

**ETUDE DES FACTEURS DE STRESS EN INSTITUTION
HOSPITALIERE ET LEURS EFFETS SUR LA MOTIVATION AU
TRAVAIL DU PERSONNEL**

JEAN-BAPTISTE-BOULINGUI

Institut de Recherche en Sciences Humaine Libreville, Gabon
jeanbaptisteboulingui@gmail.com

Résumé : *Cette étude se situe dans le prolongement des travaux menés sur le stress, en milieu médical, notamment chez les infirmiers (Verquerre&Rusineck-Nisot, 1998) et chez les médecins généralistes (Van Daele, 2000 ; Vidal, Gleizes & Rasavet, 2000) et s'appuie sur la problématique suivant laquelle les personnels de santé en milieu hospitalier, notamment les personnels soignants, dans l'exercice de leur fonction, sont confrontés souvent à de contraintes multiples dans leur lutte sans répit contre la souffrance et la maladie chez les patients dont ils ont la charge.*

L'objectif ici est donc de montrer que le stress ressenti, en milieu hospitalier, est susceptible d'influencer négativement l'organisation de la vie hors travail du personnel féminin, notamment les sages-femmes (n= 36), exerçant dans les hôpitaux publics. Les résultats obtenus grâce aux diverses techniques statistiques utilisées (statistique descriptive, analyse corrélacionnelle, régression multiple), indiquent que ces dernières, dans leur vie hors travail, focalisent leur satisfaction principalement autour des relations amicales. Par contre, elles paraissent très stressées, dans le cadre de leur travail. Mais, cet état de stress a peu d'influence sur le déroulement des activités extra-professionnelles. Cela peut s'expliquer par l'organisation sociale de notre environnement basée sur la solidarité, l'entraide, l'esprit de communauté, etc. ; ce qui peut avoir pour conséquence, l'atténuation du stress ressenti au travail.

En définitive, cette étude suggère que, dans sa prévention ou sa thérapie, le stress ne peut être traité de manière isolée et que c'est l'ensemble de la personnalité de l'individu qu'il faut prendre en compte et préconise ainsi la

nécessité de mêler des méthodes cliniques d'intervention orientées vers des individus, avec des mesures ergonomiques et organisationnelles orientées vers la situation de travail où l'hôpital est vu comme un système.

Mots-clés : *stress professionnel, vie hors travail, sages-femmes, hôpitaux publics.*

Abstract

This study is an extension of the work done on stress, in medical settings, particularly among nurses (Verquerre&Rusinek-Nisot, 1998) and for general practitioners (Van Daele, 2000; Vidal, Gleizes&Rasavet, 2000) and relies on the following issues which hospital health workers, including health care workers, in the exercise of their function, are often faced with many constraints in their constant struggle against suffering and disease in patients they are responsible.

The aim here is therefore to show that the perceived stress, hospital, is likely to affect the organization of life outside work of female staff, including midwives (n = 36), working in hospitals public. The results achieved through the various techniques used statistics (descriptive statistics, correlational analysis, multiple regression) indicate that these, in their lives outside work, focus their satisfaction mainly around friendly relations. By cons, they seem very stressed, as part of their work. But this state of stress has little influence on the conduct of non-work activities. This can be explained by the social organization of our environment based on solidarity, mutual aid, community spirit, etc. ; which may result in the attenuation of stress experienced at work. Ultimately, this study suggests that in its prevention or its therapy, stress can not be treated in isolation and that's the whole personality of the individual to be taken into account and thus advocates need to mix clinical intervention methods geared towards individuals, with ergonomic and organizational measures oriented work situation where the hospital is seen as a system.

Keywords: *work stress, life outside work, midwives, public hospitals*

Introduction

L'étude du stress professionnel et son incidence sur la vie des employés suscite un intérêt particulier dans le domaine des sciences sociales. Dans cette optique, notons que si en psychologie, le stress est utilisé pour évoquer les multiples difficultés auxquelles l'individu a du mal à faire face et les moyens dont il dispose pour gérer ses problèmes, il semble par contre que le stress au travail désigne le stress provoqué par des agents stressants qui appartiennent au monde du travail (Kahn & Byosiére, 1992 ; Ponnelle & Vaxvanoghou, 2000).

En effet, le stress au travail est reconnu partout dans le monde comme un problème majeur pour la santé des travailleurs et celle de l'organisation qui les emploie. De ce fait, il est indéniable que les travailleurs stressés sont plus exposés que d'autres aux risques d'être en mauvaise santé, peu motivés, moins productifs, etc. (Gaussin, Karnas & Sporcq, 1998). Les employeurs ne peuvent généralement pas protéger les travailleurs contre le stress extra-professionnel, mais ils peuvent les protéger contre le stress qui survient au travail.

Dans cet ordre d'idées, Renaud (1996, cité par Lancry & Ponnelle, 2004, p. 285), insiste sur l'idée qu'on croit généralement que le travail ne présente pas de danger pour la santé de l'homme, à l'exception évidemment de l'exposition à des agents pathogènes, aux cadences excessives ou encore aux accidents. C'est ce qui, du reste, justifie ce proverbe : « le travail, c'est la santé ». Mais, avec l'avancement de la recherche on commence à introduire des nuances. Car, d'après cet auteur, nous pouvons saisir aujourd'hui des problèmes de santé au travail qui ne se posent plus seulement en termes d'accidents ou d'expositions aux agents pathogènes mettant en danger la santé physique de l'opérateur, mais plutôt en termes de maux psychologiques. Notons que par maux psychologiques, il faut entendre toute maladie occasionnée par la situation de travail susceptible d'affecter la santé mentale et physique de l'employé à court ou long terme. Partant de cette définition, il est donc possible d'envisager le stress professionnel comme l'un de ces maux (Loiselle, Roger, Dussault & Deaudelin, 2000).

Pour leur part, des auteurs tels que Selye (1979), Lazarus et Folkman (1984), Thoits (1991) considèrent le stress comme un processus d'adaptation tant biologique que psychologique de l'individu à son environnement, quand ce dernier devient contraignant. De ce point de vue, le stress serait une réaction de l'organisme en vue de s'adapter aux menaces et aux contraintes de notre environnement. A cet égard, il importe de noter toutefois que le stress peut devenir nocif, s'il est activé à un niveau très élevé et aussi s'il est répété sans possibilité de récupération. Cet aspect de réaction de stress provoque un épuisement professionnel ou *burn-out* chez l'individu (Canoui, 1996).

En considérant ce qui précède, nous étudions ce phénomène de stress chez les sages-femmes gabonaises des hôpitaux publics qui sont soumises à un travail assez délicat : celui de prendre en charge les femmes enceintes jusqu'à leur accouchement. Cela, bien-entendu, entraîne une charge de travail très élevée.

L'objectif de cette étude est donc de montrer que le stress ressenti, en milieu hospitalier par les sages-femmes. De même, en parlant des conséquences du stress, elles affectent la motivation au travail et peuvent également altérer la santé des travailleurs à travers les maladies professionnelles. Nous avons pu observer chez ce personnel des symptômes de pathologies organiques (fatigue, les troubles du sommeil, une perte de concentration, les douleurs de dos et une faible implication dans leur travail). Ensuite, les conséquences du stress peuvent aussi agir sur l'organisation de l'Institution, puisqu'on a également observé chez le même personnel, une élévation du taux d'absentéisme, des demandes d'affectation, une augmentation du taux d'accident, des plaintes des patients, une mauvaise image de l'Institution, une dégradation de la qualité de la prise en charge et du travail en général.

De ce fait, il revient aux responsables de l'Institution hospitalière de mettre un accent sur l'étude de la problématique du stress au travail et d'élaborer des stratégies de prévention des risques psycho-sociaux, des risques physiques, chimiques et biologiques qui peuvent avoir un effet sur la santé et le bien-être du personnel. La prévention du stress

ne peut se réaliser sans faire au préalable un état des lieux au niveau de l'institution, afin d'identifier les facteurs susceptibles de générer le stress.

Notre étude s'inscrit dans ce contexte. L'objectif ici sera donc d'identifier et de décrire les facteurs générateurs de stress, de manière à voir si leurs effets sont susceptibles d'influencer significativement la motivation du personnel du Centre National de Gérontologie/Gériatrie (CNGG).

Dans cette optique, soulignons que le stress a fait l'objet de plusieurs études, à l'instar de celle réalisée par El Hassan Belarif (2004) qui se propose de faire un état des lieux des facteurs organisationnels du stress professionnel des infirmiers et infirmières du Centre Hospitalier Provincial de Béni Mellal, au Maroc. Ainsi, une enquête menée par questionnaire auto-administré, auprès de 105 infirmières et infirmiers au niveau des services cliniques dudit Centre Hospitalier, a été élaboré. Le taux de réponses est de 70%. Un entretien a également eu lieu avec 14 personnes impliquées dans la gestion au niveau de ce centre comme complément à cette enquête. 65% des infirmiers(ères) ont déclaré qu'ils sont stressés par leur travail. Les résultats de cette étude ont confirmé l'existence, à des proportions variables, des facteurs de stress professionnel chez les infirmières et infirmiers. La plupart de ces facteurs sont liés au management. On peut citer entre autres : les mauvaises conditions de travail, l'insuffisance de matériel, La surcharge de travail, la mauvaise répartition des tâches, l'insuffisance d'autonomie dans le travail, la faible implication des infirmiers (ères) à la prise de décision, l'inexistence de formation continue au niveau de l'hôpital, le climat social tendu, le faible soutien de la part de la hiérarchie.

Au regard de cette étude, il est sans conteste que le stress professionnel en milieu médical est une réalité ; le malaise ressenti et exprimé par les professionnels de santé suscite l'intérêt de mener nécessairement des études épidémiologiques dans ce domaine et d'institutionnaliser une stratégie nationale de prévention.

En considérant ce qui précède, le but de notre travail est d'étudier le lien entre les facteurs de stress et la motivation au travail.

Nous allons ainsi de l'hypothèse générale selon laquelle *les facteurs de stress vont varier en fonction des différentes formes de motivation au travail.*

Cette étude se situe donc dans le prolongement des travaux menés sur le stress, en milieu médical, notamment chez les infirmiers (Verquerre&Rusinek-Nisot, 1998) et chez les médecins généralistes (Van Daele, 2000 ; Vidal, Gleizes & Rasavet, 2000). Quant à sa structuration, nous allons d'abord présenter la revue de la littérature et la problématique. Ensuite, nous indiquerons la méthodologie, les résultats et une discussion de notre analyse, avant de conclure.

1. Revue de la littérature

Le stress a d'abord été considéré comme une réponse physiologique de l'organisme à divers agents stressants (Selye, 1974 ; 1979) ; mais, ce modèle mécaniste et linéaire du stress est apparu rapidement insuffisant pour expliquer l'ensemble des phénomènes observés. Progressivement, les processus mis en jeu dans le stress sont apparus comporter non seulement des aspects physiologiques, mais aussi des aspects affectifs et cognitifs (Boussougou-Moussavou, 1997 ; Hellemans & Karnas, 2000). En effet, le stress est aujourd'hui défini comme une transaction individu-environnement dans laquelle l'activité du sujet dans le domaine perceptivo-cognitif devient essentielle (Lazarus&Folkman, 1984 ; Peltzer, 1997). Envisagé dans les premières définitions du stress comme l'objet passif d'une agression, l'individu est aujourd'hui considéré comme un sujet actif qui joue un rôle dans l'évaluation cognitive de la situation génératrice de stress tout comme les stratégies qu'il va mettre en œuvre pour s'adapter à la situation rencontrée (Dianne-Proulx & Boulard, 1998).

A ce titre, il est important de noter que l'approche du thème stress a fait l'objet d'un nombre impressionnant de textes dans la littérature qui ont permis de le cerner sous ses multiples facettes (cf. par exemple Gaussin, Karnas&Sporcq, 1998 ; Caruso, 2000 ; Davezies, 2001 ; De Keyser & Hansez, 2002). Mais, nous nous plaçons ici du point de vue de stress au travail ou stress professionnel. Pour ce faire, nous partons de l'idée qu'il est généralement admis que l'activité

professionnelle et le monde du travail peuvent être générateurs de stress et il existe probablement des professions qui, plus que d'autres, le suscitent. Le stress professionnel est donc une réalité à laquelle les travailleurs sont de plus en plus souvent confrontés (cf. par exemple Vallée, 2003). Le milieu médical n'échappe pas à ce constat. Ainsi, dans ce milieu qui intéresse la présente étude, de nombreux travaux ont souligné l'existence de différentes sources de stress : la surcharge de travail, les relations avec les patients, la confrontation à la mort et à la souffrance, les prises de décisions sous incertitude, etc. (Gadbois, 1981 ; Orozco, 1993 ; Van Daele, 2000). Il faut, par ailleurs, signaler que la plupart des études se focalisent surtout sur les causes du stress dans la pratique médicale, parfois sur les conséquences : irritabilité, dépression, consommation d'alcool et de drogue, suicide, etc. (Ponnelle&Vaxvanoghov, 2000 ; Van Daele, 2000). Les variables qui médiatisent la relation entre le personnel médical et les situations génératrices de stress, ont été moins souvent abordées (Myerson, 1990 ; Hobbs, 1994). Or, nous savons aujourd'hui que le stress ne peut être dissocié de ces variables.

Par ailleurs, il faut noter que la relation patient-malade et la responsabilité du personnel soignant face aux malades, l'incertitude des situations à affronter et leur caractère imprévisible sont évidemment des sources de stress (Stora, 1991 ; Verquerre&Rusinek-Nisot, 1998). D'autre part, la nature des horaires peut accentuer l'influence de ces éléments, tout comme la surcharge de travail. De ce point de vue, il semble qu'en milieu hospitalier, la prédisposition du personnel soignant et des autres professionnels au stress est omniprésente du fait de la spécificité de l'organisation hospitalière, notamment : l'existence de plusieurs intervenants dans la mission de soins (médecins, infirmiers, techniciens, etc.) obligés de travailler en équipe, afin d'accomplir convenablement ladite mission ; l'imprévisibilité : on ne peut pas prédire le genre de patients qu'on va recevoir et peut-être même l'évolution de leur état (le risque zéro n'existe pas) ; l'obligation d'assurer la permanence 24 heures sur 24 ; la responsabilité des vies humaines nécessitant toujours un esprit éveillé, une concentration et une parfaite maîtrise des actes

techniques ; la confrontation avec la souffrance et la mort et ce qu'elles posent comme difficultés de réponses psychologiques chez les soignants (Dionne-Prouls&Boulard, 1998)

Donc, dans la genèse du stress, l'activité professionnelle peut jouer un rôle important et c'est la raison pour laquelle cette étude se réalise sur des sages-femmes qui exercent une profession considérée comme exposée au stress. En effet, le contact permanent avec la souffrance, la maladie, la mort des mères et nouveaux-nés pendant ou après l'accouchement, etc. constituent le plus grand facteur de stress pour ces sages-femmes.

Etant donné que cette étude s'inscrit dans le prolongement des recherches réalisées en milieu médical, comme nous l'avons souligné plus haut, nous allons de ce fait résumer l'essentiel de quelques-unes de ces recherches.

C'est ainsi que Verquerre et Rusinek-Nisot (1998) ont mené une étude sur le stress chez les infirmiers, en France. L'hypothèse générale qui a guidé la réalisation de cette étude est que les individus éprouvent le besoin de contrôler leur environnement et l'absence de ce contrôle provoquent des conséquences néfastes pour le sujet dans la transaction individu-environnement et peut être générateur de stress. Donc, la perception de perdre le contrôle de son environnement est fortement associée au stress. La population était composée de 97 sujets : 81 infirmières et 16 infirmiers appartenant à différents services du Centre Hospitalier universitaire de Lille. Deux mesures du stress ont été effectuées : une mesure des manifestations physiologiques du stress comportant 13 énoncés notés en quatre points (*alpha de Cronbach*= 0,78) et une mesure du stress perçu (Echelle de stress perçu de Cohen, Kamarket&Mermelstein, 1983, cité par Verquerre et Rusinek-Nisot, 1998, p. 63) concernant 10 énoncés évalués sur une échelle en cinq points. Deux mesures en rapport avec le sentiment de contrôle ont été réalisées, l'une concernant la dimension externalité-intériorité (Echelle française de locus de contrôle de Dubois, 1985 cité par Verquerre et Rusinek-Nisot, 1998, p. 64) avec 28 énoncés et l'autre la perception du contrôle des situations professionnelles (Questionnaire de Perception de Contrôle en Situation de Travail de

Pittersen, 1980 cité par Verquerre et Rusinek-Nisot, 1998, p. 64) avec 27 énoncés ; le format des réponses est en cinq points. Deux autres mesures concernent l'estime de soi (Echelle de Harttley, 1980 cité par Verquerre et Rusinek-Nisot, 1998, p. 66) avec 50 énoncés et la satisfaction au travail (*Minnesota Questionnaire Satisfaction*) comportant 20 aspects de l'emploi. Les résultats auxquels sont parvenus les auteurs confirment les hypothèses opérationnelles émises. En effet, les manifestations physiologiques du stress et le stress subjectif (ou perçu) sont liés de manière négative à l'internalité, tout comme les manifestations physiologiques du stress au sentiment de contrôler son environnement professionnel. La satisfaction au travail est fortement liée au sentiment de contrôler son environnement de travail. L'estime de soi est fortement associée aux manifestations physiologiques du stress, au stress subjectif, à l'internalité et de manière plus faible à la satisfaction au travail.

Donc, conformément à la problématique générale de cette étude, le sentiment de ne pouvoir contrôler son environnement est associé au stress. Cependant, les auteurs font observer, à cet égard, que les résultats ne peuvent pourtant être généralisés à d'autres professions et des études comparatives paraissent nécessaires. Car, selon eux, même si l'hypothèse d'une somatisation des difficultés rencontrées dans le monde du travail peut être formulée, le stress psychologique des sujets ne semble pas lié de manière majeure aux événements de la vie professionnelle. Néanmoins dans les résultats observés, le caractère particulier de la profession d'infirmier est peut-être à prendre en compte, car elle implique de manière particulière l'engagement personnel des sujets et favorise peut-être ainsi le rôle des variables psychologiques dans la genèse du stress. Autrement dit, le stress, aussi bien en ce qui concerne ses manifestations physiologiques que sa perception psychologique, serait surtout lié à des variables psychologiques comme l'internalité et l'estime de soi. Ce phénomène peut être lié à la nature de l'activité professionnelle de l'infirmier qui oblige à une forte implication et à un engagement personnel important mobilisant l'ensemble de la personnalité du sujet. Il peut être aussi causé par la mesure du stress réalisée qui envisagerait le stress sur un

plan général et non pas le stress lié de manière directe à l'activité professionnelle. Rien n'indique que les processus soient identiques d'une profession à l'autre et les résultats observés seront comparés avec ceux observés auprès d'autres professions.

Dans le même esprit, Van Daele (2000) a, pour sa part, utilisé l'approche transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984) pour étudier le stress dans le contexte médical. Dans ce modèle, le stress apparaît comme le résultat de la relation entre l'individu et l'environnement. Deux médiateurs interviennent dans cette relation : le processus d'évaluation cognitive (perception) et les stratégies d'ajustement. En adoptant ce modèle, Van Daele a étudié le stress chez les médecins généralistes. Deux questions principales ont sous-tendues cette étude : quelles sont les variables issues du modèle qui président le mieux au niveau de stress des médecins généralistes ? Et quelles sont les relations entre ces variables ? Les objectifs visés dans cette étude consistent à scruter chez les médecins généralistes l'influence des caractéristiques des situations et des perceptions individuelles qui y sont attachées sur la mise en œuvre des différentes stratégies d'ajustement et finalement, sur le niveau de stress ressenti. Plusieurs questions ont orienté cette étude : les médecins généralistes sont-ils stressés ? De quelle manière ? Quelles sont les situations qu'ils perçoivent comme stressantes ? Quelles sont les variables qui président le mieux au niveau de stress ressenti chez les médecins généralistes issues du modèle transactionnel ? Quelles sont les relations que ces variables entretiennent entre elles ? Le recueil des données s'est effectué à l'aide d'un questionnaire auprès de 500 médecins généralistes dont 110 hommes et 32 femmes. La moyenne d'âge est de 42 ans. Le questionnaire a été envoyé à 500 médecins généralistes : 172 renvoyés, 142 exploitables dont 110 hommes et 32 femmes, d'une moyenne d'âge de 42 ans. Les résultats auxquels est parvenu l'auteur montrent clairement une configuration des variables différentes pour les hauts et bas niveaux de stress. En d'autres termes, il semble exister des profils particuliers des médecins, selon le niveau de stress qui les caractérise. Par ailleurs, sur la base des notes brutes obtenues au Ministère de la santé publique (M.S.P.), on constate une

grande variabilité interindividuelle. Autrement dit, certains médecins s'auto-évaluent comme très stressés, les situations que les médecins généralistes considèrent comme stressantes sont également très variées.

En conclusion, cette étude a montré qu'il existe dans l'échantillon des profils particuliers des médecins, selon le niveau de stress qui les caractérise. Ces profils sont liés à des variables personnelles et environnementales différentes, ainsi qu'à un processus d'évaluation cognitive et à des stratégies d'ajustements différentes. Les médecins les plus stressés sont ceux qui font le plus des gardes. Les raisons pour lesquelles les gardes contribuent à élever le niveau de stress, c'est le fait qu'ils se confrontent à des patients exigeants et agressifs. Par ailleurs, les femmes sont plus stressées que les hommes. Elles sont plus jeunes et donc moins expérimentées et vivent plus seules (en dehors du couple). Ceci peut engendrer une plus grande vulnérabilité aux situations stressantes.

L'étude réalisée par Vidal, Gleizes et Rasavet (2000) s'inscrit dans le même registre. En effet, **cette étude a pour objectif de faire le point sur les sources de stress professionnel du médecin généraliste français et de dégager quelques pistes de réflexion pour y faire face. Du point de vue méthodologique**, l'étude s'appuie sur une revue de la littérature étrangère et sur le travail de thèse entrepris sous la direction de Vidal, Gleizes et Rasavet, (par qui ?) cherchant à évaluer le stress professionnel perçu chez le médecin généraliste et d'en préciser les causes, en Haute Garonne et à Paris, au printemps (2000).

Les résultats de cette étude montrent que 10% des médecins rapportent un stress important, 50% notent des réactions de stress fréquentes ou très fréquentes liées au travail. Le score moyen de stress des médecins généralistes, que ce soit en France ou à l'étranger est significativement plus important que celui de la population générale. **Trois causes essentielles ont été identifiées à cet effet :** 1) la perturbation de la vie privée par le travail est la première cause de stress. La surcharge de travail ne peut se faire qu'au détriment de la vie personnelle du médecin. La disponibilité permanente attendue du

médecin peut amener à un sentiment de culpabilité à "dire non". Refuser des demandes cependant excessives ou mal venues, est vécu comme un échec. Ce sentiment de culpabilité peut s'étendre à la famille et en particulier aux enfants dont les demandes sont parfois, sinon souvent, négligées au détriment de l'action professionnelle ; 2) les contraintes administratives et financières en deuxième lieu, sont des notions peu abordées au cours des études médicales : les médecins ont mal intégré ces aspects dans leur bagage professionnel. Ces contraintes sont vécues comme très perturbatrices de la vie professionnelle ; ce que corroborent les études étrangères. Les médecins sont mal préparés et peu disposés vis-à-vis de la gestion administrative, perçue comme trop consommatrice d'un temps qui serait mieux utilisé aux soins et à la disponibilité due aux patients. Dans ce domaine, l'arrivée de l'informatique ne semble pas avoir allégé la charge administrative et paperassière de l'entreprise médicale. De même, le niveau faible de rémunération comparé aux autres professions libérales, l'augmentation des charges d'exploitation des cabinets médicaux, la stagnation des rémunérations et donc la baisse des revenus des médecins, sont une source de préoccupation, en particulier pour les médecins les plus anciens. La rémunération du médecin est symbolique de sa valorisation par la société, mais le lien entre l'argent et la pratique médicale est parfois vécu comme problématique ; 3) les demandes de l'entourage du patient viennent en troisième position dans les causes de stress alléguées par les médecins généralistes. Intervient aussi la notion de temps consacré à d'autres personnes qu'au malade lui-même, avec la crainte de trahir le secret professionnel, alors que des explications sont légitimes pour la prise en charge par l'entourage proche des patients. Cette contrainte n'est pas retrouvée dans la littérature étrangère et peut sembler spécifique à la médecine française.

Selon ces auteurs, sur le plan familial, 19% des médecins déclarent des désordres dans leur couple et 18% des perturbations émotionnelles. Il y a peu d'études portant sur la répercussion du stress sur les enfants des médecins, mais elle n'est pas négligeable. Sur le plan individuel, nous avons les conséquences pathologiques du stress

qui sont connues : suicides, perturbations mentales, utilisation de drogue, d'alcool, mais aussi fatigue importante, irritabilité, colère, sentiment d'être débordé ou accablé, manque de concentration et de résistance aux changements. Près de la moitié des médecins souffrent d'anxiété modérée ou sévère. Le niveau de stress est peu différent, selon les régions d'exercice bien que les conditions de travail soient très dissemblables. Les causes de stress apparaissent comparables.

2. Problématique

La revue de la littérature qui vient d'être présentée montre que les personnels de santé en milieu hospitalier, notamment les personnels soignants, sont confrontés souvent à de contraintes multiples dans leur lutte sans répit contre la souffrance et la maladie chez les patients dont ils ont la charge. Ils peuvent ainsi être soumis à des contraintes physiques de travail importantes et aussi à des contraintes mentales croissantes dans l'exercice de leur fonction. Toutes ces contraintes peuvent entraîner une atteinte à leur santé physique et mentale, lorsque les conditions de travail sont défavorables et mener au stress au travail dont la manifestation extrême est le syndrome d'épuisement professionnel ou *Burn-out* (Canoui, 1996 ; Dionne-Proulx & Boulard, 1998 ; Verquerre & Rusinek-Nisot, 1998 ; Van Daele, 2000 ; Vidal, Gleizes & Rasavet, 2000 ; Lancry & Ponnelle, 2004).

Outre les conséquences sur la santé des individus, le stress en milieu de travail entraînerait aussi des conséquences sur l'organisation des activités liées à la vie hors travail (tâches ménagères, soins et éducation des enfants, vie de couple, affiliation à des associations diverses, fréquentations familiales et amicales, loisirs, etc.). Une évaluation a d'ailleurs été faite par Gadbois (1981) dans une étude sur le travail de nuit et les modes de gestion des contraintes de ce travail au plan de la famille chez le personnel soignant féminin des hôpitaux. En effet, l'analyse de ce qui est vécu par ce personnel, en dehors du temps de travail, montre que les exigences sociales des activités extra-professionnelles tendent à prendre partiellement le pas sur les conditions optimales de récupération du déficit du sommeil ; le

sommeil diurne qui suit la nuit de travail est comprimé (4 heures 30 en moyenne dans un système de nuit de travail, 6 heures 20 dans un système de 4 nuits de repos). Ce sommeil est quelque fois pris en deux fois, afin de permettre à la femme de faire face à certaines contraintes familiales (repas de midi, par exemple) ; son début est pour les mêmes raisons retardé : la femme rentrée à 7 heures 30 chez elle, se couche seulement à 8 heures 30, une fois ses enfants partis à l'école.

L'étude montre également que la vie sociale de ces femmes (invitations familiales ou amicales, vie associative, sorties...) est plus restreinte si on la compare à un groupe de référence du personnel de jour. Les effets du travail de nuit se répercutent, par ailleurs, sur les autres membres de la cellule familiale : « le père, obligé d'assumer un certain nombre de fonctions classiquement remplies par la mère (repas du soir, coucher des enfants) voit aussi sa vie sociale diminuée (p. 451) ». Il y a aussi le fait que les travailleurs de nuit tendent à solliciter de leurs enfants un apprentissage plus précoce de l'autonomie, amenés à supporter les effets des contraintes qui empêchent leurs mères de leur fournir certains types d'aide habituellement reçus par les enfants de leur âge.

La présente étude s'inscrit dans ce contexte et se propose, dans une optique de relation vie au travail-vie hors travail, de mettre en exergue l'influence du stress professionnel sur l'organisation des activités extra-professionnelles, chez les sages-femmes au niveau des hôpitaux publics, étant donné qu'au Gabon aucune recherche n'a été jusqu'à présent effectuée sur cette thématique. En d'autres termes, il s'agit de comprendre le risque qu'induit le stress professionnel des sages-femmes des hôpitaux publics, quant à l'organisation de leur vie hors travail.

En effet, nous pensons que la profession de sage-femme est particulièrement exposée au stress. Bien entendu cette profession recouvre des réalités diverses, mais il semble néanmoins possible de recenser un certain nombre de facteurs qui la caractérisent et qui sont susceptibles de générer le stress. La sage-femme prescrit et effectue les examens nécessaires à la surveillance de la grossesse normale. Elle anime des séances de préparation à la naissance : relaxation,

sophrologie, yoga. Responsable du déroulement de l'accouchement, elle pose le diagnostic du début du travail, dont elle suit l'évolution, et aide la future mère jusqu'à sa délivrance. Son activité ne se limite pas à des gestes techniques, son rôle est également d'ordre relationnel. Elle doit savoir expliquer ce qui va se passer, rassurer la mère, associer le père à ce moment important ; aidée des technologies de pointe (monitoring, échographies), elle assure toute seule les trois quarts des accouchements. Lorsque des complications surviennent, elle doit savoir apprécier la situation et agir très vite, en faisant appel au gynécologue obstétricien ou au chirurgien. Après l'accouchement, la sage-femme s'occupe du nouveau-né, vérifie qu'il est en bonne santé et accomplit des gestes de réanimation si nécessaire. Elle surveille également le rétablissement de la mère et lui donne des indications sur l'allaitement et l'hygiène du bébé. Il s'agit d'une profession médicale à part entière, qui comporte de lourdes responsabilités. Les conditions de travail sont souvent très dures : horaires irréguliers, gardes de nuit, stress, etc. Une grande résistance à la fatigue physique et nerveuse est nécessaire pour exercer ce métier.

Soulignons par ailleurs que la plupart des sages-femmes travaillent dans les hôpitaux ou les cliniques privées. Quelques-unes d'entre elles exercent en libéral, ou bien dans des centres de protection maternelle et infantile (PMI) ou des centres de planification familiale ; elles ont alors un rôle axé davantage sur la prévention et la pédagogie.

Au terme de l'énoncé de cette problématique, on peut retenir que le risque de stress professionnel chez les infirmiers résulte de la combinaison de multiples facteurs défavorables dont les conditions de travail. Quels peuvent alors être les répercussions de ce stress professionnel sur la leur motivation au travail ? Aussi, le stress généré par les contraintes du travail hospitalier n'affecte-t-il pas négativement la motivation au travail du personnel hospitalier ?

Dans cette optique, étant donné que notre étude porte sur les sages-femmes qui ont un double statut, celui d'être à la fois salariées et femmes au foyer, il est indéniable qu'elles aient parfois du mal à gérer ce double statut (Boussougou-Moussavou, 2004) ; ce qui peut déboucher sur le conflit travail-famille (Cinamon et Rich, 2002 ;

Duxbury et Higgins, 2003). Rappelons à cet effet qu'autrefois, un homme pouvait essentiellement compter sur la présence de sa femme à la maison pour prendre soin des enfants, des personnes malades ou âgées et, lui, évitait toutes les préoccupations domestiques. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas, car les femmes peuvent maintenant travailler et même occuper des postes de responsabilités importants. C'est l'addition des charges professionnelles aux charges extra-professionnelles qui rend difficile la conciliation entre le travail et la famille. Plus la femme a des responsabilités à son travail, plus elle a des difficultés familiales ; d'où le problème du stress au travail et dans la vie privée.

Ainsi, conformément à la problématique développée, nous nous proposons de tester les hypothèses suivantes :

- *H.1 : le niveau de latitude décisionnelle perçu va influencer différemment les formes de motivation au travail. Ainsi, lorsque ce niveau est fort, on s'attend à ce que la latitude décisionnelle soit plus en corrélation positive avec la motivation intrinsèque à la connaissance, la motivation intrinsèque à l'accomplissement et la motivation extrinsèque - régulation externe qu'avec la motivation extrinsèque introjectée, et vice-versa.*

- *H.2 : le niveau de la demande psychologique perçu va influencer différemment les formes de motivation au travail. Ainsi, lorsque ce niveau est élevé, on s'attend à ce que la demande psychologique soit en corrélation négative avec toutes les formes de motivation au travail (motivation intrinsèque à la connaissance, motivation intrinsèque à l'accomplissement, motivation extrinsèque - régulation externe, motivation extrinsèque introjectée), et vice-versa.*

- *H.3 : le niveau de soutien social perçu va influencer différemment les formes de motivation au travail. Ainsi, lorsque ce niveau est élevé, on s'attend à ce que le soutien social soit en corrélation positive avec toutes les formes de motivation au travail (motivation intrinsèque à la connaissance, motivation intrinsèque à l'accomplissement, motivation extrinsèque - régulation externe, motivation extrinsèque introjectée), et vice-versa.*

- *H.4* : le niveau de reconnaissance perçue va influencer différemment les formes de motivation au travail. Ainsi, lorsque ce niveau est fort, on s'attend à ce que la reconnaissance soit en corrélation positive avec toutes les formes de motivation au travail (motivation intrinsèque à la connaissance, motivation intrinsèque à l'accomplissement, motivation extrinsèque - régulation externe, motivation extrinsèque introjectée), et vice-versa.

L'idée directrice qui sous-tend ces hypothèses est que les indicateurs de stress perçus (latitude décisionnelle, demande psychologique, soutien social, reconnaissance au travail) vont influencer différemment les formes de motivation au travail (motivation intrinsèque à la connaissance, motivation intrinsèque à l'accomplissement, motivation extrinsèque introjectée, motivation extrinsèque - régulation externe).

3. Méthodologie

3.1. Sujets

L'enquête a été réalisée au Gabon au Centre National de Gérontologie / Gériatrie situé à l'Hôpital Régional de l'Estuaire Mélen. Ce service fonctionne 24/24 h et 7/7 jours grâce à des rotations entre les sages-femmes qui assurent les gardes.

Les données ont été recueillies sur le lieu de travail auprès de 31 infirmiers qui, en fonction de leur disponibilité, ont accepté de participer à notre enquête ; c'est donc un échantillon tout-venant. Ils sont âgés de 30 à 56 ans, soit une moyenne de 41,93 ans et leur ancienneté est comprise entre 1 et 34 ans, soit une moyenne de 5,41 ans.

3.2. Instruments de collecte de données

Pour évaluer le stress professionnel, nous avons eu recours à un questionnaire de type Likert sur la mesure du stress professionnel du sociologue et psychologue américain Robert Karasek qui a été conçu en 1979. Ce questionnaire est devenu le principal outil d'évaluation des facteurs psychosociaux au travail, considérés comme des facteurs de risque reconnus pour la santé. La version du

questionnaire utilisé dans l'enquête Sumer en 2003 comporte 26 questions qui évaluent l'intensité de la demande psychologique à laquelle est soumis un salarié, la latitude décisionnelle qui lui est accordée et le soutien social qu'il reçoit et 6 questions supplémentaires issues du questionnaire de Siegreest (2000) peuvent le compléter pour explorer la reconnaissance au travail.

De même, une étude a évalué les qualités psychométriques de cette version française du questionnaire et l'a validée d'un point de vue statistique. En 2006, une étude qui s'est appuyée sur l'enquête SUMER a validé les propriétés psychométriques du questionnaire de Karasek, de nombreuses études internationales témoignent de la validité prédictive du modèle de Karasek pour les maladies cardiovasculaires, les pathologies mentales, mais également les indicateurs globaux de santé, tels que la santé, la qualité de vie ou l'absentéisme pour raison de santé.

Pour apprécier le phénomène de la motivation au travail, nous avons une échelle de type Likert, mise au point par Blais, Lachance, Vallerand, Brière et Riddle, (1993). Le questionnaire EMT-31 comprend 31 items. On demande aux sujets d'indiquer dans quelle mesure chacun des énoncés correspond actuellement à l'une des raisons pour lesquelles ils font ce genre de travail. Le questionnaire comporte 7 modalités de réponses : « Ne correspond pas du tout » (1) ; « Correspond très peu » (2) ; « Correspond peu » (3) ; « Correspond moyennement » (4) ; « Correspond assez » (5) ; « Correspond fortement » (6) et « Correspond très fortement » (7).

Le questionnaire comprend trois principaux cadrans : la motivation intrinsèque (composée de la motivation intrinsèque à la connaissance, à l'accomplissement et à la stimulation), la motivation extrinsèque (motivation extrinsèque - identifiée, motivation extrinsèque - introjectée, motivation extrinsèque - régulation externe), et la motivation (la motivation externe et la motivation interne).

Les items 7, 14, 22, et 29 correspondent au cadran motivation intrinsèque à la connaissance, les items 4, 12, 19, et 27 correspondent au cadran motivation intrinsèque à l'accomplissement et les items 1, 9, 16 et 24 correspondent au cadran motivation intrinsèque à la

stimulation. Les items 3, 11, 18, et 26 correspondent à la motivation extrinsèque – identifiée, les items 8, 15, 23 et 30 à la motivation extrinsèque - introjectée et les items 5, 13, 20 et 28 à la motivation extrinsèque – régulation externe. Le cadran amotivation est composé des items 2, 6 et 25 et la motivation interne est composée des items 10, 17, 21, et 31. Mais, nous n'allons pas nous intéresser à ces dernières dimensions.

Soulignons ici que nous n'avons utilisé que quatre niveaux de motivation : Motivation intrinsèque à la connaissance ; motivation intrinsèque à l'accomplissement ; motivation extrinsèque-introjectée ; et la motivation extrinsèque-régulation externe.

4. Résultats

Les données recueillies ont été traitées à l'aide du logiciel *STATISTICA* grâce auquel nous avons réalisé les analyses suivantes : la statistique descriptive, l'analyse corrélacionnelle et la régression multiple.

IV.1. Statistique descriptive

La statistique descriptive qui a été effectuée, nous a permis de comparer les scores moyens des différentes variables mesurées, afin d'évaluer leur contribution dans la variance expliquée, par rapport à la problématique développée. Le tableau 1 donne un aperçu des résultats obtenus à cet égard.

Tableau 1: Moyenne et Ecart-type ainsi que les valeurs moyennes des variables mesurées (n= 31)

Variables	Moyenne	Ecart-type	Valeur minimum	Valeur maximum
1- Latitude décisionnelle	23,41	4,80	12,00	32,00
2- Demande psychologique	23,58	4,52	12,00	32,00
3- Soutien social	23,61	4,77	18,00	32,00
4- Reconnaissance au	13,80	4,31	8,00	20,00

travail				
5- Motivation int.* - connaissance	10,74	5,07	4,00	16,00
6- Motivation int.* - accomplissement	10,25	4,83	4,00	16,00
7- Motivation ext.*- introjectée	12,51	2,58	6,00	16,00
8- Motivation ext.* - régulation externe	9,45	4,66	4,00	16,00

• **Légende :**

Motivation int*. - connaissance :Motivation intrinsèque à la connaissance;

Motivation int*. - accomplissement :Motivation intrinsèque à l'accomplissement;

Motivation ext*. - introjectée :Motivation extrinsèque introjectée;

Motivation ext*. - régulation externe :Motivation extrinsèque - régulation externe.

Le tableau 1 portant sur la statistique descriptive présente les scores moyens des variables mesurées. Ainsi, sur quatre indicateurs de stress professionnel évalués, on observe que la distribution des cotations sur ces indicateurs semble presque homogène, notamment en ce qui concerne les trois premiers ; par ordre d'importance, nous avons : le *soutien social* (moyenne= 23,61 et écart-type= 4,77 ; valeur minimum= 18,00 et valeur maximum= 32,00), la *demande psychologique* (moyenne= 23,58 et écart-type= 4,52 ; valeur minimum= 12,00 et valeur maximum= 32,00) et la *latitude décisionnelle* (moyenne= 23,41 et écart-type= 4,80 ; valeur minimum= 12,00 et valeur maximum= 32,00). Par contre, la *reconnaissance au travail* a le score le plus bas (moyenne= 12,80 et écart-type= 4,31 ; valeur minimum= 8,00 et valeur maximum= 20,00).

Le même constat a été fait au sujet des mesures en rapport avec la motivation. En effet, sur les quatre dimensions mesurées, il

ressort qu'il y a très peu de variations de scores au niveau des trois premières mesures, il s'agit de : la *motivation extrinsèque introjectée* (moyenne= 12,51 et écart-type= 2,58 ; valeur minimum= 6,00 et valeur maximum= 16,00), la *motivation intrinsèque à la connaissance* (moyenne= 10,74 et écart-type= 5,07 ; valeur minimum= 4,00 et valeur maximum= 16,00) et la *motivation intrinsèque à l'accomplissement* (moyenne= 10,25 et écart-type= 4,83 ; valeur minimum= 4,00 et valeur maximum= 16,00). En revanche, la *motivation extrinsèque – régulation externe* enregistre le score moyen le plus faible (moyenne= 9,45 et écart-type= 4,66 ; valeur minimum= 4,00 et valeur maximum= 16,00).

4.2. Analyse corrélacionnelle

Dans cette analyse, nous avons, d'abord, testé en termes de corrélacions les liens que les différents indicateurs de stress professionnel (variable indépendante) et les mesures en rapport avec la motivation (variable indépendante) entretiennent entre eux (*matrice d'intercorrélacions*). Ensuite, il a été question d'apprécier les relations que ces indicateurs ont avec les mesures de la motivation (*matrice de corrélacions*). Les tableaux 2 (*matrice d'intercorrélacions des indicateurs de stress*), 3 (*matrice d'intercorrélacions des mesures de la motivation*) et 4 (*matrice de corrélacions entre les indicateurs de stress et les mesures de la motivation*) donnent un aperçu des résultats obtenus dans ce sens.

Tableau 2 : Matrice d'intercorrélacions des indicateurs de stress (n= 31)

Indicateurs de stress	1	2	3	4
1- Latitude décisionnelle	1,00			
2- Demande psychologique	-0,11	1,00		
3- Soutien social	0,44*	0,03	1,00	
4- Reconnaissance au travail	0,34	0,34	0,61*	1,00

*Corrélacion significative à $p < 0,05$.

Ce tableau 2 synthétise les intercorrélations entre les indicateurs de stress : sur 6 corrélations testées, 2 présentent des saturations significatives. Les autres sont, soit faibles, soit nulles et rendent, de ce fait, leur interprétation difficile. Il est intéressant de constater que toutes ces corrélations sont positives et assez élevées. A cet égard, on note que le *soutien social* est corrélée de manière positive avec, d'une part, la *latitude décisionnelle* ($r= 0,44$, $p<0,05$) et, d'autre part, la *reconnaissance au travail* ($r= 0,44$, $p<0,05$).

Tableau 3 : Matrice d'intercorrélations des mesures de la motivation (n= 31)

Mesures de la motivation	1	2	3	4
1- Motivation int. - connaissance	1,00			
2- Motivation int. - accomplissement	0,99*	1,00		
3- Motivation ext.- introjectée	0,80*	0,84*	1,00	
4- Motivation ext. – régulation externe	0,80*	0,82*	0,68*	1,00

**Corrélation significative à $p<0,05$.*

De ce tableau 3 portant sur les mesures de la motivation, il ressort que sur 6 corrélations testées, toutes présentent des valeurs positives et élevées. Ainsi, la *motivation intrinsèque à la connaissance* est très fortement reliée aux autres mesures de la motivation, à savoir : la *motivation intrinsèque à l'accomplissement* ($r= 0,99$, $p<0,05$), la *motivation extrinsèque introjectée* ($r= 0,80$, $p<0,05$) et la *motivation extrinsèque - régulation externe* ($r= 0,80$, $p<0,05$).

Dans le même ordre d'idées, la *motivation intrinsèque à l'accomplissement* est en très forte corrélation positive avec la *motivation extrinsèque introjectée* ($r= 0,84$, $p<0,05$) et la *motivation extrinsèque - régulation externe* ($r= 0,82$, $p<0,05$). Alors que la *motivation extrinsèque introjectée* et la *motivation extrinsèque - régulation externe* présentent également une corrélation positive assez élevée ($r= 0,68$, $p<0,05$).

Nous avons, par la suite testé, les liens entre *les indicateurs de stress* et *les mesures de la motivation*. Les résultats auxquels nous avons abouti sont résumés dans le tableau 5.

Tableau 4 : Corrélations entre les indicateurs de stress (VI) et les mesures de la motivation

(V.D.)

Indicateurs de stress (VI)	Mesures de la motivation (VD)			
	Motivation int. - connaissance	Motivation int. - accomplissement	Motivation ext. - introjectée	Motivation ext. - régulation externe
1- Latitude décisionnelle	0,64*	0,62*	0,33	0,49*
2- Demande psychologique	-0,12	-0,10	-0,29	-0,04
3- Soutien social	0,63*	0,64*	0,58*	0,65*
4- Reconnaissance au travail	0,67*	0,68*	0,45*	0,68*

**Corrélation significative à $p < 0,05$.*

De ce tableau 5 relatif aux corrélations entre les indicateurs de stress (VI) et les mesures de la motivation au travail (VD), il apparaît que la *latitude décisionnelle* est corrélée positivement avec trois mesures de la motivation, à savoir : la *motivation intrinsèque à la connaissance* ($r= 0,64$, $p<0,05$), la *motivation intrinsèque à l'accomplissement* ($r= 0,62$, $p<0,05$) et de la *motivation extrinsèque - régulation externe* ($r= 0,49$, $p<0,05$). Ceci valide notre hypothèse opérationnelle 1, d'après laquelle *le niveau de latitude décisionnelle perçu va influencer différemment les formes de motivation au travail. Ainsi, lorsque ce niveau est fort, on s'attend à ce que la latitude décisionnelle soit plus en corrélation positive avec la motivation intrinsèque à la connaissance, la motivation intrinsèque à l'accomplissement et la motivation extrinsèque - régulation externe qu'avec la motivation extrinsèque introjectée, et vice-versa.*

Quant à la *demande psychologique*, les résultats obtenus montrent qu'elle n'a aucune corrélation significative avec les quatre formes de motivation mesurées ; c'est ce qui contredit notre hypothèse 2 opérationnelle, à savoir que *le niveau de la demande psychologique perçu va influencer différemment les formes de motivation au travail. Ainsi, lorsque ce niveau est élevé, on s'attend à ce que la demande psychologique soit en corrélation négative avec toutes les formes de motivation au travail (motivation intrinsèque à la connaissance, motivation intrinsèque à l'accomplissement, motivation extrinsèque - régulation externe, motivation extrinsèque introjectée), et vice-versa.* En effet, on remarque ici que toutes les formes de motivation testées n'ont pas de liens significatifs avec la *demande psychologique*.

Par ailleurs, le *soutien social* perçu est en corrélation positive avec les quatre formes de motivation, à savoir : *motivation intrinsèque à la connaissance* ($r= 0,63$, $p<0,05$), *motivation intrinsèque à l'accomplissement* ($r= 0,64$, $p<0,05$), *motivation extrinsèque introjectée* ($r= 0,58$, $p<0,05$), *motivation extrinsèque - régulation externe* ($r= 0,65$, $p<0,05$). Ce résultat conforte donc l'orientation de notre hypothèse 3, selon laquelle *le niveau de soutien social perçu va influencer différemment les formes de motivation au travail. Ainsi, lorsque ce niveau est élevé, on s'attend à ce que le soutien social soit*

en corrélation positive avec toutes les formes de motivation au travail (motivation intrinsèque à la connaissance, motivation intrinsèque à l'accomplissement, motivation extrinsèque - régulation externe, motivation extrinsèque introjectée), et vice-versa.

Le même constat est fait avec la reconnaissance au travail qui est reliée positivement à toutes les formes de motivation : motivation intrinsèque à la connaissance ($r= 0,67$, $p<0,05$), motivation intrinsèque à l'accomplissement ($r= 0,68$, $p<0,05$), motivation extrinsèque introjectée ($r= 0,45$, $p<0,05$), motivation extrinsèque - régulation externe ($r= 0,68$, $p<0,05$). C'est ce qui permet de valider notre hypothèse opérationnelle 2, à savoir que le niveau de reconnaissance perçu va influencer différemment les formes de motivation au travail. Ainsi, lorsque ce niveau est fort, on s'attend à ce que la reconnaissance soit en corrélation positive avec toutes les formes de motivation au travail (motivation intrinsèque à la connaissance, motivation intrinsèque à l'accomplissement, motivation extrinsèque - régulation externe, motivation extrinsèque introjectée), et vice-versa.

4.3. Analyse de la régression multiple

L'analyse de la régression multiple que nous avons réalisée, nous a permis de tester l'effet des variables individuelles (âge et statut marital) sur la relation entre les indicateurs de stress professionnel (VI) et les mesures de la motivation au travail (VD). Autrement dit, nous avons voulu savoir si la prise en compte de ces variables individuelles pouvait moduler de façon significative l'influence que les indicateurs de stress professionnel exercent sur la motivation au travail. Pour ce faire, nous avons calculé un indice de motivation au travail. Au niveau de l'âge, nous avons utilisé la moyenne arithmétique (moy.= 41,93). Les résultats de cette analyse sont résumés dans les tableaux 5 (âge) et 6 (statut marital).

Tableau 5: Relations entre les indicateurs de stress et l'indice de motivation en prenant en compte l'effet de la moyenne d'âge

Indicateurs de stress	Indice de motivation			Indice de motivation		
	<u>Age :</u> -41 ans (n= 17)			<u>Age :</u> 41 ans et + (n= 14)		
	Valeur statistique			Valeur statistique		
	<i>Bêta</i>	F(1,15)	<i>P</i> <	<i>Bêta</i>	F(1,12)	<i>P</i> <
1- Latitude décisionnelle	0,59*	8,21	0,01	0,56*	5,53	0,03
2- Demande psychologique	-0,52*	5,57	0,03	0,29 <i>ns</i>	1,14	0,30
3- Soutien social	0,65*	11,25	0,00	0,66*	9,42	0,00
4- Reconnaissance au travail	0,71*	15,69	0,00	0,58*	6,32	0,02

ns : valeur Bêta non significative

**Valeur Bêta significative*

De ce tableau 4, il ressort que l'âge a un effet assez considérable sur la relation entre les quatre indicateurs de stress et l'indice de motivation au travail, à savoir : *latitude décisionnelle* ($Bêta= 0,59$, $f(1,15)= 8,21$, $p<0,01$), *demande psychologique* ($Bêta= -0,52$, $f(1,15)= 5,57$, $p<0,03$), *soutien social* ($Bêta= 0,65$, $f(1,15)= 11,25$, $p<0,00$) et *reconnaissance au travail* ($Bêta= 0,71$, $f(1,15)= 15,69$, $p<0,00$), chez le personnel du Centre National de Gérontologie /Gériatrie de l'hôpital de Mélen ayant en moyenne moins de 41 ans (-41 ans).

En revanche, lorsqu'on a en moyenne 41 ans et plus d'âge, on a tendance à avoir une perception positive de la *latitude décisionnelle* ($Bêta= 0,56$, $f(1,12)= 5,53$, $p<0,03$), du *soutien social* ($Bêta= 0,66$, $f(1,12)= 9,42$, $p<0,00$) et de la *reconnaissance au travail* ($Bêta= 0,58$, $f(1,12)= 6,32$, $p<0,02$) ; ce qui permet de réduire le stress au travail et de développer ainsi la motivation. *A contrario*, lorsque la *demande psychologique* est d'un niveau faible, la relation entre le stress et la motivation paraît moins importante ($Bêta= 0,29$, $f(1,12)= 1,14$, $p>0,30$).

Tableau 6: Relations entre les indicateurs de stress et l'indice de motivation en prenant en compte l'effet de la moyenne du statut marital

Indicateurs de stress	Indice de motivation <u>Célibataires</u> (n= 20)			Indice de motivation <u>Mariés</u> (n= 11)		
	Valeur statistique <i>Bêta</i>	F(1,18)	P<	Valeur statistique Bêta	F(1,9)	P<
1- Latitude décisionnelle	0,30 <i>ns</i>	1,81	0,19	0,81*	18,22	0,0
2- Demande psychologique	-0,15 <i>ns</i>	0,41	0,52	-0,10 <i>ns</i>	0,09	0,76
3- Soutien social	0,58*	9,22	0,00	0,94*	70,41	0,0
4- Reconnaissance au travail	0,35 <i>ns</i>	2,57	0,12	0,98*	369,41	0,0

ns : valeur Bêta non significative

**Valeur Bêta significative*

La synthèse de la régression multiple relative au *statut marital*, du tableau 6, fait apparaître les résultats suivants : lorsqu'on est célibataire, on perçoit le *soutien social* comme facteur de réduction de stress et cela influence positivement la motivation au travail (*Bêta*= 0,58, $f(1,18)= 9,22$, $p<0,00$).

En revanche, lorsqu'on est marié, la motivation est influencée fortement et de manière positive par la perception qu'on a de la *latitude décisionnelle* (*Bêta*= 0,81, $f(1,9)= 18,22$, $p<0,00$), du *soutien social* (*Bêta*= 0,94, $f(1,9)= 70,41$, $p<0,00$) et de la *reconnaissance au travail* (*Bêta*= 0,98, $f(1,9)= 369,41$, $p<0,00$) ; ce qui agit sur la réduction du stress au travail. En d'autres termes, chez le personnel

marié, les niveaux de perception très élevés qu'il a du contrôle sur son travail (*latitude décisionnelle*), du *soutien social* et de la *reconnaissance au travail* réduisent considérablement le stress et influent fortement sur la motivation au travail.

5. Discussion des résultats

Les résultats obtenus dans cette recherche amènent plusieurs éléments de discussion. Une première série de commentaires peut être faite en rapport avec l'analyse descriptive réalisée. Tout d'abord en ce qui concerne les indicateurs de stress, nos résultats montrent que le personnel du Centre National de Gérontologie /Gériatrie de l'hôpital de Mélen a une perception positive du *soutien social* (moyenne= 23,61 ; écart-type= 4,77), de la *demande psychologique* (moyenne= 23,58 ; écart-type= 4,52) et de la *latitude décisionnelle* (moyenne= 23,41 ; écart-type= 4,80).

Cela signifie que le soutien social apporté par les collègues et la hiérarchie, la demande psychologique moins contraignante, notamment en ce qui concerne l'organisation des horaires de travail et la possibilité qu'a ce personnel d'apprendre et de participer aux décisions, contribuent à atténuer le stress au travail. Néanmoins, il a le sentiment de ne pas être reconnu. Or, nous savons, comme l'ont souligné bon nombre d'auteurs (Bruns & Dugos, 2002), que la reconnaissance est un levier fort de l'engagement au travail. *A contrario*, la faible reconnaissance des efforts, le déni des difficultés, sont autant de causes de démobilitation, de mal-être, et de contre-performance productive. Des atteintes à la santé sont même possibles. Donc, la question de la reconnaissance au travail est importante, notamment en milieu hospitalier, chez le personnel soignant. Car, dans ce milieu, la surcharge de travail, les relations avec les patients, la confrontation à la mort et à la souffrance, les prises de décision sous incertitude, etc. sont considérées comme des sources de stress (Gadbois, 1981 ; Orozco, 1993 ; Van Daele, 2000).

Donc, le manque d'appréciation des efforts au travail peut conduire à des frustrations, à une faible implication dans l'exécution

des tâches, d'autant plus que l'hôpital est vu comme un lieu de contrainte et de souffrance (Abord de Chatillon, 2004).

L'analyse descriptive a ensuite révélé, en ce qui concerne la motivation, que parmi les quatre dimensions mesurées, trois bénéficient d'une bonne perception de la part du personnel du Centre National de Gérontologie / Gériatrie de l'hôpital de Mélen ; il s'agit en l'occurrence de : la *motivation extrinsèque introjectée* (moyenne= 12,51 ; écart-type= 2,58), la *motivation intrinsèque à la connaissance* (moyenne= 10,74 ; écart-type= 5,07) et la *motivation intrinsèque à l'accomplissement* (moyenne= 10,25 ; écart-type= 4,83). Par contre, la *motivation extrinsèque – régulation externe* est faiblement perçue (moyenne= 9,45 ; écart-type= 4,66).

Ces résultats laissent à penser que bien que ce personnel travaille dans un lieu de contrainte et de souffrance (*motivation extrinsèque introjectée*), il développe tout de même un sentiment de plaisir d'accomplir des tâches dont l'objectif est d'apprendre des choses nouvelles (*motivation intrinsèque à la connaissance*), en vue d'être efficace et compétent (*motivation intrinsèque à l'accomplissement*). Ces derniers résultats s'inscrivent dans la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan (1985) qui stipule que la motivation intrinsèque serait suscitée par des besoins que chaque individu a plus ou moins, ceux de se sentir compétent et autodéterminé. Soulignons qu'on parle de motivation intrinsèque lorsqu'une activité est réalisée uniquement pour le plaisir et pour la satisfaction. Elle est associée au plaisir, à la stimulation, et à l'accomplissement de l'activité.

Cependant, nous devons faire remarquer que ce personnel a le sentiment que ses efforts ne sont pas récompensés, dans le cadre du travail (*motivation extrinsèque - régulation externe*).

Une deuxième série de commentaires concerne l'analyse corrélationnelle réalisée, en vue de tester les liens entre les différentes variables mesurées. Concernant tout d'abord les indicateurs de stress, les résultats de cette analyse ont permis de mettre en évidence une corrélation significative et positive entre le *soutien social* avec, d'une

part, la *latitude décisionnelle* ($r= 0,44$, $p<0,05$) et, d'autre part, la *reconnaissance au travail* ($r= 0,44$, $p<0,05$).

Cela laisse à penser que le contrôle que l'on a sur son travail, grâce à l'utilisation de ses compétences nécessite un soutien social aussi bien de la part des collègues que des chefs hiérarchiques. Autrement dit, lorsqu'on bénéficie d'un soutien social, on a tendance à avoir plus de contrôle sur son travail et mieux on utilise ses compétences. Par ailleurs, la reconnaissance au travail peut être interprétée comme une conséquence de soutien social. En d'autres termes, la reconnaissance au travail est une forme de soutien social. Ainsi, plus on est reconnu à son travail comme faisant un travail de qualité, plus on se sent soutenu par ses collègues et ses supérieurs hiérarchiques.

Soulignons par ailleurs, avec des auteurs tels que Brun, Dugas et Tison (2002), et Brun et Dugas (2005), que la reconnaissance au travail est fondée sur l'appréciation de la personne comme un être authentique qui mérite respect et qui possède des besoins ainsi qu'une expertise unique. Il s'agit en fait d'une considération de l'être humain dans sa globalité en milieu de travail, et elle constitue un jugement posé sur la contribution du travailleur, tant en ce qui touche le procédé de travail que l'investissement personnel et l'engagement. Elle consiste aussi à évaluer les résultats de ce travail et à les souligner.

En définitive, au regard de ces résultats, on note qu'une grande autonomie dont dispose le personnel du Centre National de Gérontologie /Gériatrie de l'hôpital de Mélen dans l'organisation des tâches et la participation aux décisions, l'utilisation de ses compétences, ainsi que la reconnaissance au travail dont on lui manifeste sont perçus comme un fort soutien social, chez ce personnel, qui atténue le stress au travail.

Dans le même ordre d'idées, l'analyse des intercorrélations des mesures de la motivation a fait apparaître que la *motivation intrinsèque à la connaissance* est très fortement reliée et de manière positive aux autres mesures de la motivation, à savoir : la *motivation intrinsèque à l'accomplissement* ($r= 0,99$, $p<0,05$), la *motivation*

extrinsèque introjectée ($r= 0,80, p<0,05$) et la *motivation extrinsèque - régulation externe* ($r= 0,80, p<0,05$).

Il est donc visible, eu égard à ces résultats, que le personnel du Centre National de Gérontologie /Gériatrie de l'hôpital de Mélen manifeste un grand engouement pour apprendre des choses nouvelles dans le métier, afin de se parfaire, d'être efficace et compétent. L'objectif visé, c'est d'arriver à obtenir des récompenses de toutes sortes (promotions, primes, postes de responsabilité, etc.). C'est ce qui les motive.

Dans le même registre, la *motivation intrinsèque à l'accomplissement* est en très forte corrélation positive avec la *motivation extrinsèque introjectée* ($r= 0,84, p<0,05$) et la *motivation extrinsèque - régulation externe* ($r= 0,82, p<0,05$). Il en est de même pour ce qui est de la *motivation extrinsèque introjectée* et la *motivation extrinsèque - régulation externe*. En effet, ces deux mesures présentent une corrélation positive assez élevée ($r= 0,68, p<0,05$).

Ces résultats indiquent que lorsqu'on fait montre de son efficacité et de sa compétence dans l'exécution d'une tâche, c'est parce qu'on s'attend à être récompensé. D'autre part, la récompense attendue peut être interprétée comme une source de motivation.

Ensuite, l'analyse des liens entre *les indicateurs de stress* et *les mesures de la motivation* a montré que la *latitude décisionnelle* est corrélée positivement avec trois mesures de la motivation, à savoir : la *motivation intrinsèque à la connaissance* ($r= 0,64, p<0,05$), la *motivation intrinsèque à l'accomplissement* ($r= 0,62, p<0,05$) et la *motivation extrinsèque - régulation externe* ($r= 0,49, p<0,05$).

Ces résultats indiquent que la perception que le personnel du Centre National de Gérontologie /Gériatrie de l'hôpital de Mélen a de l'autonomie dans l'organisation des tâches et sa participation aux décisions, d'une part, ainsi que l'utilisation de ses compétences dans l'exécution de ces tâches, d'autre part, affecte positivement le sentiment de plaisir qu'il éprouve en effectuant ces tâches, en vue d'apprendre des choses nouvelles (*motivation intrinsèque à la connaissance*) dont le but visé est d'être efficace et compétent (*motivation intrinsèque à l'accomplissement*), afin d'aboutir

finalement à des récompenses dans le cadre du travail (*motivation extrinsèque - régulation externe*).

Quant à la *demande psychologique*, les résultats obtenus montrent qu'elle n'a aucune corrélation significative avec les quatre formes de motivation mesurées. Par contre, le *soutien social* perçu est en corrélation positive avec les quatre formes de motivation, à savoir : *motivation intrinsèque à la connaissance* ($r= 0,63, p<0,05$), *motivation intrinsèque à l'accomplissement* ($r= 0,64, p<0,05$), *motivation extrinsèque introjectée* ($r= 0,58, p<0,05$), *motivation extrinsèque - régulation externe* ($r= 0,65, p<0,05$).

En considérant, ces résultats, il est possible de penser que le soutien social demeure un bon prédicteur de la motivation au travail. En effet, lorsque l'individu bénéficie d'un soutien social de la part de ses supérieurs et de ses collègues, il aura tendance à être plus impliqué dans son travail et, donc, plus motivé dans l'accomplissement de ses tâches. Le soutien social est, de ce fait, un facteur de prévention important de la motivation au travail. En effet, selon le modèle de Karasek (1980) le soutien social au travail (soutien socio-émotionnel et technique) de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques, le travail surchargé est mieux supporté si la personne est soutenue par son entourage professionnel.

Le soutien social peut donc conduire l'individu à se sentir compétent, capable d'arriver à ses fins et de se sentir autonome, selon Déci et Ryan (1985).

La même observation est faite au niveau de la *reconnaissance au travail* qui est reliée positivement à toutes les formes de motivation : *motivation intrinsèque à la connaissance* ($r= 0,67, p<0,05$), *motivation intrinsèque à l'accomplissement* ($r= 0,68, p<0,05$), *motivation extrinsèque introjectée* ($r= 0,45, p<0,05$), *motivation extrinsèque - régulation externe* ($r= 0,68, p<0,05$).

Ces résultats nous amènent à constater que la reconnaissance au travail est perçue par les sujets de notre échantillon comme un facteur de motivation très puissant. Car, il ne suffit pas que l'employé soit rémunéré, il doit aussi être reconnu d'autres manières pour sa contribution aux objectifs de l'organisation.

En somme, la reconnaissance, comme le soulignent Bourcier et Palobart (1997), s'intéresse à la contribution unique de chaque travailleur, et valorise son expertise et son expérience professionnelles. Elle s'exprime dans les rapports humains et elle se pratique sur une base quotidienne, régulière ou ponctuelle. Par ailleurs, elle est de préférence personnalisée et spécifique, et doit être à l'image de la personne à qui elle s'adresse et porteuse de sens pour celle-ci. La reconnaissance en milieu de travail peut donc prendre plusieurs formes : la parole, l'écrit, l'objet ou le symbole.

Enfin, une troisième série de commentaires est en rapport avec les analyses de régression effectuées sur la base de la prise en compte des variables individuelles, à savoir : l'âge et le statut marital. De ces analyses, il ressort que l'âge a un effet très net sur la relation entre les quatre indicateurs de stress et l'indice de motivation au travail, à savoir : *latitude décisionnelle* ($B\hat{e}ta= 0,59$, $f(1,15)= 8,21$, $p<0,01$), *demande psychologique* ($B\hat{e}ta= -0,52$, $f(1,15)= 5,57$, $p<0,03$), *soutien social* ($B\hat{e}ta= 0,65$, $f(1,15)= 11,25$, $p<0,00$) et *reconnaissance au travail* ($B\hat{e}ta= 0,71$, $f(1,15)= 15,69$, $p<0,00$), chez le personnel du Centre National de Gérontologie /Gériatrie de l'hôpital de Mélen ayant en moyenne moins de 41 ans (-41 ans).

Ces résultats montrent que lorsqu'on a en moyenne moins de 41 ans, la perception qu'on a de l'autonomie dont on dispose dans l'organisation des tâches, l'utilisation de ses compétences et la participation aux décisions (*latitude décisionnelle*) régule favorablement le stress au travail et affecte, par conséquent, positivement la motivation. Il en est de même en ce qui concerne le *soutien social* et la *reconnaissance au travail*. En effet, lorsqu'on bénéficie d'un fort soutien social de la part des collègues et de la hiérarchie et d'une reconnaissance au travail avérée, on arrive à apaiser son stress et cela a des répercussions positives sur la motivation au travail. Par contre, lorsque les contraintes liées à l'exécution de la tâche sont perçues comme élevées (*demande psychologique*), cela expose le personnel au stress et affecte négativement la motivation au travail.

En revanche, lorsqu'on a en moyenne 41 ans et plus d'âge, on a tendance à avoir une perception positive de la *latitude décisionnelle* ($B\hat{e}ta= 0,56$, $f(1,12)= 5,53$, $p<0,03$), du *soutien social* ($B\hat{e}ta= 0,66$, $f(1,12)= 9,42$, $p<0,00$) et de la *reconnaissance au travail* ($B\hat{e}ta= 0,58$, $f(1,12)= 6,32$, $p<0,02$) ; ce qui permet de réduire le stress au travail et de développer ainsi la motivation. Par contre, lorsque la *demande psychologique* est d'un niveau faible, la relation entre le stress et la motivation paraît moins importante ($B\hat{e}ta= 0,29$, $f(1,12)= 1,14$, $p>0,30$).

D'autre part, concernant le *statut marital*, les résultats font apparaître que lorsqu'on est célibataire, on perçoit le *soutien social* comme un facteur de réduction de stress et cela influence positivement la motivation au travail ($B\hat{e}ta= 0,58$, $f(1,18)= 9,22$, $p<0,00$). En revanche, lorsqu'on est marié, la motivation est influencée fortement et de manière positive par la perception qu'on a de la *latitude décisionnelle* ($B\hat{e}ta= 0,81$, $f(1,9)= 18,22$, $p<0,00$), du *soutien social* ($B\hat{e}ta= 0,94$, $f(1,9)= 70,41$, $p<0,00$) et de la *reconnaissance au travail* ($B\hat{e}ta= 0,98$, $f(1,9)= 369,41$, $p<0,00$) ; ce qui agit sur la réduction du stress au travail. En d'autres termes, chez le personnel marié, les niveaux de perception très élevés qu'il a du contrôle sur son travail (*latitude décisionnelle*), du *soutien social* et de la *reconnaissance au travail* réduisent considérablement le stress et influent fortement sur la motivation au travail.

Conclusion

Au terme de cette enquête, nous sommes parvenue au constat selon lequel le personnel du Centre National de Gériatrie /Gérontologie de l'hôpital de (qui nous a servie de cadre de recherche), a une perception positive du *soutien social*, de la *demande psychologique* et de la *latitude décisionnelle*. Cela signifie que le soutien social apporté par les collègues et la hiérarchie, la demande psychologique moins contraignante, notamment en ce qui concerne l'organisation des horaires de travail et la possibilité qu'a ce personnel d'apprendre et de participer aux décisions, contribuent à atténuer le

stress au travail. Néanmoins, ce personnel a le sentiment de ne pas être reconnu dans le cadre du travail.

En outre, les résultats de l'analyse descriptive ont révélé, du point de vue de la motivation, que le personnel du Centre National de Gérontologie / Gériatrie de l'hôpital de Mélen avait une perception positive de la *motivation extrinsèque introjectée*, de la *motivation intrinsèque à la connaissance* et de la *motivation intrinsèque à l'accomplissement*. Ce qui amène à penser que ce personnel, bien que travaillant dans un lieu de contrainte et de souffrance (*motivation extrinsèque introjectée*), il développe tout de même un sentiment de plaisir d'accomplir des tâches dont l'objectif est d'apprendre des choses nouvelles (*motivation intrinsèque à la connaissance*), en vue d'être efficace et compétent (*motivation intrinsèque à l'accomplissement*).

Par ailleurs, l'étude des liens réalisée entre les différentes variables mesurées, à l'aide de l'analyse corrélacionnelle, a montré, au niveau des indicateurs de stress, que le *soutien social* était en corrélation positive avec, d'une part, la *latitude décisionnelle* et, d'autre part, la *reconnaissance au travail*. Cela signifie que le contrôle que l'on a sur son travail, grâce à l'utilisation de ses compétences nécessite un soutien social aussi bien de la part des collègues que des chefs hiérarchiques. Autrement dit, lorsqu'on bénéficie d'un soutien social, on a tendance à avoir plus de contrôle sur son travail et mieux on utilise ses compétences. Dans le même ordre d'idées, la reconnaissance au travail peut être interprétée comme une conséquence de soutien social. En d'autres termes, la reconnaissance au travail est une forme de soutien social. Ainsi, plus on est reconnu dans son travail, plus on se sent soutenu par ses collègues et ses supérieurs hiérarchiques.

En définitive, on note qu'une grande autonomie dont dispose le personnel du Centre National de Gérontologie / Gériatrie de l'hôpital de Mélen dans l'organisation des tâches et la participation aux décisions, l'utilisation de ses compétences, ainsi que la reconnaissance au travail dont on lui manifeste sont perçus comme un fort soutien social, chez ce personnel ; ce qui atténue le stress au travail.

Quant aux liens entre les mesures de la motivation, les résultats ont fait apparaître que la *motivation intrinsèque à la connaissance* était très fortement reliée et de manière positive aux autres mesures de la motivation, à savoir : la *motivation intrinsèque à l'accomplissement* ($r= 0,99$, $p<0,05$), la *motivation extrinsèque introjectée* ($r= 0,80$, $p<0,05$) et la *motivation extrinsèque - régulation externe* ($r= 0,80$, $p<0,05$). Ainsi, on peut penser que le personnel du Centre National de Gérontologie /Gériatrie de l'hôpital de Mélen manifeste un grand engouement pour apprendre des choses nouvelles dans le métier, afin de se parfaire, d'être efficace et compétent. L'objectif visé, c'est d'arriver à obtenir des récompenses de toutes sortes (promotions, primes, postes de responsabilité, etc.). C'est ce qui, semble-t-il, les motive.

Dans ce même registre, la *motivation intrinsèque à l'accomplissement* est en très forte corrélation positive avec la *motivation extrinsèque introjectée* ($r= 0,84$, $p<0,05$) et la *motivation extrinsèque - régulation externe* ($r= 0,82$, $p<0,05$). Il en est de même pour ce qui est de la *motivation extrinsèque introjectée* et la *motivation extrinsèque - régulation externe* ($r= 0,68$, $p<0,05$). Cela signifie que lorsqu'on fait montre de son efficacité et de sa compétence dans l'exécution d'une tâche, c'est parce qu'on s'attend à être récompensé. D'autre part, la récompense attendue peut être interprétée comme une source de motivation.

Ensuite, l'analyse des liens entre *les indicateurs de stress* et *les mesures de la motivation* a montré que la *latitude décisionnelle* est corrélée positivement avec trois mesures de la motivation, à savoir : la *motivation intrinsèque à la connaissance* ($r= 0,64$, $p<0,05$), la *motivation intrinsèque à l'accomplissement* ($r= 0,62$, $p<0,05$) et la *motivation extrinsèque - régulation externe* ($r= 0,49$, $p<0,05$). Donc, la perception que le personnel du Centre National de Gérontologie /Gériatrie de l'hôpital de Mélen a de l'autonomie dans l'organisation des tâches et sa participation aux décisions, d'une part, ainsi que l'utilisation de ses compétences dans l'exécution de ces tâches, d'autre part, affecte positivement le sentiment de plaisir qu'il éprouve en effectuant ces tâches, en vue d'apprendre des choses

nouvelles (*motivation intrinsèque à la connaissance*) dont le but visé est d'être efficace et compétent (*motivation intrinsèque à l'accomplissement*), afin d'aboutir au bout du compte à des récompenses dans le travail (*motivation extrinsèque - régulation externe*).

Quant à la *demande psychologique*, les résultats obtenus montrent qu'elle n'a aucun lien significatif avec les quatre formes de motivation mesurées. En revanche, le *soutien social* perçu est en corrélation positive avec les quatre formes de motivation, à savoir : *motivation intrinsèque à la connaissance* ($r= 0,63, p<0,05$), *motivation intrinsèque à l'accomplissement* ($r= 0,64, p<0,05$), *motivation extrinsèque introjectée* ($r= 0,58, p<0,05$), *motivation extrinsèque - régulation externe* ($r= 0,65, p<0,05$). Il est donc possible de penser ici que le soutien social constitue un bon prédicteur de la motivation au travail. En ce sens que, lorsque l'individu bénéficie d'un soutien social de la part de ses supérieurs et de ses collègues, il aura tendance à être plus impliqué dans son travail et, donc, plus motivé dans l'accomplissement de ses tâches. Le soutien social est, de ce fait, un facteur de prévention important de la motivation au travail.

Le même constat a été fait au niveau de la *reconnaissance au travail* qui est reliée positivement à toutes les formes de motivation : *motivation intrinsèque à la connaissance* ($r= 0,67, p<0,05$), *motivation intrinsèque à l'accomplissement* ($r= 0,68, p<0,05$), *motivation extrinsèque introjectée* ($r= 0,45, p<0,05$), *motivation extrinsèque - régulation externe* ($r= 0,68, p<0,05$). A ce titre, la reconnaissance au travail est perçue par nos sujets comme un facteur de motivation très puissant. Car, il ne suffit pas que l'employé soit rémunéré, il doit aussi être reconnu d'autres manières pour sa contribution aux objectifs de l'organisation.

En outre, l'analyse de la régression multiple effectuée en vue de tester l'effet des variables individuelles (*âge* et *statut marital*) sur les indicateurs de stress et l'indice de motivation, a révélé que lorsqu'on a en moyenne moins de 41 ans, la perception qu'on a de l'autonomie dont on dispose dans l'organisation des tâches, l'utilisation de ses compétences et la participation aux décisions (*latitude décisionnelle*)

régule favorablement le stress au travail et affecte, par conséquent, positivement la motivation. Il en est de même en ce qui concerne le *soutien social* et la *reconnaissance au travail*. En effet, lorsqu'on bénéficie d'un fort soutien social de la part des collègues et de la hiérarchie et d'une reconnaissance au travail avérée, on arrive à atténuer son stress et cela se répercute positivement sur la motivation au travail. En revanche, lorsque les contraintes liées à l'exécution de la tâche sont perçues comme élevées (*demande psychologique*), cela expose le personnel au stress et affecte négativement la motivation au travail.

Par contre, lorsqu'on a en moyenne 41 ans et plus d'âge, on a tendance à avoir une perception positive de la *latitude décisionnelle*, du *soutien social* et de la *reconnaissance au travail* ; ce qui permet de réduire le stress au travail et de développer ainsi la motivation. Par contre, lorsque la *demande psychologique* est d'un niveau faible, la relation entre le stress et la motivation paraît moins importante.

D'autre part, concernant le *statut marital*, les résultats font apparaître que lorsqu'on est célibataire, on perçoit le *soutien social* comme un facteur de réduction de stress et cela influence positivement la motivation au travail. En revanche, lorsqu'on est marié, la motivation est influencée fortement et de manière positive par la perception qu'on a de la *latitude décisionnelle*, du *soutien social* et de la *reconnaissance au travail* ; ce qui agit sur la réduction du stress au travail. En d'autres termes, chez le personnel marié, les niveaux de perception très élevés qu'il a du contrôle sur son travail (*latitude décisionnelle*), du *soutien social* et de la *reconnaissance au travail* réduisent considérablement le stress et influent fortement sur la motivation au travail.

Pour ce qui est des limites de cette étude, il importe de souligner que la taille de l'échantillon réduite à 31 sujets limite quelque peu la portée de nos résultats. En outre, il aurait été plus intéressant, pour une richesse d'informations, de combiner les questionnaires avec les entretiens individuels.

Quant aux perspectives de la recherche, nous pensons qu'il serait judicieux dans ce genre d'étude de prendre en compte les

référents culturels de notre société (organisation sociale basée sur l'esprit communautaire, l'entraide, la solidarité, l'appartenance au groupe, la famille, etc.) qui peuvent atténuer l'influence du stress professionnel sur la motivation au travail. En effet, comme l'a souligné Boussougou-Moussavou (2004), c'est à travers la réalité sociale et culturelle que l'homme va attribuer une signification à la relation travail/hors travail, aux éléments de son environnement.

References bibliographiques

- Blais, M.R., Lachance, L., Vallerand, R.J., Brière, N.M. & Riddle, A. (1993). Echelle de motivation au travail (*EMT-31*). *Revue Québécoise de psychologie* 14(3), 185-215.
- Bourcier, C. & Palobart, Y. (1997). *La reconnaissance: Un outil de motivation pour vos salariés*. Paris : Les Editions d'Organisation.
- Boussougou-Moussavou, J.A. (2004). *Analyse socio-affective du travail, conséquences et concomitants hors de la vie de travail*. Habilitation à diriger des recherches (H.D.R.) : Université de Rouen.
- Brun, J.P. & Dugas, N. & Tison, M. (2002). La reconnaissance au travail : Une pratique riche de sens. *Centre d'expertise en Gestion des Ressources Humaines*, p. 20.
- Brun, J.P. & Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail : Analyse d'un concept riche de sens. *Revue de Gestion*, Vol., N°2, 79-88.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The what and why of goals pursuits: human needs

- and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, vol. 11, n°4, 227-268.
- Dolan, S.L., Gosselin, E., Carrière, J., Lamoureux, G. (2002). *Psychologie du travail et comportement organisationnel*. Québec : Gaëtan Morin Editeur.
- Dionne-Proulx, J. & Boulard, R. (1998). Les stratégies de gestion du stress, niveaux de stress et leurs conséquences : résultats d'une enquête menée auprès de personnes âgées du réseau de la santé. In R. Jacob & R. Laflamme (Eds.), *Stress, santé et intervention au travail* (33-40). Québec : Presses Inter Universitaires.
- El Hassan Belarif. (2004). *Facteurs liés au stress professionnel en milieu hospitalier (le cas des infirmiers du Centre Hospitalier Provincial de BENI MELLA)*. Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de Maîtrise en Administration Sanitaire et Santé Publique.
- Gadbois, C. (1981). *Aides-soignantes et infirmières de nuit, conditions de travail et vie quotidienne*. Paris : Etudes et Recherches.
- Hobbs, R. (1994). General practitioners' changes to practice due to aggression at work. *Family Practice*, 11, 1, 75-79.
- Karasek R.A. (1979). Job demands, job latitude, and mental strain: Implication for job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 24, p. 285-308.
- Kahn, R.L. & Byosiére, P. (1992). Stress in organizations. In M. Dunnette, et L. Hough (Eds.). *Handbook of industrial and organizational Psychology* (571-650). Palo Alto, CA : Consulting Psychologist Press.
- Légeron, P. (2008). *Le stress au travail*. Paris: Odile Jacob.
- Lemoine, C. (2004). Motivation, satisfaction au travail et implication au travail. In E.
- Brangier, A. Lancry & C. Louche (Eds.), *Les dimensions humaines du travail* :

- Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations* (389-414). Paris : Presses universitaires de Nancy.
- Lemoine, C. (2012). *Psychologie du travail et des organisations : domaines de recherches et d'intervention*. Paris :Dunod.
- Maslow, A.M. (1964). *Motivation and Personality*. New York: Harper and Prow.
- Myerson, S. (1990). Under stress? *The practionner*, 234, 973-976.
- Orozco, M. (1993). The influence of workload on the mental state of the primary health care physician. *Family Practice*, 10, 3,277-282.
- Ponnelle, S. &Vaxvanoghou, X. (2000). Ajustement au stress et usure au travail : le cas des sapeurs-pompiers. *Psychologie du travail et des organisations*, vol. 9, n°3 /4, 107-127.
- Selye, H. (1979). The stress concept and some of its implications. In V. Hamilton & D.M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition in an information processing approach* (11-32). New-York: Wiley.
- Stora, J.B. (1991). *Le stress*. Que sais-je ? Paris: PUF.
- Vallerand, R.J &Thill, E.E. (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*. Laval : Editions Etudes vivantes.
- Van Daele, A. (2000). Le stress chez les médecins généralistes : une approche transactionnelle. In B. Gangloff (Ed.). *Satisfactions et Souffrances au travail* (60-67). Paris : L'Harmattan.
- Verquerre, R., &Rusinek-Nisot (1998). Etude du stress chez des infirmiers. In R. Jacob & R. Laflamme (Eds.). *Stress, santé et intervention au travail* (61-71). Québec : Presses Inter Universitaires.

Sources orales

Madame Annette PRADEAU, Neuropsychologue Clinicienne au Centre National de Gérontologie/ Gériatrie de Melen ;
Melle Paulette Marcelle MOUVANGUI, Psychologue du Développement au Centre National de Gérontologie/ Gériatrie.