**Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé**

**10-1 | 2008**
**Communauté**

# Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d'une même réalité ?

## Étude exploratoire dans un service de gérontologie

*Work load and job stress: two facets of the same situation? exploratory study in a gerontology department*

*Carga de trabajo y estrés profesional: dos facetas de una misma realidad? estudio exploratotio en un servicio de gerontología*

**Sandrine Cazabat, Béatrice Barthe et Nadine Cascino**

**Édition électronique**
URL : http://journals.openedition.org/pistes/2159
DOI : 10.4000/pistes.2159
ISSN : 1481-9384

**Éditeur**
Les Amis de PISTES

**Édition imprimée**
Date de publication : 1 mai 2008

**Référence électronique**
Sandrine Cazabat, Béatrice Barthe et Nadine Cascino, « Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d'une même réalité ? », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 10-1 | 2008, mis en ligne le 01 mai 2008, consulté le 30 avril 2019. URL : http://journals.openedition.org/pistes/2159 ; DOI : 10.4000/pistes.2159

Ce document a été généré automatiquement le 30 avril 2019.

*Pistes* est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

# Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d'une même réalité ?

## Étude exploratoire dans un service de gérontologie

*Work load and job stress: two facets of the same situation? exploratory study in a gerontology department*

*Carga de trabajo y estrés profesional: dos facetas de una misma realidad? estudio exploratotio en un servicio de gerontología*

Sandrine Cazabat, Béatrice Barthe et Nadine Cascino

## 1. Introduction

1 Le terme « stress », comme le terme « détresse », provient du latin « *stringere* » qui signifie « serrer, tendre, étreindre, offenser ». Dans son usage populaire, il est doublement connoté. D'une part, il recouvre une idée de souffrance où cohabitent anxiété, dépression et symptômes physiques. D'autre part, il évoque une stimulation et une excitation nécessitée par la vie moderne. D'un point de vue conceptuel, il peut désigner à la fois les causes, les effets et l'état dans lequel il met un individu. Les causes, les impacts et les états de stress peuvent être de nature physiologique et/ou psychique (Meister, 1981).

2 L'ambiguïté du terme « stress » explique son usage pluridisciplinaire et l'absence de consensus universel autour de sa définition et de sa mesure.

### 1.1 Le stress au travail : un problème de santé publique alarmant

3 Le stress dû au travail est un phénomène dont l'ampleur grandissante devient préoccupante. En Europe, il se positionne à la deuxième place des problèmes de santé liés au travail : 28 % des salariés sont concernés, soit 41 millions de travailleurs (Agence

européenne pour la santé et la sécurité au travail, 2000 et 2002). Le terme d'« épidémie » est à présent utilisé (Chanlat, 2007, p. 200), une épidémie qui coûte cher : les dépenses sont estimées entre 185 et 269 milliards d'euros par an (INRS, 2005).

4 Face à l'ampleur et au coût du problème, l'Union européenne et les partenaires sociaux se mobilisent pour garantir la santé et la sécurité des travailleurs sur leur lieu de travail. Dans cette perspective, la directive cadre 89/391/CEE mise en place en 2002 oblige l'employeur à prendre en considération les effets du stress sur la santé de ses employés (Cox et Rial-Gonzàlez, 2002). En France, nombre de confédérations syndicales émettent le souhait de reconnaître le stress comme maladie professionnelle (Brun, Sarazin et Vallée, 2004). Et pour la première fois, le 5 septembre 2007, le décès d'un ouvrier, à la suite d'une crise cardiaque, a été reconnu par la Sécurité sociale comme découlant d'un stress chronique causé par son travail (Bellan, 2007).

## 1.2 Le stress au travail dû à une charge de travail trop importante ?

5 Les causes de la montée alarmante du stress en milieu professionnel sont certainement imputables aux évolutions du travail, évolutions que l'on peut caractériser par l'essor et la généralisation de la flexibilité (Brangier, Lancry et Louche, 2004) : flexibilité de l'emploi, du contrat de travail, flexibilité des espaces de travail, travail en flux tendu, flexibilité du temps de travail. En France par exemple, la réduction du temps de travail a paradoxalement participé à l'accroissement des cadences de production, à une diminution des « temps morts », à des situations de débordement d'horaires, à une fragmentation du travail, autant d'éléments qui concourent à augmenter considérablement les contraintes de temps qui pèsent sur les salariés (Quéinnec, Barthe et Verdier, 2000).

6 Cet accroissement du stress apparaît donc conjointement à des transformations socioéconomiques et organisationnelles du travail. Ces transformations ont mis la santé mentale des travailleurs à rude épreuve (Vézina, 1999) et ont intensifié le travail (Vézina *et collab.*, 2002). En Europe, des enquêtes transversales soulignent, qu'en 1991, 35 % des travailleurs considéraient travailler vite, 38 % estimaient disposer d'un échéancier serré, 48 % disaient devoir fréquemment abandonner une tâche pour en réaliser une autre. En 1996, ces chiffres étaient respectivement passés à 43 %, 45 % et 56 %. Soit une augmentation moyenne de 7,67 % en seulement cinq ans (Paoli, 1997).

7 Parallèlement à cette intensification du travail, les salariés affirment que leur niveau de stress au travail s'est élevé au cours des deux dernières décennies (Davezies, 2001). En Grande-Bretagne, 79 % des personnes interrogées estiment que leur charge de travail est la première source de stress (TUC, 2004). Au Japon, un phénomène alarmant dit « Karoshi » semble témoigner de ce lien : la surcharge de travail (ex. : accroissement des pressions, allongement des heures de travail) donne lieu à une augmentation du nombre d'opérateurs victimes de maladies cardiovasculaires dont on sait qu'elles peuvent être des conséquences du stress (AFPC, 2003).

8 D'emblée, la question du stress au travail se pose, et ce, de façon étroitement liée à celle d'une augmentation de la charge de travail. Les salariés évoquent ces deux aspects comme allant de pair. D'un point de vue scientifique, les notions de stress et de charge de travail ont depuis longtemps fait l'objet de nombreuses recherches, mais ce, de façon indépendante dans des champs disciplinaires différents, alors que de notre point de vue elles ne peuvent être envisagées l'une sans l'autre (Falzon et Sauvagnac, 2004). Un des

objectifs de cet article est de tenter de rapprocher et d'articuler les notions de stress et de charge de travail par le biais d'une approche exploratoire combinant le point de vue de la psychologie sociale et le point de vue de l'ergonomie. Ce travail a été accompli à partir d'une monographie réalisée dans un service hospitalier de gérontologie.

# 2. Stress professionnel et charge de travail : quelques éléments théoriques

## 2.1 Stress et stress au travail

9 D'un point de vue étymologique, le mot « stress » provient du latin *stringere* qui signifie *serrer, étreindre, offenser*. Aujourd'hui, son usage est pluridisciplinaire, il n'existe donc pas de consensus universel concernant la définition et la mesure du stress. Ceci étant, même si les premiers modèles dits « mécanistes » du stress l'ont assimilé à une relation stimulus-réponse (Cannon, 1928 cité par Graziani et Swendsen, 2004), il est à présent largement admis qu'il s'agit d'un processus dynamique (Paulhan, 1994 ; Rosnet, 2002).

10 Afin d'aborder cette dynamique, le modèle transactionnel propose une approche multifactorielle qui prend en compte à la fois les facteurs affectifs, cognitifs, sociaux et physiologiques. Lazarus et Folkman (1984) considèrent en effet que le stimulus n'existe pas en soi comme stress mais que c'est le sujet qui l'évalue ou non comme tel. Ainsi, émerge le concept de « stress perçu » (Lindsay et Norman, 1980). Si l'individu estime que les exigences de la situation (facteurs de stress) dépassent les ressources dont il dispose pour y répondre alors le stress apparaît. En réponse à cette contrainte extérieure, l'individu va mettre en place des processus d'adaptation : le coping. Ces stratégies de faire face qui peuvent être cognitives, émotionnelles, comportementales ou psychosociales sont mises en place en vue de maîtriser l'impact de l'événement sur la santé. Le choix de ces stratégies dépend à la fois des caractéristiques de la situation, de l'individu et de leurs relations (Vaxevanoglou et Ponnelle, 1999).

11 L'idée d'un déséquilibre entre la situation et les capacités de réponse du sujet se retrouve dans les modèles du stress professionnel. La théorie de l'ajustement de Cooper et Paines (1978) met en relation les sources de stress inhérentes à l'organisation, les caractéristiques individuelles, les symptômes de santé et les maladies.

12 D'autres modèles s'attachent au décalage entre les contraintes de la situation et l'intérêt qu'y trouve l'opérateur. Le modèle tridimensionnel de Karasek (1981) avance que le stress est engendré par un déséquilibre entre le degré de liberté de décision et les exigences. Plus précisément, le stress apparaît lorsque le degré de liberté dans la prise de décision est limité et associé à des exigences psychologiques élevées ou lorsque le degré de liberté dans la prise de décision est large mais associé à des exigences limitées. À la fin des années 80, ce modèle est enrichi avec la notion de « soutien social », définie comme l'ensemble des interactions utilitaires que le travailleur peut trouver chez les personnes de son entourage, y compris ses collègues. Le soutien social peut être émotionnel, il fait référence à la cohésion sociale, à l'intégration dans le groupe, ou être instrumental, il renvoie au degré d'aide et d'assistance apporté par les autres dans l'accomplissement de la tâche.

## 2.2 Charge de travail et processus de régulation

13 Les premières études traitant de la charge de travail sont apparues dans les années 70 (Guillevic, 1991). La charge de travail renvoie au niveau d'exigences d'une tâche à un moment donné (les contraintes) et aux conséquences de cette tâche (les astreintes) au moment de sa réalisation. Selon Leplat (1997), la charge de travail est le résultat de la mise en relation des exigences de travail auxquelles doit répondre l'activité et les astreintes qui représentent un retentissement sur l'organisme. Les exigences peuvent être d'ordre physique, perceptif, cognitif, social, organisationnel ou d'ambiance (Leplat et Cuny, 1984). Les astreintes sont les effets à court, moyen ou long terme du travail sur l'état psychologique ou physique du travailleur (Spérandio, 1984).

14 Bien que la charge de travail soit, pour Rochefort et Guérin (2000), « un descripteur global et synthétique » des effets du travail sur les plans physique, cognitif et psychique, il existe une ambiguïté de sens qui pose le problème de savoir si la charge est une condition ou une conséquence de l'activité de travail. Ces mêmes auteurs considèrent que la charge de travail est située dans le temps et qu'elle permet ainsi à l'opérateur d'anticiper sa charge future en la comparant à sa charge actuelle. L'anticipation peut notamment amorcer la mise en place de processus de régulation.

15 Sur ce point, Spérandio (1972) montre que les liens entre les contraintes et les astreintes sont médiés par les ressources disponibles, à savoir l'ensemble des modes opératoires à la disposition des opérateurs. Selon ce modèle de régulation de la charge de travail, la charge de travail est la conséquence de la mise en œuvre d'un mode opératoire, en retour la charge de travail peut provoquer un changement de mode opératoire. Lorsque le niveau d'exigences de la tâche est faible, les opérateurs utilisent un mode opératoire combinant des critères multiples. Lorsque les exigences augmentent, l'astreinte augmente jusqu'à l'atteinte d'un seuil (au-delà duquel il y a surcharge) qui déclenche la mise en place d'un mode opératoire plus économique. Le processus en boucle se poursuit ainsi avec l'augmentation du niveau d'exigences, mais il n'est pas infini. Lorsque la vicariance des modes opératoires est épuisée, les processus de régulation peuvent porter sur d'autres niveaux (modification de la tâche, redistribution des tâches au niveau de l'équipe, etc.).

16 Poete et Rousseau (2003) proposent d'envisager la charge de travail sous l'angle de trois dimensions complémentaires : la charge prescrite qui renvoie aux exigences des prescriptions, la charge réelle qui relève de l'activité des opérateurs et la charge subjective qui est le sentiment de charge des opérateurs.

17 Ces dimensions de la charge de travail s'articulent et se pondèrent en fonction des possibilités d'action et de compromis qui s'offrent aux opérateurs. Ces derniers peuvent en effet adopter des compromis individuels ou collectifs (processus de régulation) entre leurs propres caractéristiques, les prescriptions et la variabilité de la situation de travail.

18 Ces apports théoriques mettent en relief les points de convergence entre les notions de stress et de charge de travail. Là où les modèles du stress distinguent les facteurs de stress, le stress perçu et les stratégies de coping, l'approche ergonomique de la charge de travail évoque les exigences prescrites, la charge subjective et les processus de régulation mis en œuvre dans l'activité de travail. Plus que de constater cette proximité conceptuelle, l'intérêt réside dans l'identification des apports mutuels de ces deux

champs disciplinaires, puis dans l'utilisation complémentaire de leurs concepts et outils méthodologiques pour parvenir à une approche globale.

19 L'objectif sera donc de combiner ces approches pour appréhender les relations qui lient le stress perçu par les opérateurs aux aspects du travail qu'ils estiment stressants et à la charge de travail réelle (activité et compromis adoptés).

## 3. Spécificités des stresseurs et des déterminants de la charge de travail du personnel soignant

20 Parmi les 41 millions de travailleurs stressés, tous ne sont pas concernés de manière égale. Les femmes sont plus exposées que les hommes à la tension au travail ou *job strain* (Niedhammer, 2007) et certains secteurs sont plus concernés par le stress que d'autres. Ainsi, en Grande-Bretagne, le niveau de stress au travail serait plus élevé dans le service national de santé que dans d'autres milieux professionnels comparables. Aussi, 28 % des infirmières déclarent souffrir de problèmes de santé mentale contre 18 % pour l'ensemble de la population salariée.

21 C'est à ce secteur d'activité et, en particulier, au travail infirmier que s'intéresse notre étude. De nombreux travaux y ont souligné l'ampleur du stress et l'importance de la charge de travail. Ils y ont également identifié les facteurs de stress et de charge de travail (Estryn-Béhar, 1996 ; Stoïber et Bouillerce, 1999) qui parfois se confondent. Ainsi, les effectifs réduits, la charge de travail qui en découle, l'organisation temporelle (horaires, travail du week-end), les difficultés relationnelles, mais également la confrontation à la douleur et à la mort sont à la fois des déterminants du stress et de la charge de travail.

22 Des facteurs spécifiques à la charge de travail dans le secteur hospitalier ont été mis en évidence par l'approche ergonomique. Il s'agit des efforts posturaux, des manutentions et des déplacements qui contribuent à la charge physique du travail. Le manque d'aménagements anthropométriquement adaptés, le manque d'instrumentation, tels les lève-malades, et l'architecture des lieux engendrent le maintien quasi permanent de la station debout, des postures pénibles et de nombreux déplacements (Estryn-Béhar et Fouillot, 1990).

23 Le travail hospitalier comporte également une dimension cognitive compte tenu de l'évolution permanente de l'état des patients et des procédures de diagnostic des soignants placés en situation d'urgence. Les soignants doivent recueillir, traiter, mémoriser et transmettre des informations complexes, nombreuses et fluctuantes quant à l'évolution de l'état de santé de chaque patient (Martin et Gadbois, 2004). Ainsi, la responsabilité, l'incertitude, la pression temporelle sont autant de facteurs qui concourent à augmenter la charge mentale de travail (Nogareda Cuixart, 1991 ; Pottier et Estryn-Behar, 1979 ; Martin et Gadbois, 2004 ; Estryn-Behar et Fouillot, 1990). Se surajoutent des contraintes relatives à la fréquence des interruptions du travail en cours qui induisent une segmentation du travail et une réactualisation incessante des priorités.

24 Certains de ces facteurs de stress et de charge de travail se retrouvent dans quantité de situations de travail alors que d'autres, au contraire, semblent propres au travail des soignants. C'est notamment le cas de la confrontation à la douleur et à la mort. En effet, dans les pays industrialisés, la mort est devenue une dimension incontournable du travail en milieu hospitalier. Les changements de comportement familial font que les personnes

âgées sont moins prises en charge par leurs enfants et fréquemment placées en institution. En France, pays d'Europe occidentale où la personne âgée est le plus exclue du noyau familial, 5,5 % des plus de 65 ans vivent en institution. Avec près de 70 % des Français qui y meurent, l'hôpital est devenu un *« sas entre la vie et la mort »* (Manoukian, 2004 ; Molinié, 2005).

25 Face à la mort comme face à la douleur, les soignants sont rappelés à la réalité de la condition humaine. Confrontés à cette réalité, ils peuvent éprouver un sentiment d'impuissance mêlé de désœuvrement qui se traduit en mal-être. Ce mal-être est d'autant plus grand que les soignants ont peu de retours positifs sur leur travail : les communications avec les patients sont rarement sensées et les familles de patients sont exigeantes et critiques (Robert, 2005). De plus, les soignants sont peu préparés à affronter les émotions (les leurs, celles des patients et celles des familles de patients) et, rappelés à leurs tâches habituelles, ils n'ont guère le temps et l'occasion d'extérioriser leurs sentiments (Stoïber et Boullierce, 1999).

26 Ces exigences physiques cognitives et psychiques du travail des soignants sont accentuées par le manque d'effectif, des taux d'absentéisme et de turn-over importants.

# 4. Étude exploratoire dans un service de gérontologie

## 4.1 Eléments de contexte : une demande émergente

27 Lors de nos premiers contacts avec la direction de l'hôpital, une demande relative à la charge de travail et au stress émerge très rapidement. En fait, les responsables sont inquiets de constater des taux d'absentéisme et de turn-over élevés. Ces phénomènes sont d'autant plus préoccupants qu'ils s'apparentent à des indicateurs organisationnels d'alerte de stress (Brun, 2004) et que les infirmières assimilent le turn-over à un facteur d'insatisfaction au travail (Berney, Marazzi, Wasserfallen, 2002).

28 Les responsables de l'hôpital s'interrogent sur les liens possibles entre ces taux élevés, la charge de travail et le stress. Ils évoquent un processus en chaîne. Selon eux, le manque de ressources en personnel soignant sur le marché du travail conduit à un manque d'effectif. Ce manque d'effectif amène indéniablement un alourdissement de la charge de travail des soignants en poste. Cette charge importante affecte les soignants qui s'absentent donc pour des raisons de santé, voire s'orientent vers d'autres services ou d'autres structures. Ce phénomène aggrave le problème du manque de personnel. La direction de l'hôpital a du mal à trouver les ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement de l'hôpital. Par conséquent, la conservation du personnel déjà employé à l'hôpital devient une priorité.

29 L'orientation de notre étude est confortée par la prise de connaissance de plusieurs travaux qui soulignent l'importance du stress et de la charge de travail en milieu hospitalier (Dartiguepeyrou, 1999 ; Bourbonnais et collab., 2005).

30 Les responsables de l'hôpital nous dirigent vers un service précis de gérontologie, car il fait partie des plus concernés par le turn-over. À notre arrivée dans ce service, nous constatons que l'intérêt des soignants quant à la charge de travail et au stress est tout aussi important que celui des responsables. Des deux cotés, il s'agit avant tout d'une demande de constat, de mise en évidence dans l'objectif de *« faire remonter plus haut »*.

## 4.2 Présentation de l'unité de gérontologie

31 L'étude s'est déroulée dans un hôpital public et, plus précisément, dans une unité fonctionnelle de gérontologie. Ce type de service se singularise par le faible espoir d'amélioration de l'état de santé des patients.

32 Au moment de l'étude, l'unité concernée accueillait 38 patients âgés (89 ans en moyenne) et pour la plupart atteints de démence sénile, de la maladie d'Alzheimer et/ou d'hémiplégies. Pour prendre en charge ces patients, une équipe soignante composée de 2 médecins, 1 cadre infirmier, 8 infirmières, 18 aides-soignantes (AS) et agents des services hospitaliers (ASH) était mise à pied d'œuvre. Cet effectif n'est que théorique puisque, en réalité, le manque d'effectif est manifeste. Par exemple, lors du poste de matin (7 h-15 h), l'effectif réel des infirmières et des aides-soignantes est toujours en deçà de l'effectif prescrit : 1 infirmière au lieu de 2 (voire 3 selon le chevauchement des postes) et 2 aides-soignantes au lieu de 3 (voire 4 selon le chevauchement des postes). Il est également considéré comme le plus éprouvant. En effet, au cours de ce poste, les infirmières, accompagnées de 2 aides-soignantes, ont pour tâches la distribution des médicaments, les toilettes et les soins des patients mais également la mise à jour des dossiers médicaux, la participation aux réunions de transmission des informations, l'approvisionnement en matériel de soins et médicaments. L'étude s'est alors centrée sur ce poste du matin.

## 4.3 Problématique et méthodologie

33 Compte tenu du contexte et des éléments théoriques énoncés, la question s'articule autour de la charge réelle de travail, du stress perçu et des processus de régulation. D'une part, l'objectif est de savoir si une charge de travail importante est systématiquement associée à un niveau de stress perçu élevé et, d'autre part, si, pour faire face, les infirmières adoptent des stratégies de régulation appuyées sur le collectif de travail c'est-à-dire sur le soutien social et l'entraide.

34 Pour répondre à ces interrogations, la démarche méthodologique combine analyse ergonomique de l'activité et recueil de données par questionnaire. L'analyse ergonomique permet d'appréhender la charge réelle de travail au niveau physique (déplacements, postures et manutentions) et cognitif (interruptions), mais aussi de rendre compte du recours au collectif (demandes d'aide et entraides accomplies). L'approche *in situ* (suivi de l'activité des infirmières dans le couloir, la salle de soin et les chambres) est fondée sur les techniques d'observation du comportement.

35 Le questionnaire permet quant à lui d'approcher le stress perçu. Il a été construit par les auteurs, spécifiquement pour cette étude et sur la base des facteurs de stress potentiels identifiés au préalable lors de l'analyse de l'activité. L'objectif était de recueillir des données valides c'est-à-dire correspondant à la situation réelle de travail des infirmières. Donc, le questionnaire amène les infirmières à exprimer leur ressenti et fournit ainsi des données subjectives. Il comporte 19 items regroupés en 6 catégories : type de tâche à réaliser, ingratitude du travail, relations interindividuelles, efforts physiques, interruptions et tâches annexes imprévues. À la fin de chaque poste de matin, l'infirmière qui a été suivie donne son sentiment au sujet de ces items en se positionnant sur une échelle de valeurs allant de 1 (pas du tout stressée) à 5 (très stressée).

36 Les conditions d'accès à l'hôpital ont limité notre investigation de terrain à 12 jours. Le recueil systématique des données s'est étendu sur 6 postes du matin. Durant cette période de recueil, 3 infirmières se sont relayées sur ce poste, par conséquent, deux d'entre elles ont été suivies à plusieurs reprises (l'infirmière A a été suivie 1 fois ; l'infirmière B 2 fois ; l'infirmière C 3 fois). Elles ont fait l'objet d'un relevé en continu sur toute la durée du poste.

## 4.4 Résultats

37 Les résultats présentés ci-après sont d'ordre qualitatif, l'échantillon de population restreint n'autorisant pas de soumettre les résultats à un traitement statistique. Ils concernent des tendances. Toutefois, ils permettent une première évaluation de l'état de stress des infirmières ainsi qu'une première évaluation des causes et des conséquences de cet état de stress.

38 Les premiers résultats sont issus du recueil de données par questionnaire. Ils concernent les scores de stress perçu et les dimensions de travail reconnues comme stressantes. Viennent ensuite les résultats issus de l'analyse ergonomique, relatifs aux activités de distribution des médicaments, de soins et de toilette effectués durant le poste du matin, soit sur huit heures. Ils rendent compte des efforts physiques, des interruptions et des demandes d'aide. Ils sont mis en rapport avec les scores de stress perçu.

### 4.4.1 Scores de stress perçu et dimensions du travail estimées comme stressantes

39 L'échelle de valeurs employée dans le questionnaire induit un score minimum de 19 points (1 point x 19 items) et un score maximum de 95 points (5 points x 19 items). Le score théorique moyen se situe donc à 38 points [(95 -19 points)/2].

40 Les scores de stress perçu obtenus par les infirmières lors des 6 postes de travail sont compris entre 20 et 62 points (cf. Tableau 1).

41 Le niveau de stress perçu par l'infirmière A est quasiment nul (20 points). Trois scores sont proches de la moyenne (31, 32, 39) et deux sont plutôt élevés (44, 62).

42 Le niveau de stress perçu par les infirmières B et C, suivies à plusieurs reprises, varie d'un poste de travail à un autre (score variant de 31 à 62 points pour l'infirmière B et de 32 à 44 pour l'infirmière C).

Tableau 1. Scores de stress perçu des infirmières A, B et C lors des 6 postes de travail et dimensions de travail estimées comme stressantes

| **Infirmières** | | A | B | C | C | C | B |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Scores de stress perçu** | | 20 | 31 | 32 | 39 | 44 | 62 |
| **Dimensions du travail considérées comme stressantes** | Types de tâche | X | X | | | | X |
| | Ingratitude | | X | X | | | X |
| | Efforts physiques | | | X | | | X |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Imprévus | | | | X | X | |
| | Relations | | | | X | X | X |
| | Interruptions | | | | X | X | X |
| **Nombre total d'aspects stressants évoqués** | | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 5 |

43 Chaque dimension de travail est évoquée de manière à peu près égale, chacune étant rappelée deux ou trois fois (cf. Tableau 1).

44 La hausse du niveau de stress perçu est associée, d'une part, à l'évocation de dimensions de travail absentes dans les scores bas (imprévus, relations, interruptions) et, d'autre part, au cumul de dimensions considérées comme stressantes. En effet, le nombre de dimensions de travail retenues comme stressantes augmente parallèlement aux scores de stress perçu (une dimension retenue pour le score le plus faible contre cinq dimensions retenues pour le score le plus élevé).

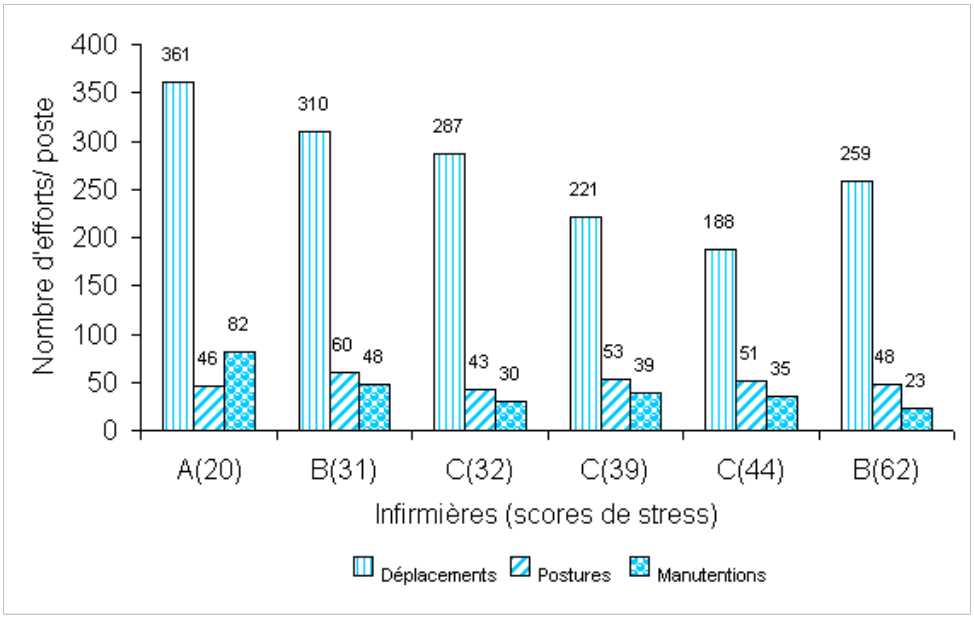
### 4.4.2 Efforts physiques

45 Les efforts physiques se rapportent aux déplacements, aux postures et aux manutentions. La quantité de déplacements varie considérablement d'un poste de travail à un autre, allant du simple au double (cf. figure 1). Il en va de même pour les manutentions. Sur l'ensemble des postes de travail, le nombre de postures pénibles est quant à lui plus homogène.

46 La diminution des déplacements s'accompagne d'une augmentation des scores de stress. L'infirmière A totalise le maximum de déplacements (361 déplacements soit, en moyenne, 45 déplacements par heure) et présente le score de stress perçu le plus bas (20). La comparaison du nombre de déplacements et des scores de stress de l'infirmière C confirme cette tendance : le nombre de ses déplacements décroît parallèlement à l'augmentation de ses scores de stress perçu. La tendance globale des manutentions est similaire à celle des déplacements.

47 Par ailleurs, en rapprochant ces résultats de ceux présentés dans le tableau 1, il ressort que ce n'est pas lorsque les observations relèvent des quantités d'efforts réellement importantes qu'au travers du questionnaire les infirmières les retiennent comme une dimension stressante de leur travail.

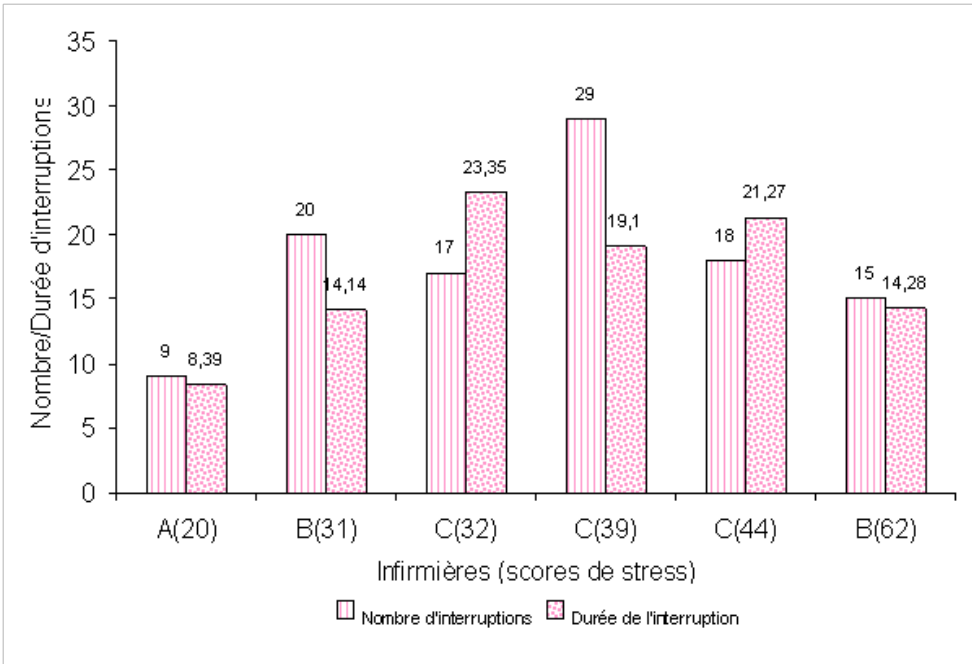
Figure 1. Nombre de déplacements, de postures et de manutentions des infirmières A, B et C lors des 6 postes de travail et scores de stress perçu associés




### 4.4.3 Interruptions de tâche

48 Nous considérons qu'il y a interruption dès lors que l'infirmière doit suspendre la réalisation d'une tâche pour en réaliser une nouvelle (ex. : suspendre le soin d'une escarre pour transmettre des informations à un collègue ou aux proches d'un patient).

Figure 2. Nombre et durée des interruptions des infirmières A, B et C lors des 6 postes de travail et scores de stress perçu associés



49 Selon les postes de travail, la durée et le nombre d'interruptions fluctuent (cf. figure 2). Le nombre d'interruptions varie de 9 à 29 par poste de travail, soit respectivement de 1 interruption par heure à 1 interruption toutes les 19 minutes. Précisons que les interruptions proviennent en majorité des collègues (67 %) et, plus particulièrement, des aides-soignantes, des ASH et du cadre infirmier.

50 Ces résultats quantitatifs ne permettent pas d'envisager d'éventuelles relations entre les interruptions et les scores de stress perçu, même si le score de stress le plus bas est associé au nombre et à la durée d'interruptions minimum.

51 D'un point de vue plus qualitatif, il convient de prendre en considération le fait que les interruptions perturbent l'activité (ex. : erreur et/ou omission à la reprise de l'activité) ainsi que l'organisation individuelle et collective du travail. Les interruptions pourraient donc influer sur le niveau de stress perçu en fonction de la possibilité et du délai de reprise de l'activité interrompue, mais également par la possibilité de se faire suppléer.

### 4.4.4 Demandes d'aide

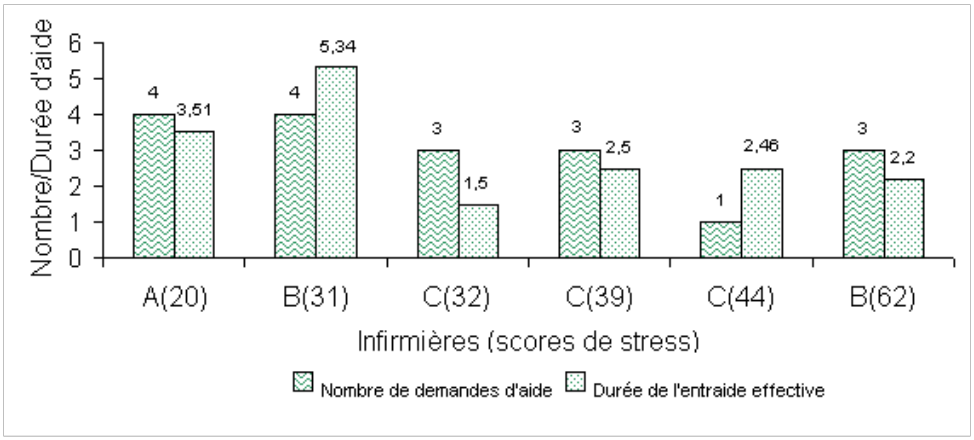
52 Les demandes d'aide, exprimées à l'oral, sont ponctuelles et toujours à l'initiative de l'infirmière, l'aide n'est pas proposée spontanément par les collègues. Les infirmières travaillant par sectorisation, si deux infirmières travaillent simultanément dans le service, elles sont seules pour prendre en charge les patients de leur secteur. C'est pourquoi, elles sollicitent l'aide des aides-soignantes ou des agents des services hospitaliers, par exemple, pour manipuler certains malades. Les demandes d'aide sont systématiquement adressées aux aides-soignantes et agents des services hospitaliers et sont toutes suivies d'une entraide effective.

53 Les fréquences de demandes d'aide sont relativement homogènes d'un poste à l'autre (3 postes totalisent 3 demandes d'aide ; 2 postes totalisent 4 demandes d'aide). Elles sont assez rares : de 1 à 4 par poste de travail (cf. figure 3).

54 Malgré tout, nous constatons que la fréquence des demandes d'aide est élevée lorsque les scores de stress sont bas. En effet, les infirmières A et B, obtenant respectivement des scores de stress de 20 et 31 points, sollicitent 4 fois l'aide de leurs collègues alors que l'infirmière C, dont le score de stress est de 44 points, ne formule qu'une seule demande. Ce constat ne vaut pas pour le score de stress perçu le plus élevé : l'infirmière B ayant sollicité 3 fois ses collègues lors de ce poste-là.

55 De même, la durée des aides effectives est plus importante pour les scores de stress minimums que pour les scores de stress élevés. Les scores de stress de 20 et 31 points sont associés à des durées d'aide respectivement égales à 3 min 51 s et 5 min 34 s alors que les scores de stress les plus hauts, équivalents à 44 et 62 points, totalisent respectivement 2 min 46 s et 2 min 20 s d'aide effective.

Figure 3. Nombre de demandes d'aides et durée de l'entraide effective des infirmières A, B et C lors des 6 postes de travail et scores de stress perçu associés




## 4.5 Discussion

56 Les résultats de cette étude exploratoire, combinant une approche psychosociale et ergonomique, mettent en évidence plusieurs facteurs de stress. Ils suggèrent que le niveau de stress perçu des infirmières de gérontologie dépend, d'une part, de l'attribution causale et, d'autre part, des processus de régulation qu'elles adoptent.

### 4.5.1 Caractéristiques psychosociales et stress perçu : de l'individu au collectif

57 Les résultats montrent que le niveau de stress perçu par une même infirmière fluctue selon les postes de travail (variabilité intra-individuelle). Contrairement au postulat des théories transactionnelles (Lazarus et Folkman, 1984), le niveau de stress perçu dans cette étude ne semble pas imputable au degré de tolérance au stress propre à chaque infirmière. Les caractéristiques de la situation de travail semblent donc bien jouer un rôle prégnant sur les niveaux de stress perçu. Les scores de stress faibles sont associés aux efforts physiques, à l'ingratitude et au type de tâche alors que les scores élevés sont associés à la dimension relationnelle, aux imprévus et aux interruptions du travail. Ainsi, plus les scores de stress augmentent plus les causes du stress renvoient à l'équipe de travail et à l'organisation. L'identification de facteurs de stress déplace le point de vue de l'individu vers le groupe d'individus concernés par ces différents facteurs.

58 Par ailleurs, le niveau de stress s'accroît avec la multiplication des dimensions de travail reconnues stressantes. Il est fonction d'une accumulation d'éléments jugés stressants plus que d'un aspect fortement stressant. Cette constatation appuie l'idée des modèles psychosociaux selon laquelle plus un individu a à affronter d'événements difficiles plus il est susceptible de connaître des problèmes de santé (Aubert et Pagès, 1989).

### 4.5.2 Des processus de régulation adaptatifs et pathogènes

59 Les résultats montrent que l'accroissement du stress perçu ne suit pas systématiquement la hausse de la charge de travail réelle. Au contraire, plus les scores de stress perçu s'élèvent plus les efforts physiques et les demandes d'aide tendent à diminuer.

60 D'une part, avec la diminution des efforts physiques réels, leur évocation comme élément stressant disparaît. Leur diminution effective peut être la conséquence d'un processus de régulation mis en place par les infirmières pour maintenir la charge de travail et le stress à un niveau acceptable. Dans un service hospitalier en sous-effectif réel permanent, diminuer les efforts physiques, et plus particulièrement les déplacements, leur permet de *« s'économiser »*. Ceci étant, l'économie reste relative et l'efficacité de ces processus de régulation partielle. Certes, les efforts physiques ne sont plus considérés comme stressants par les intéressées mais les scores de stress perçu ne cessent d'augmenter malgré la diminution des efforts physiques réels. Le compromis mis en place par les infirmières pour gérer leur charge de travail, compromis basé sur la réduction des efforts physiques, a en retour une incidence pathogène manifeste. Les infirmières disent *« culpabiliser de s'économiser »*.

61 D'autre part, les scores de stress perçu les plus élevés s'accompagnent d'une réduction des demandes d'aides, déjà relativement rares. Solliciter des collègues peut être coûteux en termes de temps (perdre du temps et/ou en faire perdre aux collègues sollicités) et peut comporter un risque (risque de conflit, de récupérer du travail supplémentaire). La crainte de déranger les collègues, de retarder l'avancement du travail et, en conséquence, la crainte d'être exclue du groupe, conduisent les infirmières à ne pas solliciter de l'aide/à restreindre leurs demandes d'aide. Cette crainte a été identifiée comme un facteur de risque de stress collectif (Daujard, 2001). Dans la présente étude, le fait de ne pas pouvoir s'appuyer sur le collectif de travail peut alors être un facteur de stress perçu. Cette réduction des demandes d'aide peut également traduire l'utilisation par les infirmières de stratégies visant à limiter volontairement les relations interpersonnelles, celles-ci étant qualifiées de stressantes lors des postes de travail aux scores de stress perçu les plus élevés.

62 La réduction des demandes d'aide et des déplacements a pour conséquence un repli de l'infirmière sur elle-même, les opératrices sont dans l'impossibilité de s'appuyer sur le collectif de travail, de s'entraider pour « faire face ». Or, les régulations collectives peuvent constituer une ressource essentielle pour pallier la variabilité de toute situation de travail (Barthe, 2000). Cet isolement, qui est la conséquence d'une organisation du travail extrêmement contrainte (nombre de patients, pression temporelle, manque d'effectif), est accentué par la mise en place de stratégies d'évitement, seule possibilité pour les infirmières d'accomplir leurs tâches auprès de tous les patients. Ce recours au collectif « empêché » (Clot, 2002) conduit à ces stratégies de coping et de régulation individuelles dont les limites sont vite atteintes. Elles permettent de « contrôler » certaines dimensions de la charge de travail, en l'occurrence la dimension physique, mais en alourdissent d'autres, en particulier la dimension psychique. Clot, Kostulsky et Litim (2004) ont mené un travail de réflexion sur une intervention accomplie dans un service de soins similaire : un service de longs et moyens séjours de gériatrie. Les auteurs montrent que les soignants ont l'impression de ne pas bien faire leur travail parce qu'ils sont pris au piège entre ce qu'il faudrait faire, une organisation du travail qui ne leur donne pas les moyens de le faire et une impossible confrontation entre leur activité individuelle de travail et celle de leurs collègues. Cette tension use les soignants et porte atteinte à leur santé.

63 En effet, l'isolement, qui traduit un processus de régulation adaptatif ou stratégie de coping par évitement, a des répercussions pathogènes sur l'état de santé de l'individu. Les crises de larmes de deux infirmières et la démission de l'une d'entre elles, au moment de

notre présence, attestent de cet impact sur leur santé mentale : elles *« craquent »*. Ce service hospitalier de gérontologie, considéré comme un « mouroir » pour les patients, est en passe de devenir un « mouroir » pour les soignantes qui n'en sont plus et qui développent des sentiments d'inutilité et d'impuissance (Neveu, 1996).

64 Le risque est d'aboutir à un état d'épuisement professionnel (burn-out) qui, selon Falzon et Sauvagnac (2004), est une conséquence du stress qui affecte les ressources personnelles des individus et se caractérise par une rupture avec les règles de métier.

65 Les processus de régulation et les stratégies de coping, considérés uniquement sous l'angle d'une adaptation bénéfique, doivent être complétés par une prise en compte équivoque de cette notion de régulation qui, parfois, accentue encore l'écart entre exigences et ressources.

## 5. Conclusion : intérêts d'une approche combinatoire et perspectives

66 La démarche méthodologique mise en œuvre combine des connaissances issues de la psychologie sociale et de l'ergonomie. Les apports mutuels de ces deux champs disciplinaires se situent aux niveaux méthodologique et explicatif. L'évaluation du stress perçu en lien avec les dimensions stressantes du travail permet de préciser les contours de la charge subjective. L'analyse *in situ* de l'activité permet, elle, de resituer les exigences réelles du travail et les compromis adoptés par les infirmières. Malgré ses limites méthodologiques (peu d'observations, échantillon de population restreint, etc.), cette étude exploratoire met en place une approche qui permet de déterminer des dimensions de la situation de travail effectivement stressantes, celles perçues comme stressantes et de comprendre leurs places respectives dans le processus de stress.

67 L'étude s'est centrée sur les exigences du travail, les capacités de l'opérateur, le stress perçu et les choix de stratégies qui lient ces éléments. Or, le stress s'inscrit dans un processus dans lequel la performance et le résultat du travail tiennent un rôle essentiel. À l'hôpital, la performance renvoie à la qualité des soins prodigués aux patients. En gériatrie, plus que les soins, c'est la qualité de l'accueil de la personne âgée qui est visée. Cette qualité d'accueil est déterminée par les relations entre les soignants, les patients et les familles. Actuellement, les contraintes qui pèsent sur ces services créent un mal-être chez les soignants. Ces derniers ont l'impression de ne faire que le strict minimum pour les patients : assurer le « confort » physique au détriment du « confort » psychologique. De plus, les patients et leurs proches, conscients des contraintes temporelles subies par les soignants, évitent de les déranger et les interpellent essentiellement lors de situations problématiques. Les contacts sont donc restreints au point que les patients et leurs proches n'osent interrompre les soignants pour leur témoigner leur reconnaissance. Les soignants ont, par conséquent, très peu de retours positifs sur leur travail.

68 La volonté actuelle « d'humaniser » les services de gériatrie semble incontournable pour améliorer à la fois la qualité d'accueil des patients et les conditions de travail des soignants. Toutefois, cette humanisation ne sera rendue possible que par une réflexion globale visant à trouver des solutions pour que les soignants aient la possibilité d'atteindre cet objectif relationnel d'accueil et de prise en charge auprès des patients âgés.

## BIBLIOGRAPHIE

AFPC (Alliance de la fonction publique du Canada) (2003). Karoshi ! Réduire le stress, la charge de travail, le temps de travail et mieux concilier le travail et la vie personnelle avant qu'il ne soit trop tard. Enjeux-Dossiers chauds pour la négociation collective, n° 5.

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (2000). Stress au travail. Fiche d'information n° 8, 02-06-2000. http://ew2002.osha.europa.eu/ew2002/pubs/facts8_fr.pdf

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (2002). Stress au travail. Fiche d'information n° 22, 22-05-2002. http://osha.europa.eu/publications/factsheets/22/?set_language=fr

Aubert N., Pagès M. (1989). *Le stress professionnel.* Editions Klincksieck, Paris.

Barthe B. (2000). Travailler la nuit au sein d'un collectif : quels bénéfices ? In *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie*, eds H. Benchekroun et A. Weill-Fassina, p. 235-255. Octarès Éditions, Toulouse.

Brangier E., Lancry A., Louche C. (2004). Introduction générale : le domaine de la psychologie du travail et des organisations. In *Les dimensions humaines du travail : théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations, eds* E. Brangier, A. Lancry et C. Louche, p. 15-41. Presses Universitaires de Nancy, Nancy.

Bellan M. (2007). Stress : les médecins du travail tirent la sonnette d'alarme. Les Échos, 25 septembre 2007. www.lesechos.fr/info/metiers/4624902.htm

Berney V., Marazzi A., Wasserfallen J.-B. (2002). Évaluation de la satisfaction des infirmiers(-ères) : Développement et validation d'un nouvel outil d'analyse. Recherche en soins infirmiers, n ° 71, p. 63-70. http://fulltext.bdsp.tm.fr/Rsi/71/63.pdf?67366-DQJ06-361DQ-M1XXQ-1KMJ0

Bourbonnais R., Gauthier N., Vézina M., Viens C., Durand P.J., Brisson C., Alderson M., Bégin P. et Ouellet J.P. (2005). Une intervention en centres d'hébergement et de soins de longue durée visant à réduire les problèmes de santé mentale liés au travail. PISTES, vol. 7, n° 2. www.pistes.uqam.ca/v7n2/articles/v7n2a1.htm

Brun C. (2004). Un modèle d'analyse à l'essai auprès de treize entreprises. *Travail et changement*, n ° 298, p. 12-13.

Brun C., Sarazin B., Vallée M. (2004). Pour la construction d'une démarche collective et participative. *Travail et changement*, n° 298, p. 5-7. www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/29931.PDF

Castro B. (1995). Stress, fatigue, burn-out en milieu professionnel : interventions individuelles. *Pratiques psychologiques*, n° 4, p. 37-43.

Chanlat J.F. (2007). Le stress au travail : problème d'actualité dans les entreprises et enjeu social. Notes du congrès « Le stress au travail, une réalité. Quelle prévention, quels acteurs et quels outils ? », Nancy, 1er et 2 février 2007. Documents pour le Médecin du Travail, n° 110, 2e semestre 2007, INRS, p. 200-201.

Clot Y. (2002). *La fonction psychologique du travail* (Troisième édition augmentée). PUF, Paris.

Clot Y., Kostulsky K. et Litim, M. (2004). Activité empêchée et amputation du sens du travail : conséquences sur la santé. L'exemple d'un service de gériatrie. *Congrès international hommes et organisations : la santé au cœur des enjeux de l'entreprise*. Nancy, Metz, Montfort-les-Bains, 22, 23 et 24 Novembre 2004.

Cooper C. L., Payne R. (1978). *Stress at work*. John Wiley and Sons, New-York.

Cox T., Rial-Gonzàlez E. (2002). Stress lié au travail : panorama européen. *Magazine de l'agence européenne pour la santé et la sécurité au travail*, n° 5.

DARES (1999). *Efforts, risques et charge de travail mentale au travail - Résultats des enquêtes conditions de travail 1984, 1991 et 1998*. Les dossiers de la DARES, hors-série /99. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. La documentation française.

Dartiguepeyrou M. (1999). Étude comparative des niveaux de stress des jeunes infirmières en poste de « volante » et en poste fixe dans les Hôpitaux Publics de Dax et Bayonne. Santé publique, vol. 11 n° 2, p. 137-154. http://fulltext.bdsp.tm.fr/Sfsp/SantePublique/1999/2/DARTIG_ps.pdf?Q3384-4XGD7-GQXG4-GD4GM-X4448

Daujard E. (2001). Le « stress collectif » un risque professionnel. *Performances-Stratégies et Facteur Humain*, n° 1, p. 18-22.

Davezies P. (2001). Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social. *Performances-Stratégies et Facteur Humain*, n° 1, p. 4-7.

D'Hertefelt H. (2002). La mesure de la charge psychosociale sur le lieu de travail en Belgique. BTS Newsletter n° 19-20, p. 45-50. http://hesa.etui-rehs.org/fr/newsletter/files/2002-19p45-50.pdf

Estryn-Béhar M. (1996). *Ergonomie hospitalière -Théorie et Pratique*. ESTEM, Paris.

Estryn-Béhar M. et Fouillot J.P. (1990). Étude de la charge physique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides-soignantes dans 10 services de soins. Documents pour le Médecin du Travail, INRS, TL5. http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=TL%205

Falzon P. et Sauvagnac C. (2004). Charge de travail et stress. In *Ergonomie*, ed P. Falzon, p. 45-55. PUF, Paris.

Frimat P. (1996). Validation d'un outil de mesure du stress, influence du stress perçu au travail sur l'absentéisme et l'incidence des maladies cardiovasculaires. Santé au travail, 10 ans de recherche médicale, colloque du 19 mars 1996, *La documentation française*.

Graziani P., Swendsen J. (2004). *Le stress - Émotions et stratégies d'adaptation*. Éditions Nathan, Paris.

Guillevic C. (1991). *Psychologie du travail*. Éditions Nathan, Paris.

INRS (2005). Le stress au travail. Dossier web. http://www.inrs.fr/accueil/risques/psychosociaux/stress.html

Karasek R. A. (1981). Job decision latitude, job design and coronary heart disease. In *Machine pacing and occupational stress*, eds G. Salvendy, M. J. Smith, p. 45-55. Taylor & Francis, London.

Lazarus R.S., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer, New-York.

Leplat J. (1997). Quelques commentaires sur la notion de charge mentale de travail. In *Regards sur l'activité en situation de travail, Contribution à la psychologie ergonomique,* ed J. Leplat, p. 57-72. PUF, Paris.

Leplat J., Cuny X. (1984). *Introduction à la psychologie du travail*. PUF, Paris.

Lindsay P.H., Norman D.A. (1980). *Traitement de l'information et comportement humain*. Éditions Études vivantes, Montréal.

Manoukian A. (2004). *Les soignants et les personnes âgées*. Éditions Lamarre, coll. Pratiquer, Paris.

Martin C., Gadbois C. (2004). L'ergonomie à l'hôpital. In *Ergonomie*, ed P. Falzon, p. 45-55. PUF, Paris.

Meister D. (1981). The problem of stress definition. In *Machine pacing and occupational stress*, eds. G. Salvendy, M.J. Smith, p. 37-44. Taylor & Francis, London.

Molinié E. (2005). *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*. Étude du conseil économique et social, Année 2005. - N° 10 NOR : C.E.S. X00000110V. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000659/0000.pdf

Montmollin M. de (1997). Charge de travail. In *Vocabulaire de l'ergonomie,* ed M. de Montmollin, 2e Edition, p. 42-44. Octarès Edition, Toulouse.

Neboit M., Vézina M. (2002). Chapitre introductif - Évolutions du travail, santé psychique et stress : points de repères. In *Stress au travail et santé psychique*, M. Neboit et M. Vézina, p. 25-44. Octarès Éditions, Toulouse.

Neveu J.P. (1996). Épuisement professionnel : recherche exploratoire en milieu hospitalier. *Le Travail Humain*, vol. 59, n° 2, p. 173-186.

Niedhammer I. (2007). État des lieux. Notes du congrès « Le stress au travail, une réalité. Quelle prévention, quels acteurs et quels outils ? », Nancy, 1er et 2 février 2007. *Documents pour le Médecin du Travail*, n° 110, 2e semestre 2007, INRS, p. 202-203.

Nogareda Cuixart C. (1991). *Carga mental en el trabajo hospitalario : guia para su valoracion.* Notas técnicas de prevencion, Ministero de trabajo y asuntos sociales-Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo, NTP 275, 9p. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/201a300/ntp_275.pdf

Organisation internationale du travail. (2005). La violence et le stress au travail dans le secteur des services. Services de santé : Violence et stress sur le lieu de travail. www.ilo.org/public/french/dialogue/sector/sectors/health/violence.htm

Paoli P. (1997). *Second European Survey on Working Conditions*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin.

Paulhan I. (1994). Les stratégies d'ajustement ou « coping ». In *Introduction à la psychologie de la santé*, eds M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer, p. 99-124. PUF, Paris.

Poete B., Rousseau T. (2003). *La charge de travail - De l'évaluation à la négociation*. Éditions Liaisons réseau ANACT.

Pottier M., Estryn-Behar M. (1979). L'ergonomie du travail infirmier. Actes du XVe congrès de la SELF, 6-8 décembre, Paris.

Quéinnec Y., Barthe B., Verdier F. (2000). Réduction du temps de travail et organisation de l'activité de travail : des rapports ambigus et complexes. In *Où va le temps de travail ?* eds D.G. Tremblay et G. de Terssac, p. 133-142. Presse universitaire, Montréal et Octarès Éditions, Toulouse.

Robert A. (2005). Maison de retraite - Le blues des soignants. *Travail et Sécurité*, n° 654. www.travail-et-securite.fr/ArchivesTS/ArchivesTS.nsf/(allDocParRef)/TS654page2_1/$File/TS654page2.pdf ?OpenElement

Rochefort T., Guérin F. (2000). *Liens entre organisations du travail, charge de travail et performance.* Organisation du travail - Charge de travail - Performance, Journées de travail organisées par l'ANACT et l'APRAT, 27 et 28 juin 2000, Lyon, p. 6-8. http://www.whp-training.eu/resources/organisation-du-travail_charge-de-travail_-performance.pdf

Rosnet E. (2002). Définitions, théories et modèles du stress. In *Stress et Société*, ed. D. Lassare, p. 17-37. Presses universitaires de Reims et Publications du laboratoire de psychologie appliquée, Reims.

Siegrist J. (1996). Adverse health effects of high effort-low reward conditions. *Journal of occupational health psychology*, 1996/1, p. 27-41.

Spérandio J.C. (1972). *L'ergonomie du travail mental*. Masson, Paris.

Spérandio J.C. (1984). Charge de travail et régulation des processus opératoires. *Le Travail Humain*, vol. 35, n° 1, p. 85-98.

Stoïber C. et Bouillerce B. (1999). *Le stress de l'aide-soignant : Spécificités et conséquences - Comment lutter contre le stress*. Masson, Paris.

Trade Union Councils (2004). Stress and overwork - Section 4. Focus on health and safety, Trade Union Trends Survey 04/03 - TUC biennial survey of safety reps 2004. p. 21-26. www.tuc.org.uk/h_and_s/tuc-9056-f0.pdf

Vaxevanoglou X., Ponnelle S. (1999). Déterminants de l'activité et santé psychique au travail. Actes du 32e congrès de la SELF, Caen, p. 289-296.

Vézina M. (1999). L'organisation du travail et la santé mentale : état des connaissances et perspectives d'intervention. *Revue de médecine du travail*, XXVI, 1/99, p. 14-24.

## RÉSUMÉS

Cet article tente d'aborder les concepts de charge de travail et de stress professionnel de façon conjointe, en combinant une approche psychosociale et une approche ergonomique. Cette étude exploratoire a été menée auprès des infirmières d'un service hospitalier de gérontologie. L'objectif est de savoir, d'une part, si une augmentation de la charge de travail conduit à une hausse du niveau de stress perçu et, d'autre part, si les infirmières adoptent des processus de régulation appuyés sur le soutien social. Les premiers résultats montrent que l'augmentation des scores de stress perçu est associée à une augmentation du nombre d'aspects du travail jugés stressants et une baisse des efforts physiques. Ils montrent que les scores de stress les plus bas apparaissent quand les infirmières bénéficient d'une aide pour réaliser leurs tâches et que leur activité de travail n'est pas interrompue. Enfin, les scores de stress les plus élevés surviennent lorsque les infirmières ne s'entraident pas. Ces résultats témoignent de la mise en place d'un processus de régulation à la fois adaptatif et pathogène. Pour faire face à une charge de travail élevée, les infirmières s'isolent pour accomplir leurs tâches et cet isolement a des répercussions sur leur santé.

This article attempts to address the concepts of workload and job stress in a joint way, combining a psychosocial and ergonomic approach. This exploratory study was conducted among nurses in a Gerontology hospital. The objective was to learn why an increase in workload led to an increase in perceived stress levels and also whether nurses adopted a regulatory process based on social support. The Initial results show that the increase in perceived stress scores is associated with an increased number of work aspects considered stressful and a decrease in physical exertion. They show that the lowest stress scores appear when the nurses are provided with help in carrying out

their tasks and when their work is not interrupted. Finally, the highest stress scores occur when nurses do not help each other. These results show evidence that the establishment of a regulatory process that is both adaptive and pathogenic. In order to handle a work overload, nurses isolated themselves in order to accomplish their duties and this isolation has an impact on their health.

Este artículo intenta abordar de manera conjunta los conceptos de carga de trabajo y estrés profesional, combinando los enfoques psicosocial y ergonómico. Este estudio exploratorio implicó a enfermeras de un servicio de gerontología de un hospital. El objetivo es saber, por un lado, si un aumento de la carga de trabajo conduce a un aumento del nivel de estrés percibido, y por otro lado, si las enfermeras adoptan procesos de regulación basados en el apoyo social. Los primeros resultados muestran que el aumento de los niveles de estrés percibido está asociado a un aumento del número de aspectos del trabajo percibidos como estresantes y a una disminución de los esfuerzos físicos. Los niveles más bajos de estrés aparecen cuando las enfermeras reciben ayuda para realizar su tarea y cuando su actividad laboral no es interrumpida. Finalmente, los niveles de estrés más elevados surgen cuando las enfermeras no se ayudan mutuamente. Los resultados muestran el desarrollo de un proceso de regulación que es a la vez adaptativo y patógeno. Para afrontar la carga de trabajo elevada y cumplir sus tareas, las enfermeras se aíslan y este aislamiento tiene repercusiones sobre su salud.

## INDEX

**Palabras claves :** hospital, ergonomía, estrés, carga de trabajo, regulación
**Mots-clés :** hôpital, ergonomie, stress, charge de travail, régulation
**Keywords :** hospital, ergonomics, stress, workload, coping

## AUTEURS

### SANDRINE CAZABAT

Ergonova - Bureau d'études en ergonomie, Parc Club des Sept Deniers, 78 chemin des Sept Deniers, 31200 Toulouse, s.cazabat@ergonova.fr

### BÉATRICE BARTHE

Université de Toulouse 2 - Le Mirail, CLLE-LTC (Laboratoire Travail et Cognition), UMR 5263 CNRS, Maison de la recherche, 5 allée Antonio Machado, 31058 Toulouse cedex 9, bbarthe@univ-tlse2.fr

### NADINE CASCINO

Université de Toulouse 2 - Le Mirail, CLLE-LTC (Laboratoire Travail et Cognition), UMR 5263 CNRS, Maison de la recherche, 5 allée Antonio Machado, 31058 Toulouse cedex 9, cascino@univ-tlse2.fr