004), qui considèrent qu'il participe au processus de socialisation, de construction identitaire et de réalisation de soi. Comme le notent de nombreux auteurs, le travail est, à la fois, favorable à l'équilibre et l'accomplissement personnel, tout en pouvant être un facteur de fragilisation physique et psychique pour la personne (Bressol, 2004 ; Davezies, 1999 ; Davezies, Devaux, Torres, 2006 ; Dejours, 2010 ; Gollac, Bodier, 2011 ; Volkoff, 2005).

Ainsi, pour favoriser la santé psychologique au travail, il serait utile de développer une connaissance plus précise des facteurs organisationnels, associés aux aspects négatifs de l'état psychologique et de ceux liés à l'état positif qu'est le bien-être.

Les nombreux travaux associés au modèle JD-R (Demerouti, Bakker, 2011) admettent un éventail de facteurs en lien avec des aspects négatifs de l'état psychologique, comme l'épuisement professionnel (Maslach, Leiter, 2011). Les travaux issus de la psychologie positive permettent de mieux comprendre les liens entre différentes caractéristiques personnelles ou environnementales (Biswas-Diener Kashdan, King, 2009 ; Cottraux, 2012 ; Seligman, Steen, Peterson, 2005) et le sentiment de bien-être (Bolier et coll., 2013), mais rarement dans le cadre professionnel. Dans cette étude nous avons souhaité examiner une population particulièrement exposée aux risques psychosociaux. Nous inscrivant dans une démarche positiviste, nous avons étudié l'aspect positif de la santé psychologique, le bien-être, en rapport avec des facteurs personnels et organisationnels.

L'une des limites de l'étude réside dans la taille de son échantillon, qui gagnerait à être plus important. L'analyse des différences de réponses entre les aides-soignants et les infirmiers aurait été plus pertinente, mais, statistiquement, les sous-effectifs sont trop faibles pour le permettre. Le service dans lequel s'exerce l'activité, notamment urgence et psychiatrie, pourrait également influencer le sentiment de bien-être. Une limite de l'étude touche à la prise en compte de facteurs souvent associés à la tension au travail ou au stress, mais pas spécifiquement associés au bien-être. Ainsi, une autre limite de l'étude tient au manque de mesure de facteurs organisationnels, comme la justice organisationnelle. D'un autre côté, il serait intéressant de prendre en compte, de manière plus spécifique, les liens entre la satisfaction des besoins, les ressources au travail (soutien, récompenses) et, aussi, les exigences (Demerouti, Bakker, 2011). En effet, dans leur théorie de l'auto-détermination, Deci et Ryan (1991) considèrent que la satisfaction des besoins fondamentaux est associée à la motivation intrinsèque. Demerouti et Bakker (2011) postulent que les ressources ont un potentiel motivationnel qui permet un engagement professionnel important, tout en ayant un effet tampon entre les exigences du travail et la santé. C'est dans cette perspective que nos recherches se poursuivront, afin de mesurer l'effet que les interactions entre exigences et ressources peuvent avoir sur la satisfaction des besoins et le bien-être.

CONCLUSION

Face aux difficultés inhérentes à leur activité (contact quotidien avec un public en souffrance), au fonctionnement organisationnel (polyvalence, rotation de personnel, horaires étendus), ainsi qu'aux décisions institutionnelles (calquer le fonctionnement de l'hôpital sur celui de l'entreprise), les conditions de travail du personnel soignant ont nécessité d'être examinées (ministère de la Santé et des Solidarités, 2007). L'objectif de cette recherche exploratoire était d'identifier des indicateurs de bien-être du personnel soignant, population particulièrement exposée aux tensions au travail (Manoukian, 2009). Les affects positifs et le support émotionnel ou attachement et, dans une moindre mesure, le soutien au travail, l'intégration sociale, l'assurance de sa valeur, l'aide concrète, ainsi que la satisfaction du besoin d'affiliation sont les principaux indicateurs de bien-être, qui ressortent de l'étude. Ainsi, le fait d'être entouré, intégré, reconnu et soutenu au travail, tout en développant un sentiment d'affiliation, est un élément clef s'agissant du bien-être.

La dimension relationnelle, qu'elle soit personnelle ou professionnelle, apparaît, alors, comme essentielle. Ces constats mettent en évidence la place importante du collectif de travail, mais aussi la possibilité de concilier sa vie au travail et hors travail, pour permettre d'organiser sa vie sociale. La qualité des liens sociaux au travail et en dehors, ainsi que le potentiel des personnes à éprouver des états affectifs positifs, ressortent comme des indicateurs importants. Ainsi, les institutions publiques et les entreprises privées, dans leur démarche de développement de la qualité de vie au travail et de prévention des risques psychosociaux, devraient être plus attentives au collectif de travail. En effet, le collectif de travail, ainsi que le sentiment de communauté, jouent un rôle de défense important contre l'extérieur et protègent la santé mentale des individus qui en font partie (Davezies, 2005). Le collectif de travail aura, alors, une place particulièrement importante et même structurante. En outre, le fait que le collectif légitime l'orientation d'un individu est salvateur pour la santé mentale, car ce n'est pas l'individu en lui-même qui est mis en cause, mais c'est une position commune. Ce cadre protecteur, instauré par le collectif, permet aux individus d'avoir un espace d'expression et de développement qui protège contre l'échec, tout en permettant de ne pas porter seul le poids du travail. C'est d'autant plus marqué dans un secteur très corporatif, comme les métiers du domaine médical et compte tenu de l'exposition à la souffrance,

la maladie et la mort. En somme, le collectif de travail est constructeur de santé (Davezies, 2005). *A contrario*, l'isolement des salariés et l'absence de collectif, constituent un facteur de risques psychosociaux (Davezies, 2005 ; Petit, Dugué, Coutarel, 2009). Pour Davezies (2005) le collectif protège l'individu par la transmission de savoir-faire, de gestion des problèmes, de la manière de se situer par rapport aux membres de l'entreprise, ce qui réduit les tâtonnements et les conflits. Il permet, d'un autre côté, l'intégration de nouveaux membres et procure le sentiment d'une orientation commune, qui est une base de la solidarité.

Concrètement, dans le cadre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, des efforts pourraient être faits autour de la possibilité de développer des liens sociaux au sein des équipes de travail, sur la visibilité des plannings, afin d'organiser au mieux sa vie personnelle et sur le développement de moments d'échanges, favorisant

l'établissement de liens sociaux forts, afin de développer un sentiment d'affiliation. Le collectif de travail, la dimension participative (Colombat, 2012) et le temps dont le collectif dispose pour exister sont essentiels dans une organisation de travail (Lachman, Larose, Pénicaut, 2010). Le collectif instaure, en effet, un cadre protecteur et permet aux individus d'avoir un espace d'expression et d'échanges. L'organisation, la répartition et la visibilité des temps de travail, d'échanges sur le travail (réunions) et d'échanges entre collègues (pauses, déjeuners, événements) apparaissent comme des leviers à mobiliser pour promouvoir le bien-être. Dab (2008) constate que les problèmes de santé au travail ont été essentiellement pensés au niveau individuel aux dépens d'une logique plus collective. Ce constat est particulièrement vrai pour le bien-être au travail, qui sera d'autant plus ressenti qu'il existera un espace spatio-temporel pour le développement de liens sociaux de qualité.

RÉFÉRENCES

- ACHILLE (Marie A).– Définir la santé au travail, I. La base conceptuelle d'un modèle de la santé au travail, dans Foucher (R.), Savoie (A.), Brunet (L), *Concilier performance organisationnelle et santé psychologique au travail*, Montréal, QC, Éditions nouvelles, 2003, p. 65-90.
- BEAUGRAND (Jacques P).– Démarche scientifique et cycle de la recherche, dans Robert (M.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, Saint-Hyacinthe, QC, Edisem, 1988, p. 1-35.
- BISWAS-DIENER (Robert), KASHDAN (Todd B.), KING (Laura A).– Two traditions of happiness research, not two distinct types of happiness, *The Journal of Positive Psychology*, 4, 3, 2009, p. 208-211.
- BOISSON (Marine), GODOT (Clélia), SAUNERON (Sarah).– *La santé mentale, l'affaire de tous*, Paris, Centre d'analyse stratégique, 2010.
- BOLGER (Niall), AMAREL (David).– Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence, *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 3, 2007, p. 458-475.
- BOLIER (Linda), HAVERMAN (Merel), WESTERHOF (Gerben J.), RIPER (Heleen), SMIT (Filip), BOHLMELJER (Ernst).– Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies, *BMC Public Health*, 13, 2013, p. 119-139.
- BORTEYROU (Xavier), TRUCHOT (Didier), RASCLE (Nicole).– Le stress chez le personnel travaillant en oncologie : une tentative de classification des stratégies de coping, *Psychologie du travail et des organisations*, 15, 4, 2009, p. 380-398.
- BRESSOL (Elyane).– *Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés*, Paris, Conseil économique, social et environnemental, 2004.
- CARON (Jean).– L'échelle de provisions sociales : une validation québécoise, *Santé mentale au Québec*, 21, 2, 1996, p. 158-180.
- CARR (Alan).– *Positive Psychology the Science of Happiness and Human Strengths*, Londres, Routledge, 2011.
- CHERKAOUI (Widad), MONTARGOT (Nathalie), YANAT (Zahir).– Changement organisationnel et déterminants du stress : étude exploratoire du stress perçu par les infirmiers de l'hôpital DS au Maroc, *Questions de management*, 1, 2012, p. 41-55.
- COHIDON (Christine), IMBERNON (Ellen).– Santé mentale et travail, de la connaissance à la surveillance, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 25-26, 2009, p. 259-261.
- COLOMBAT (Philippe).– *Qualité de vie au travail et management participatif*, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2012.

- COTTEREAU (Marie-José), LEYRELOUP (Anne-Marie), DIGONNET (Emmanuel), IVANOV-MAZZUCCONI (Stefka).– *Dictionnaire infirmier de psychiatrie*, Paris, Masson, 2005.
- COTTRAUX (Jean).– *Psychologie positive et bien-être au travail*, Paris, Elsevier/Masson, 2012.
- CUTRONA (Caroline E.), TROUTMAN (Beth R.).– Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression, *Child Development*, 57, 6, 1986, p. 1507-1518.
- CUTRONA (Caroline E.), RUSSELL (Daniel W.).– The provision of social support and adaptation to stress, *Advance in Personal Relationships*, 1, 1987, p. 37-67.
- DAB (William).– *Rapport sur la formation des managers et ingénieurs en santé au travail*, Paris, Ministère du travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social, 2008.
- DAGENAIS-DESMARAIS (Véronique), SAVOIE (André).– What is psychological well-being, really? A grassroots approach from organizational sciences, *Journal of Happiness Studies*, 13, 4, 2012, p. 659-668.
- DAVEZIES (Philippe).– Évolutions des organisations et atteintes à la santé, *Travailler*, 3, 1999, p. 87-114.
- DAVEZIES (Philippe).– La santé au travail, une construction collective, *Santé et travail*, 52, 2005, p. 24-28.
- DAVEZIES (Philippe), DEVAUX (Annie), TORRES (Christian).– Repères pour une clinique médicale du travail, *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 67, 2006, p. 119-125.
- DEBOUT (Frédérique), FAURE (Sonya), FLIPO (Fabrice), GERNET (Isabelle), LE LAY (Stéphane), LUSSON (Julien), VINCENT (Julien).– La santé à l'épreuve du travail, *La découverte mouvements*, 58, 2009, p. 7-12.
- DECI (Edward L.), RYAN (Richard M.).– *Handbook of Self-Determination*, New York, Boydell et Brewer, 1991.
- DECI (Edward L.), RYAN (Richard M.), GAGNÉ (Marylène), LEONE (Dean R.), USUNOV (Julian), KORNAZHEVA (Boyanka P.).– Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former Eastern bloc country, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 2001, p. 930-942.
- DEJOURS (Christophe).– Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ?, *Le travail humain*, 58,1, 1995, p. 1-16.
- DEJOURS (Christophe).– *Observations cliniques en psychopathologie du travail*, Paris, Presses universitaires de France, 2010.
- DEMEROUTI (Evangélina), BAKKER (Arnold B.).– The job demands-resources model: Challenges for future research, *South African Journal of Industrial Psychology*, 37, 2, 2011, p. 1-9.
- DEMEROUTI (Evangélina), BAKKER (Arnold B.), NACHREINER (Friedhelm), SCHAUFELI (Wilmar B.).– The job demands-resources model of burnout, *Journal of Applied Psychology*, 86, 2001, p. 499-512.
- DESRUMAUX (Pascale).– Le harcèlement moral au travail. Réponses psychosociales, organisationnelles et cliniques, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2011.
- DESRUMAUX (Pascale), LEMOINE (Claude).– Qualité de vie au travail, bien-être, épuisement professionnel et harcèlement, dans Bernaud (J.-L.), Lemoine (C.), *Traité de psychologie du travail et des organisations*, Paris, Dunod, 2012, p. 421-448.
- DESRUMAUX (Pascale), VONTHRON (Anne-Marie), POHL (Sabine).– *Qualité de vie, risques et santé au travail*, Paris, L'harmattan, 2011.
- DIENER (Ed).– Assessing subjective well-being: Progress and opportunities, *Social Indicators Research*, 31, 1994, p. 103-157.
- DIENER (Ed).– Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index, *American Psychologist*, 55, 2000, p. 34-43.
- DIENER (Ed), SAPYTA (Jeffrey J.), SUH (Eunkook M.).– Subjective well-being is essential to well-being, *Psychological Inquiry*, 9, 1, 1998, p. 33-37.
- FILLION (Lise), DESBIENS (Jean-François), TRUCHON (Manon), DALLAIRE (Clémence), ROCH (Geneviève).– Le stress au travail chez les infirmières en soins palliatifs de fin de vie selon le milieu de pratique, *Psycho-Oncology*, 5, 2011, p. 127-136.
- FISHER (Cynthia D.).– Happiness at work, *International Journal of Management Reviews*, 12, 4, 2010, p. 384-412.
- FOREST (Jacques), DAGENAIS-DESMARAIS (Véronique), CREVIER-BRAUD (Laurence), BERGERON (Eliane), GIROUARD (Sarah).– Le lien entre la santé mentale et la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale. *Gestion - Revue internationale de gestion*, 35, 3, 2010, p. 20-26.
- GOLLAC (Michel), BODIER (Marceline).– *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Paris, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011.
- HARRIS (Gregory E.), CAMERON (James E.).– Multiple dimensions of organizational identification and commitment as predictors of turnover intentions and psychological well-being, *Canadian Journal of Behavioural Science*, 37, 3, 2005, p. 159-169.
- HOFBOLL (Stevan E.).– Social and psychological resources and adaptations, *Review of General Psychology*, 6, 2002, p. 302-324.
- ILARDI (Barbara C.), LEONE (Dean), KASSER (Tim), RYAN (Richard M.).– Employee and supervisor ratings of motivation: Main effects and discrepancies associated with job satisfaction and adjustment in a factory setting, *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1993, p. 1789-1805.

INSTITUT de la statistique du Québec.– *Santé mentale et bien-être des adultes québécois, un aperçu à partir de quelques indicateurs-clés*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010.

KAHNEMAN (Daniel), DIENER (Ed.), SWARZ (Norbert).– *Well-being: The foundations of hedonic psychology*, New York, Russel Sage, 1999.

KAMMANN (Richard).– Objective circumstance, life satisfactions and sense of well-being: Consistencies across time and place, *New Zealand Psychologist*, 12, 1983, p. 14-22.

KARASEK (Robert A.), THEORELL (Töres).– *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic books, 1990.

KASHDAN (Todd B.), BISWAS-DIENER (Robert), KING (Laura A.).– Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia, *The Journal of Positive Psychology*, 3, 4, 2008, p. 219-233.

KEYES (Corey L. M.).– Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health, *American Psychologist*, 62, 2, 2007, p. 95-108.

KEYES (Corey L. M.), LOPEZ (Shane L.).– Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions, dans Snyder (C. R.), Lopez (S. J.), *Handbook of Positive Psychology*, New York, Oxford university press, 2002, p. 45-59.

KEYES (Corey L. M.), MAGYAR-MOE (Jeana L.).– The measurement and utility of adult subjective well-being, dans Lopez (S. L.), Snyder (C. R.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures*, Washington, DC, American psychological association, 2003, p. 411-415.

KEYES (Corey L. M.), SHMOTKIN (Dov), RYFF (Carol D.).– Optimizing wellbeing: The empirical encounter of two traditions, *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 6, 2002, p. 1007-1022.

KRAUT (Richard).– Two Conceptions of Happiness, *The Philosophical Review*, 88, 2, 1979, p. 167-197.

LABELLE (Rééal), BASTIN (Etienne), DUBÉ (Micheline), ALAIN (Michel), BOUFFARD (Léandre), LAPIERRE (Sylvie).– Bien-être et détresse psychologique : vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale, *Revue québécoise de psychologie*, 21, 2000, p. 71-87.

LACHMAN (Henri), LAROSE (Christian), PÉNICAUD (Muriel).– *Bien-être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*, Paris, Documentation nationale, 2010.

LANCY (Alain), PONNELLE (Sandrine).– La santé psychique au travail, dans Brangier (E.), Lancry (A.), Louche (C.), *Les dimensions humaines au travail*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2004, p. 285-312.

LARAQUI (Omar), LARAQUI (Siham), TRIPODI (Dominique), CAUBET (Alain), VERGER (Christian), LARAQUI (Chakib H.).–

Évaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc : à propos d'une étude multicentrique, *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 69, 5-6, 2008, p. 672-682.

LORIOU (Marc).– La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière, *Prévenir*, 2001, p. 183-188.

LORIOU (Marc).– Travail émotionnel et soins infirmiers, *Santé mentale*, 177, 2013, p. 60-63.

MANOUKIAN (Alexandre).– *La souffrance au travail, les soignants face au burn-out*, Paris, Lamarre, 2009.

MASLACH (Christina), LEITER (Michael P.).– *Burn-out le syndrome d'épuisement professionnel*, Paris, Les arènes, 2011.

MASSÉ (Raymond), POULIN (Carole), DASSA (Clément), LAMBET (Jean), BÉLAIR (Sylvie), BATTAGLINI (Alex).– Élaboration et validation d'un outil de mesure de bien-être psychologique : l'EMMBE, *Revue canadienne de santé publique*, 89, 5, 1998a, p. 352-357.

MASSÉ (Raymond), POULIN (Carole), DASSA (Clément), LAMBERT (Jean), BÉLAIR (Sylvie), BATTAGLINI (Alex).– The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures, *Social Indicator Research*, 45, 1998b, p. 475-504.

McMAHON (Darrin M.).– *Happiness: A History*, New York, Grove press, 2006.

MILLER (M. L.).– Adaptation and life satisfaction of the elderly, Thèse de doctorat. Boston, MA, Boston college, 1980.

MILLS (Lane), HUEBNER (Scott).– A prospective study of personality characteristics, occupational stressors and burnout among school psychology practitioners, *Journal of School Psychology*, 36, 1998, p. 103-120.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS.– Circulaire DHOS/P1/DGAS/5C/2007 numéro 2007-123 relative à la mise en œuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) dans les établissements publics de santé et les établissements participant au service public hospitalier et dans les établissements sociaux et médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière, *Bulletin officiel*, 6, 2007.

MOLINIER (Pascale).– Travail et compassion dans le monde hospitalier, *Les cahiers du genre*, 28, 2000, p. 49-70.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES.– *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, Paris, Éditions OCDE, 2008.

ORGANISATION MONDIALE POUR LA SANTÉ.– *Constitution de l'organisation mondiale de la santé*. Adopté lors de la Conférence internationale pour la santé, New York, 1946.

ORGANISATION MONDIALE POUR LA SANTÉ.– *Atlas: Mental health resources in the world*, Genève, World health organization, department of mental health and substance dependence, 2001.

PETIT (Johann), DUGUÉ (Bernard), COUTAREL (Fabien).–

Approche des risques psychosociaux du point de vue de l'ergonomie, dans Lerouge (L.), *Risques psychosociaux au travail*, Paris, L'harmattan, 2009, p. 51-72.

PURCELL (Stacey R.), KUTASH (Mary), COBB (Sarah).— The relationship between nurses' stress and nurse staffing factors in a hospital setting, *Journal of Nursing Management*, 19, 6, 2011, p. 714-720.

RANDON (Stéphane), BARET (Christophe), PRIOUL (Christine).— La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale, *Management & Avenir*, 9, 49, 2011, p. 133-149.

REICH (John R.), ZAUTRA (Alex J.).— Life events and personal causation: Some relationships with satisfaction and distress, *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 1981, p. 102-112.

RYAN (Richard M.), DECI (Edward L.).— Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation social development, and well-being, *American Psychologist*, 55, 2000, p. 68-78.

RYAN (Richard M.), DECI (Edward L.).— On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well being, *Annual Review of Psychology*, 52, 2001, p. 141-166.

RYFF (Carol D.), SINGER (Burton H.).— Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being, *Journal of Happiness Studies*, 9, 1, 2008, p. 13-39.

SELIGMAN (Martin E.).— Positive health, *Applied psychology: An international review*, 57, 2008, p. 3-18.

SELIGMAN (Martin E.), STEEN (Tracy A.), PETERSON (Christopher P.).— Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychology*, 60, 2005, p. 410-421.

SHMOTKIN (Dov).— Declarative and differential aspects of subjective well-being and its implications for mental health in later life, dans Lompranz (J.), *Handbook of aging and mental health: An integrative approach*, New York, Plenum press, 1998, p. 15-43.

SIEGRIST (Johannes).— Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions, *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 1, 1996, p. 27-41.

SQUEIRA (Mirlene M. M.), PADOVAM (Valquiria A. R. P.).— Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicólogo e bem-estar no irabalho, *Psicologia : teoria e pesquisa*, 24, 2, 2008, p. 201-209.

SUMER (Équipe).— *Les expositions aux risques professionnels par famille professionnelle, résultats Sumer 2003*. Document d'étude n°21, Paris, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, 2006.

SWEENEY (Paul D.), SCHAFFER (David E.), GOLIN (Sanford).— Pleasant events, unpleasant events, and depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 1982, p. 136-144.

TABANELLI (Maria C.), DEPOLO (M.), COOKE (Robin M. T.), SARCHIELLI (Guido), BONFIGLIOLLO (Roberta), MATTIOLI (Stefano), VIOLANTE (Francesco S.).— Available instruments for measurement of psychological factors in the work, *International Archive of Occupational Environmental Health*, 82, 2008, p. 1-12.

TROCHIM (William M.).— *The research methods database*. <http://www.socialresearchmethods.net/kb/>, 2006.

TRUCHOT (Didier).— *L'épuisement professionnel : concepts, modèles, interventions*, Paris, Dunod, 2015.

TURCOTTE (Daniel).— Aide professionnelle et groupe d'entraide : une démarche combinée pour les parents d'adolescent(e)s, *Intervention*, 85, 1990, p. 64-72.

VALETTE (Jean-Claude).— La prévention du risque organisationnel psychosocial par l'écoute compréhensive du travail, www.comprendre-agir.org, 2005.

VAN DEN BROECK (Anja), VANSTEENKISTE (Maarten), DE WITTE (Hans), LENS (Willy).— Explaining the relationship between job characteristics, burnout, and engagement: The role of basic psychological need satisfaction, *Work & Stress*, 22, 2008, p. 277-294.

VOLKOFF (Serge).— *L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions et pièges*, Toulouse, Octarès, 2005.

WARR (Peter), BARTER (Joanna), BROWBRIDGE (Garry).— On the independence of negative and positive affect, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1983, p. 644-651.

WATERMAN (Alan S.).— Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment, *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 4, 1993, p. 678-691.

WATERMAN (Alan S.), SCHWARTZ (Seth J.), CONTI (Regina).— The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimonia) for the understanding of intrinsic motivation, *Journal of Happiness Studies*, 9, 2008, p. 41-79.

WATSON (David), CLARK (Lee A.), TELLEGEN (Auke).— Negative affectivity: The disposition and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1988, p. 1063-1070.

WEISS (Robert S.).— Materials for a theory of social relationships, dans Bennis (W.), Berlow (D.), Schein (E.), Steele (S. F.), *Interpersonal Dynamics*, Belmont, Dorsey Press, 1973, p. 103-111.

WESTERHOF (Gerben J.), KEYES (Corey L. M.).— Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan, *Journal of Adult Development*, 17, 2, 2010, p. 110-119.

XIE (Zhenyu), WANG (Aolin), CHEN (Bo).— Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai, *Journal of Advanced Nursing*, 67, 7, 2011, p. 1537-1546.