

Stress professionnel et implication organisationnelle des infirmiers : une étude qualitative exploratoire en milieu hospitalier public

Occupational Stress and Organizational Commitment among Nurses: An Exploratory Qualitative Study in Public Hospitals

LGACHGACH Saloua

Docteur en sciences de gestion
Faculté des Sciences Juridiques Économiques et Sociales d'Agadir
Université Ibn Zohr, Agadir, Maroc.

BAKRIM Abdellah

Docteur en sciences de gestion
Faculté des Sciences Juridiques économiques et Sociales d'Agadir
Université Ibn Zohr, Agadir, Maroc.

MALKI Sanaa

Enseignante-chercheuse
Faculté des Sciences Juridiques Économiques et Sociales d'Ait Melloul
Université Ibn Zohr, Agadir, Maroc.

ERRACHIDI Abdessamad

Enseignant-chercheur
Faculté d'Économie et de Gestion Guelmim
Université Ibn Zohr, Agadir, Maroc.

Date de soumission : 11/06/2026

Date d'acceptation : 14/08/2026

Pour citer cet article :

LGACHGACH. S. & al. (2026) « Stress professionnel et implication organisationnelle des infirmiers : une étude qualitative exploratoire en milieu hospitalier public », Revue Internationale du chercheur « Volume 7 : Numéro 3 » pp : 636-654

Résumé

Cette recherche explore, par une démarche qualitative, la manière dont les facteurs organisationnels influencent le stress professionnel des infirmiers et conditionnent leur implication organisationnelle. Menée auprès de seize infirmiers du Centre Hospitalier Régional Hassan II d'Agadir, l'étude s'appuie sur des entretiens semi-directifs analysés par analyse de contenu thématique assistée par le logiciel NVivo V11 et structurés au moyen de cartes cognitives. L'analyse lexicographique met au premier plan les thèmes du stress, de la formation et de la rémunération. Le codage en nœuds fait émerger trois sources organisationnelles de stress — l'injustice perçue, le déficit de reconnaissance et le manque de confiance envers la hiérarchie — agissant à travers une faible latitude décisionnelle, une demande psychologique élevée et un soutien insuffisant. Les résultats confirment le rôle médiateur du stress entre les conditions organisationnelles et l'implication, tout en faisant émerger deux variables modératrices inattendues : la rémunération adaptée et la formation continue. Des différences sociodémographiques (âge, genre, ancienneté, service) modulent ces dynamiques. L'étude aboutit à un modèle conceptuel revisité et à un ensemble d'hypothèses destinées à une validation quantitative ultérieure.

Mots-clés : étude qualitative ; entretiens semi-directifs ; NVivo ; cartes cognitives ; stress professionnel ; implication organisationnelle ; infirmiers ; hôpital public.

Abstract

This study explores, through a qualitative approach, how organizational factors shape nurses' occupational stress and condition their organizational commitment. Conducted among sixteen nurses at the Hassan II Regional Hospital in Agadir, it relies on semi-structured interviews analysed through thematic content analysis with NVivo V11 software and structured by means of cognitive maps. Lexicographic analysis foregrounds the themes of stress, training and pay. Node coding reveals three organizational sources of stress — perceived injustice, recognition deficits and a lack of trust in the hierarchy — operating through low decision latitude, high psychological demand and insufficient support. The findings confirm the mediating role of stress between organizational conditions and commitment, while bringing to light two unexpected moderating variables: appropriate pay and continuing training. Socio-demographic differences (age, gender, seniority, unit) modulate these dynamics. The study yields a revised conceptual model and a set of hypotheses for subsequent quantitative validation.

Keywords: qualitative study; semi-structured interviews; NVivo; cognitive maps; occupational stress; organizational commitment; nurses; public hospital.

1. Introduction

Le secteur hospitalier public concentre des contraintes qui font du stress professionnel un enjeu majeur de gestion des ressources humaines. Charge de travail élevée, gardes de nuit, sous-effectifs, exposition à la souffrance et intensité émotionnelle des soins peuvent affecter simultanément la santé des infirmiers, la qualité des soins et leur attachement à l'établissement. Les données marocaines disponibles, bien qu'elles ne constituent pas encore une prévalence nationale consolidée, confirment l'ampleur du problème : une étude menée auprès de trente infirmiers des urgences et des soins intensifs a relevé un taux de burnout de 66,7 % (Chahbounia & Gantare, 2023), tandis qu'une enquête multicentrique conduite auprès de professionnels d'anesthésie-réanimation a mis en évidence la persistance de niveaux élevés d'épuisement professionnel dans plusieurs régions du Royaume (Benhamza et al., 2023). Plus récemment, une étude portant sur 223 infirmiers marocains a montré que le faible soutien des supérieurs était associé à une détresse psychologique accrue ; l'intention de quitter l'établissement figurait également parmi les facteurs associés à l'anxiété (Alahiane et al., 2025).

Cette problématique prend une importance particulière dans le contexte de la réforme du système national de santé engagée au Maroc. La loi-cadre n° 06-22 articule cette transformation autour de la gouvernance, de la valorisation des ressources humaines, de la réhabilitation de l'offre de soins et de la digitalisation (Ministère de la Santé et de la Protection sociale, 2022). L'extension de l'accès aux soins et la réorganisation territoriale accroissent toutefois les exigences adressées aux établissements publics. Dans ce cadre, la fidélisation des infirmiers ne dépend pas uniquement de l'augmentation des effectifs : elle suppose également des conditions organisationnelles capables de préserver leur santé psychologique, de reconnaître leurs contributions et de soutenir durablement leur implication.

Sur le plan théorique, la littérature fondatrice permet d'articuler trois niveaux d'analyse. La justice, la reconnaissance et la confiance façonnent l'expérience organisationnelle ; le stress peut être appréhendé à travers la latitude décisionnelle, la demande psychologique et le soutien perçu (Karasek & Theorell, 1990) ; l'implication se décline en composantes affective, normative et calculée (Meyer & Allen, 1991). Les travaux récents convergent sur le rôle délétère des demandes excessives, de l'injustice et du déficit de soutien dans la détresse des infirmiers (Okuhara et al., 2021 ; Sun et al., 2023 ; Alahiane et al., 2025). Ils montrent également que le soutien organisationnel, l'équilibre entre vie professionnelle et vie

personnelle et la qualité de l'environnement de pratique sont liés à l'implication et à la rétention (Fernet et al., 2021 ; Mon et al., 2022 ; Ni et al., 2023).

Ces résultats ne sont cependant pas univoques. Certaines études observent des relations directes entre l'environnement de travail et l'implication, alors que d'autres mettent en évidence des mécanismes intermédiaires fondés sur la motivation autonome, la satisfaction des besoins psychologiques ou le stress. En outre, la majorité des travaux récents repose sur des enquêtes quantitatives transversales réalisées hors d'Afrique ; les études africaines se concentrent surtout sur la prévalence du stress et du burnout (Girma et al., 2021), et les recherches marocaines abordent principalement la détresse, l'épuisement ou le soutien, sans examiner conjointement la justice, la reconnaissance, la confiance, les dimensions du stress et les formes de l'implication. Le manque n'est donc pas seulement géographique : il est aussi théorique et processuel, car les mécanismes par lesquels les facteurs organisationnels sont interprétés par les infirmiers et transformés en stress puis en implication restent insuffisamment documentés.

La présente étude répond à ce gap en proposant une exploration qualitative située dans un hôpital public marocain. Sa contribution consiste, premièrement, à restituer les mécanismes vécus reliant les facteurs organisationnels au stress et à l'implication ; deuxièmement, à confronter un cadre conceptuel intégré aux discours des infirmiers ; et, troisièmement, à identifier des conditions susceptibles d'atténuer ou d'accentuer ces relations. L'ambition n'est pas d'établir une causalité statistique, mais de construire des propositions théoriques empiriquement ancrées qui pourront être soumises à une validation quantitative ultérieure.

L'objectif est double : d'une part, confronter le cadre conceptuel hypothétique aux perceptions et expériences vécues des infirmiers ; d'autre part, identifier d'éventuelles dimensions émergentes susceptibles d'enrichir le modèle. La question centrale peut être formulée ainsi : comment les facteurs organisationnels influencent-ils le stress professionnel des infirmiers et conditionnent-ils leur implication au sein de l'Hôpital Hassan II d'Agadir ? L'article présente successivement la méthodologie adoptée, les résultats issus du codage et des cartes cognitives, puis la discussion qui débouche sur un modèle conceptuel revisité et un jeu d'hypothèses.

2. Méthodologie

2.1. Positionnement épistémologique et terrain

La recherche s'inscrit dans une posture interprétativiste : il s'agit d'accéder à la subjectivité des acteurs en donnant la parole aux infirmiers, afin de saisir le sens qu'ils confèrent à leur expérience du travail. Cette posture justifie une phase qualitative exploratoire, préalable à une modélisation quantitative ultérieure. Ce choix méthodologique s'inscrit dans une tradition de recherche qualitative déjà mobilisée en sciences de gestion dans le contexte marocain pour appréhender des phénomènes complexes et situés : Chakir (2026) recourt ainsi à une analyse qualitative documentaire pour étudier les stratégies d'adaptation et de diversification déployées par les territoires marocains face aux chocs économiques et environnementaux, illustrant la pertinence d'une démarche interprétative et contextualisée pour saisir des dynamiques organisationnelles ou territoriales peu accessibles à une mesure strictement quantitative.

Le terrain retenu est le Centre Hospitalier Régional (CHR) Hassan II d'Agadir, établissement public de référence pour la région Souss-Massa. Construit en 1963 selon une structure pavillonnaire et doté du statut de Service d'État Géré de Manière Autonome (SEGMA) depuis 1998, il dispose d'une capacité de 500 lits et dessert une population d'environ 3,5 millions d'habitants. En 2023, son effectif s'élevait à 582 personnes, dont 59,1 % de personnel infirmier et technique (344 agents), 16,3 % de personnel médical (95 médecins) et 24,6 % de personnel administratif (143 agents). Ce contexte « marqué par la saturation des services et la pression sur les ressources humaines » offre un cadre pertinent pour étudier le stress des soignants.

2.2. Échantillon et collecte des données

La constitution de l'échantillon a recherché une diversification des expériences selon le genre, l'âge, la spécialité et la situation familiale, comme l'indique le tableau 1. Seize infirmiers ont été interviewés. La taille de l'échantillon n'est pas justifiée par une représentativité statistique ni par un « recensement quasi exhaustif », mais par la saturation empirique des catégories : les entretiens ont été poursuivis jusqu'à ce que les derniers discours reprennent les principaux thèmes et relations déjà identifiés sans faire apparaître de dimension substantiellement nouvelle. Cette logique est cohérente avec les recommandations récentes qui invitent à expliciter le type de saturation recherché et la manière dont il est apprécié, plutôt qu'à appliquer un seuil numérique universel (Hennink & Kaiser, 2022).

Les critères opérationnels d'inclusion étaient les suivants : exercer comme infirmier ou infirmier auxiliaire au CHR Hassan II d'Agadir, appartenir à l'un des services ou fonctions représentés dans le terrain et accepter volontairement de participer à un entretien anonyme consacré à l'expérience du travail. Les guides ont été proposés aux infirmiers en poste en recherchant la diversité des profils et en tenant compte de leur disponibilité. Les documents méthodologiques conservés ne précisent toutefois ni l'identité de la personne ayant réalisé chaque prise de contact ni le nombre exact d'invitations et de refus. Ces éléments ne pouvant être reconstitués rétrospectivement, cette lacune de traçabilité du recrutement est explicitement reconnue parmi les limites de l'étude. La collecte a par ailleurs été conduite après autorisation de la direction de l'établissement, dans le respect de l'anonymat des répondants et du consentement oral préalable rappelé en début d'entretien [référence de l'autorisation institutionnelle et/ou du comité d'éthique à préciser par les auteurs, si elle existe].

Tableau 1. Profil de l'échantillon de l'étude qualitative (n = 16)

#	Sexe	Âge	Spécialité	Situation
1	F	27-30	Polyvalent	Mariée
2	F	23-26	Anesthésie-réanimation	Célibataire
3	H	23-26	Urgences / soins intensifs	Célibataire
4	F	31-34	Polyvalent	Célibataire
5	F	35-38	Urgences / soins intensifs	Célibataire
6	F	27-30	Surveillant service de santé	Célibataire
7	H	23-26	Surveillant service de santé	Célibataire
8	H	35-38	Polyvalent	Célibataire
9	F	23-26	Infirmier auxiliaire	Mariée
10	H	27-30	Néonatalogie / pédiatrie	Célibataire
11	F	35-38	Polyvalent	Mariée
12	H	27-30	Polyvalent	Marié
13	F	27-30	Anesthésie-réanimation	Célibataire
14	H	39-42	Néonatalogie / pédiatrie	Marié
15	H	27-30	Psychiatrie	Marié
16	F	31-34	Infirmier auxiliaire	Célibataire

Source : élaboré par les auteurs

Les données ont été recueillies par entretiens semi-directifs, en face à face et par téléphone, d'une durée comprise entre 57 minutes et 1 h 45. Un guide d'entretien semi-structuré a organisé la conversation autour de quatre thèmes, formulés en questions ouvertes afin de laisser les répondants développer librement leur expérience (tableau 2). Avant chaque entretien, l'objectif académique de la recherche, le caractère volontaire de la participation, l'anonymat des réponses et l'utilisation exclusivement scientifique des données ont été rappelés. Les modalités en face à face ou à distance ont été adaptées aux disponibilités des infirmiers afin de réduire les contraintes de participation.

Tableau 2. Guide d'entretien semi-directif

Thème	Questions (exemples)
Facteurs organisationnels	Perception de l'équité dans les décisions et la répartition des ressources ; éléments qui favorisent ou entravent la confiance ; reconnaissance formelle et informelle des efforts.
Stress professionnel	Principaux facteurs générateurs de stress ; capacité à gérer la charge et les exigences quotidiennes ; rôle du soutien des collègues et des supérieurs.
Implication organisationnelle	Aspects qui motivent l'engagement, même en période de stress ; obligation morale ou attachement affectif ; leviers d'amélioration de l'engagement.
Suggestions diverses	Autres facteurs influençant l'engagement ou le bien-être ; changements souhaités pour réduire le stress ; dimensions non abordées jugées importantes.

Source : élaboré par les auteurs

2.3. Stratégie d'analyse

Le traitement a combiné une analyse de contenu thématique et un codage structuré inspiré de Huberman et Miles (1991), réalisés à l'aide du logiciel NVivo V11. La démarche était hybride : les construits issus du cadre initial ont orienté un premier codage déductif, tandis qu'un codage inductif a permis de faire émerger des dimensions non prévues, notamment la rémunération et la formation continue. Deux niveaux de lecture ont ensuite été articulés. L'analyse intra-carte a traduit les verbatims en concepts et sous-dimensions ; l'analyse inter-carte, ou de deuxième ordre, a recherché les relations entre ces concepts à partir de leur co-occurrence, de leur enchaînement dans les récits et de leur cohérence interprétative. Les fréquences lexicales ont uniquement servi de repérage descriptif initial : elles n'ont ni déterminé les thèmes ni constitué une preuve qualitative autonome. Les thèmes ont été

retenus en fonction de leur pertinence pour la question de recherche, de leur récurrence, de la richesse des significations associées et de leur capacité explicative, conformément aux exigences de qualité d'une analyse thématique réflexive (Braun & Clarke, 2021).

2.4. Crédibilité, réflexivité et prise en compte des biais

La crédibilité de l'analyse a été recherchée par la traçabilité du codage sous NVivo, le maintien d'un lien explicite entre les catégories et les verbatims, la diversité des profils interrogés et le croisement de trois lectures complémentaires du même corpus : exploration lexicographique, codage thématique et cartes cognitives. Ce croisement constitue une convergence analytique interne, mais non une triangulation indépendante des sources de données. Le protocole initial n'a pas prévu de double codage indépendant, de calcul d'accord intercodeurs ni de retour formalisé aux participants (member checking). Ces procédures ne sont donc pas présentées comme ayant été réalisées a posteriori ; leur absence est intégrée à l'évaluation des limites et à la portée des conclusions.

Trois familles de biais ont été considérées. Premièrement, le biais d'interprétation du chercheur peut influencer la construction des catégories ; il a été limité par l'ancrage systématique des interprétations dans les verbatims et par l'explicitation du passage des données au modèle. Deuxièmement, la désirabilité sociale peut conduire les participants à atténuer leurs critiques ou à présenter une image valorisante d'eux-mêmes ; l'anonymat, les questions ouvertes et la possibilité d'un entretien téléphonique étaient susceptibles de réduire cette pression sans pouvoir l'éliminer. Troisièmement, le contexte institutionnel peut favoriser l'autocensure, notamment lorsque les propos concernent la hiérarchie, l'équité ou les ressources. Enfin, la participation volontaire expose à un biais d'auto-sélection, les personnes les plus concernées par le sujet pouvant être davantage disposées à témoigner.

3. Résultats

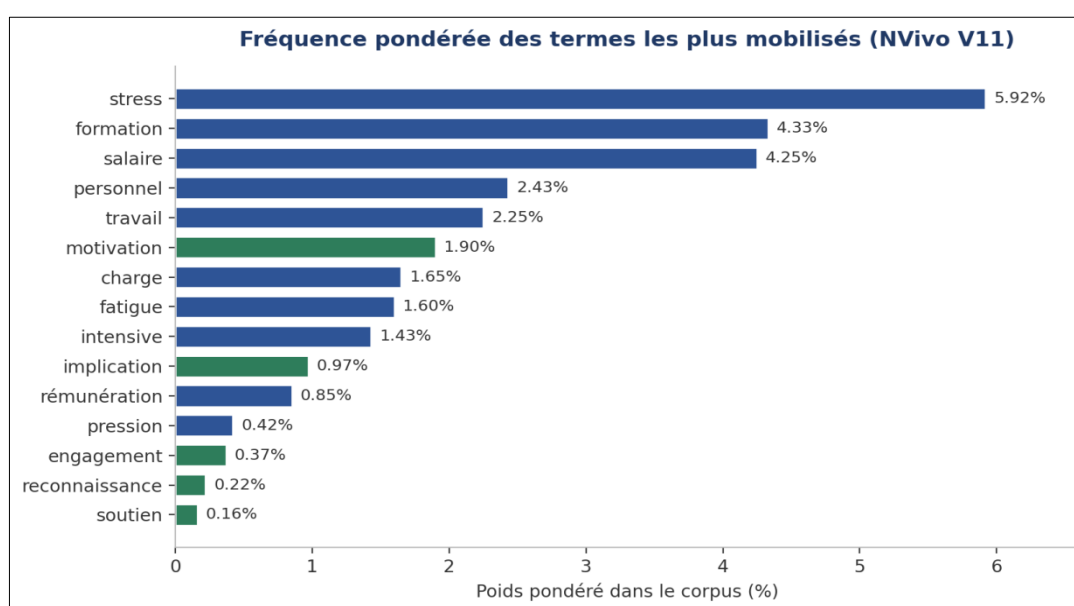
3.1. Analyse de premier ordre : lexicographie du corpus

L'analyse lexicographique a été mobilisée comme une porte d'entrée descriptive dans le corpus, et non comme le cœur de l'inférence qualitative. Elle fait ressortir un vocabulaire, dominé par le registre de la contrainte et par les ressources, susceptible d'y répondre. Le terme « stress » occupe la première place (5,92 % du poids pondéré), suivi de « formation » (4,33 %) et de « salaire » (4,25 %). Gravitent autour d'eux des marqueurs de pénibilité « charge », « fatigue », « intensive », « pression » et, en contrepoint, des termes associés aux

ressources et à l'engagement « motivation », « implication », « rémunération », « engagement », « reconnaissance », et « soutien » (figure 1).

Ces fréquences ne sont pas interprétées comme une mesure de l'importance causale des concepts. Elles servent uniquement à localiser les zones de densité lexicale avant l'examen du sens, du contexte d'énonciation, des co-occurrences et des chaînes argumentatives. L'interprétation repose ainsi sur le codage thématique, les cartes cognitives et les verbatims détaillés présentés dans les sections suivantes, ce qui évite de donner une apparence quantitative à l'analyse qualitative.

Figure 1. Fréquence pondérée des termes les plus mobilisés (analyse NVivo V11).

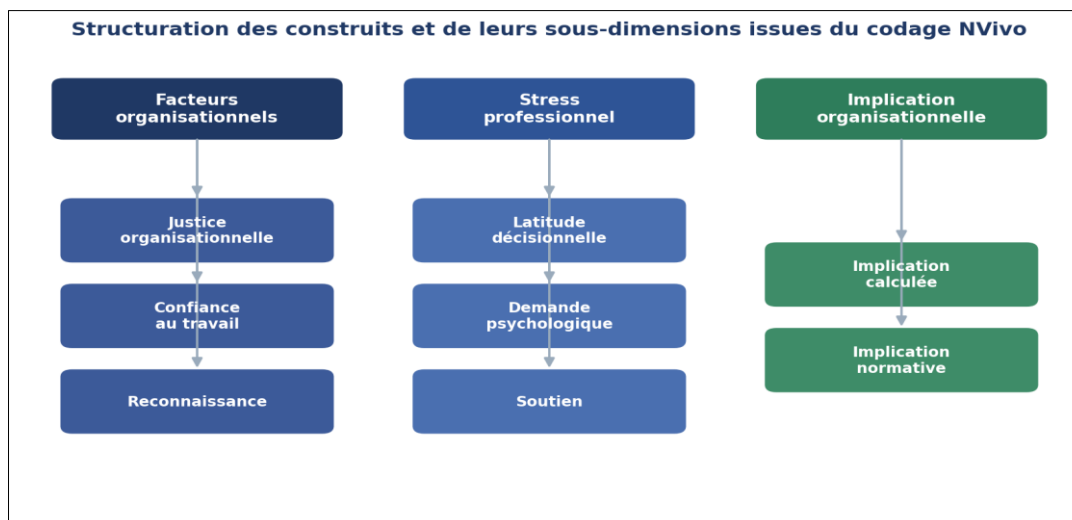


Source : traitement sous NVivo V11.

3.2. Agrégation thématique des verbatims

Le codage en nœuds a permis de regrouper les verbatims sous trois construits et leurs sous-dimensions (figure 2). Les facteurs organisationnels se déclinent en justice organisationnelle, confiance au travail et reconnaissance ; le stress professionnel en latitude décisionnelle, demande psychologique et soutien ; l'implication en composantes calculée et normative — la composante affective restant, dans les discours, étroitement liée à la loyauté envers les patients.

Figure 2. Structuration des construits et de leurs sous-dimensions (codage NVivo).



Source : traitement sous NVivo V11.

Les tableaux 3 à 5 présentent un ensemble élargi de verbatims afin de rendre plus visible la diversité interne de chaque catégorie analytique. Ils ne sont pas mobilisés comme des illustrations isolées, mais comme des traces empiriques permettant d'apprécier la convergence, les nuances et, lorsque cela apparaît, les tensions entre les expériences rapportées. Sur les facteurs organisationnels, les infirmiers décrivent principalement l'injustice décisionnelle et distributive, la défiance envers la hiérarchie et le déficit de reconnaissance.

Tableau 3. Verbatims agrégés-Facteurs organisationnels

Sous-thème	Verbatims représentatifs
Justice organisationnelle	« Les décisions sont souvent prises sans consultation, ce qui nous donne un sentiment d'injustice » ; « Il y a une inégalité flagrante dans la répartition des ressources entre les services », « Certains collègues bénéficient de privilèges qui ne sont pas justifiés » ; « Les promotions sont rarement basées sur le mérite, ce qui crée une frustration générale ».
Confiance au travail	« Je fais confiance à mes collègues, mais pas à la hiérarchie » ; « Les décisions prises par la direction manquent de transparence » ; « Nous avons besoin d'un dialogue ouvert avec la hiérarchie pour établir une confiance mutuelle » ; « Il est difficile de faire confiance quand nos préoccupations ne sont pas prises au sérieux ».
Reconnaissance	« Nos efforts passent inaperçus, même quand nous faisons des heures supplémentaires » ; « Un simple merci de la part des supérieurs pourrait

	<i>faire une grande différence » ; « La direction ne prend pas le temps de reconnaître le travail accompli par le personnel » ; « Il manque un système formel pour reconnaître les contributions des soignants ».</i>
--	---

Source : traitement sous NVivo V11.

Sur le stress professionnel, trois sous-dimensions structurent les discours : une latitude décisionnelle restreinte, une demande psychologique intense - accentuée par les gardes et les sous-effectifs - et un soutien à double visage, solide entre pairs mais déficient du côté hiérarchique (tableau 4).

Tableau 4. Verbatims agrégés -Stress professionnel

Sous-thème	Verbatims représentatifs
Latitude décisionnelle	<i>« Je n'ai pas la liberté de décider de l'ordre dans lequel je dois effectuer mes tâches » ; « On ne nous donne pas l'opportunité d'utiliser nos compétences pleinement » ; « Nous n'avons aucune influence sur la manière dont les plannings sont établis » ; « J'aimerais pouvoir proposer des idées pour améliorer nos conditions de travail, mais personne n'écoute ».</i>
Demande psychologique	<i>« Je dois souvent jongler entre plusieurs urgences en même temps » ; « Pendant les week-ends, nous manquons de personnel, ce qui rend la charge encore plus lourde » ; « Les journées sont toujours chargées, avec à peine le temps de respirer entre les tâches » ; « Les attentes sont tellement élevées qu'il est difficile de ne pas se sentir dépassé ».</i>
Soutien	<i>« Je peux toujours compter sur mes collègues... » ; « La direction n'est pas toujours réceptive à nos besoins ou préoccupations » ; « Quand j'ai besoin de soutien, c'est souvent mes collègues qui répondent, pas ma hiérarchie » ; « Nous avons besoin d'un meilleur accompagnement psychologique pour gérer le stress ».</i>

Source : traitement sous NVivo V11.

Sur l'implication, les discours opposent une implication calculée, un maintien conditionnel motivé par la sécurité financière et les avantages sociaux, à une implication normative ancrée dans le devoir et les valeurs personnelles, notamment l'attachement aux patients (tableau 5).

Tableau 5. Verbatims agrégés-Implication organisationnelle

Sous-thème	Verbatims représentatifs
Implication calculée	<i>« Je reste dans cette organisation parce que je ne peux pas trouver mieux ailleurs » ; « Mon engagement dépend largement des bénéfices que je tire de ce poste » ; « Les avantages sociaux que j'obtiens ici me retiennent,</i>

	<i>malgré les difficultés » ; « Si je quitte cet emploi, je perds trop en termes de sécurité financière ».</i>
Implication normative	<i>« Je me sens moralement obligé(e) de rester » ; « Je reste parce que j'ai un fort sens du devoir envers mes collègues et mes patients » ; « Quitter cette organisation serait contraire à mes valeurs personnelles » ; « Je pense qu'il est de ma responsabilité de contribuer au bien-être de l'équipe ».</i>

Source : traitement sous NVivo V11.

3.3. Analyse de deuxième ordre : Relations causales

L'examen des synapsies produites par NVivo met au jour des chaînes causales convergentes. Les dysfonctionnements organisationnels - injustice décisionnelle, répartition inéquitable des ressources, opacité hiérarchique - apparaissent comme des déclencheurs et des amplificateurs du stress, instaurant un cercle vicieux où la dégradation du climat nourrit de nouvelles tensions. Le stress, à son tour, conditionne directement le degré d'engagement : la surcharge et l'absence de reconnaissance érodent la motivation et favorisent le désengagement. Plusieurs infirmiers demeurent néanmoins attachés à leur métier par sens du devoir et loyauté envers leurs patients une implication normative résiliente mais fragile face au stress chronique. Ces relations confirment que le stress professionnel opère comme un mécanisme intermédiaire entre l'environnement organisationnel et l'implication.

4. Discussion : vers un modèle conceptuel revisité

4.1. Le stress professionnel comme médiateur

Les données soutiennent qualitativement la proposition selon laquelle le stress constitue un mécanisme intermédiaire entre l'environnement organisationnel et l'implication. Elles ne permettent toutefois pas de « valider » une médiation au sens statistique. Les récits montrent que l'injustice, le manque de reconnaissance et la défiance envers la hiérarchie sont traduits, dans l'expérience quotidienne, en faible latitude décisionnelle, demande psychologique élevée et soutien insuffisant ; ces états fragilisent ensuite l'attachement à l'établissement. Ce mécanisme est cohérent avec le modèle demande-contrôle-soutien (Karasek & Theorell, 1990) et avec la littérature récente qui relie les demandes, l'insuffisance des ressources et les dysfonctionnements organisationnels au stress des infirmiers (Okuhara et al., 2021).

Les résultats convergent également avec Sun et al. (2023), qui identifient l'injustice organisationnelle comme un prédicteur de détresse psychologique chez les infirmiers des

hôpitaux publics, et avec Alahiane et al. (2025), qui soulignent au Maroc le rôle protecteur du soutien des supérieurs. Ils prolongent cependant ces travaux en reliant explicitement ces expériences à l'implication organisationnelle. La distinction exprimée par un participant - « Ce n'est pas pour l'organisation que je reste engagé(e), mais pour mes patients » - montre que l'engagement envers le métier ou les patients peut se maintenir alors même que l'attachement à l'établissement se dégrade. Cette nuance évite d'assimiler implication professionnelle et implication organisationnelle.

La littérature demeure contrastée quant à l'architecture de ces relations. Mon et al. (2022) observent des effets directs du soutien organisationnel et de l'équilibre travail-vie sur les différentes composantes de l'implication. À l'inverse, Fernet et al. (2021) et Ni et al. (2023) montrent que l'influence de l'environnement de travail peut passer par des mécanismes motivationnels et psychologiques intermédiaires. Nos résultats s'inscrivent davantage dans cette seconde lecture : les conditions organisationnelles n'affectent pas mécaniquement l'implication, mais sont évaluées et vécues à travers le stress. Cette proposition devra être testée quantitativement avant toute conclusion causale.

À l'échelle africaine, les synthèses disponibles documentent surtout une forte exposition des professionnels de santé au stress et au burnout, avec des déterminants liés à la charge, au contexte de travail et aux ressources (Girma et al., 2021). Au Maroc, les recherches récentes confirment l'importance de l'épuisement, du soutien et des conditions de travail (Chahbounia & Gantare, 2023 ; Benhamza et al., 2023 ; Alahiane et al., 2025), mais examinent rarement l'enchaînement complet entre facteurs organisationnels, dimensions du stress et formes de l'implication. La présente étude contribue donc moins par la découverte de facteurs entièrement nouveaux que par leur articulation processuelle dans un contexte hospitalier public marocain.

4.2. Deux variables modératrices émergentes

Deux ressources ont émergé de manière récurrente dans les discours : une rémunération jugée équitable et la formation continue. La rémunération ne se réduit pas à un avantage matériel ; elle fonctionne comme un signal de justice distributive et de reconnaissance. Dans la logique du déséquilibre effort-récompense (Siegrist, 1996), l'écart entre les efforts consentis - gardes, surcharge, responsabilité clinique - et les récompenses reçues alimente la tension et peut affaiblir l'implication. Les propos « Nos gardes de nuit et de week-end [...] ne sont pas rémunérées à leur juste valeur » et « Nous travaillons souvent au-delà de nos horaires, mais

aucune prime [...] ne vient reconnaître ces efforts » illustrent ce mécanisme, également observé dans les travaux récents sur l'effort-récompense et le soutien organisationnel chez les infirmiers (Boren & Veksler, 2023).

La formation continue agit, quant à elle, comme une ressource professionnelle : elle renforce le sentiment de compétence, l'adaptation aux situations complexes et la perception que l'établissement investit dans le développement de ses agents. Les participants déclarent notamment : « Nous sommes confrontés à des situations de plus en plus complexes, mais nous n'avons pas les formations nécessaires » et « Une formation régulière me donnerait le sentiment que l'hôpital investit réellement dans mon développement et mon bien-être ». Cette interprétation rejoint les résultats marocains d'Ait Ali et al. (2023), qui montrent l'importance des motivations liées au développement des compétences dans la participation des infirmiers à la formation continue.

Le choix de ces deux variables ne signifie pas que le leadership, le climat organisationnel ou le soutien social seraient théoriquement secondaires. Le soutien est déjà intégré à la conceptualisation du stress, tandis que le leadership et le climat constituent des antécédents plus larges susceptibles d'agir à travers la confiance, la justice ou la reconnaissance. La rémunération et la formation ont été retenues parce qu'elles apparaissaient comme des catégories autonomes, récurrentes dans plusieurs entretiens, conceptuellement distinctes des construits initiaux et directement actionnables. Elles doivent donc être considérées comme des mécanismes modérateurs proposés par les données, et non comme les seules modérations possibles ni comme des effets déjà démontrés.

4.3. Différences sociodémographiques

Les variations sociodémographiques et professionnelles observées doivent être interprétées avec prudence compte tenu de la taille et de la finalité qualitative de l'échantillon. Les infirmiers les plus jeunes décrivent une vulnérabilité liée au manque de repères et d'expérience, tandis que les plus anciens évoquent davantage une fatigue cumulative. Cette observation n'est pas entièrement convergente avec Alahiane et al. (2025), qui rapportent une association entre l'âge supérieur à 41 ans et l'anxiété ; elle suggère que l'effet de l'âge n'est probablement ni linéaire ni indépendant de l'ancienneté, du service et des responsabilités.

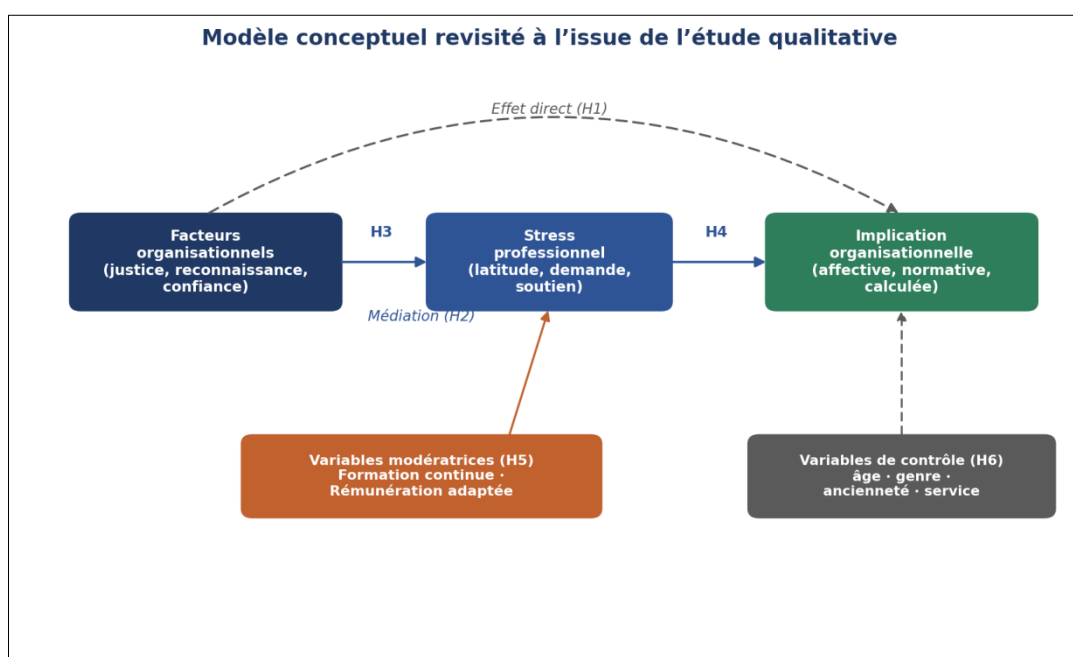
Le type de service apparaît plus régulièrement structurant : urgences, réanimation et soins intensifs concentrent la pression temporelle, la gravité clinique et les gardes, ce qui rejoint les constats de Benhamza et al. (2023). Les différences liées au genre ou à la situation familiale

apparaissent dans certains récits, mais elles ne sont ni homogènes ni suffisantes pour soutenir une généralisation. Elles sont conservées comme variables de contrôle et comme pistes de comparaison pour l'étape quantitative, plutôt que présentées comme des déterminants établis.

4.4. Le modèle conceptuel revisité et les hypothèses

La synthèse conduit au modèle revisité présenté à la figure 3. Il conserve les relations entre facteurs organisationnels, stress et implication, tout en intégrant la formation et la rémunération comme modérations proposées et les caractéristiques sociodémographiques comme variables de contrôle. Ce modèle est de nature propositionnelle : les cartes cognitives rendent visibles des chaînes de sens perçues par les participants, mais ne démontrent ni l'ordre temporel ni la causalité des relations. Les hypothèses H1 à H6 formulées dans le tableau 6 constituent donc un programme de validation quantitative et non la traduction de relations déjà confirmées.

Figure 3. Modèle conceptuel revisité à l'issue de l'étude qualitative.



Source : traitement sous NVivo V11.

Tableau 6. Hypothèses de recherche issues du modèle revisité

H1	Les facteurs organisationnels (justice, reconnaissance, confiance) renforcent directement l'implication organisationnelle des infirmiers.
H2	Cette relation est médiatisée par le stress professionnel.
H3	Les facteurs organisationnels contribuent au stress professionnel.
H4	Le stress professionnel (faible latitude, demande élevée, manque de soutien) impacte négativement l'implication calculée et normative.
H5	La formation et la rémunération adaptée modèrent la relation entre facteurs organisationnels et implication via le stress.
H6	Le statut des infirmiers (genre, âge, état matrimonial, service, ancienneté) module la dynamique entre les variables.

Source : élaboré par les auteurs

5. Apports, implications, limites et conclusion

5.1. Apports théoriques et implications managériales

Sur le plan théorique, l'étude précise le processus par lequel des expériences de justice, de reconnaissance et de confiance sont traduites en stress puis en implication. Son apport principal réside dans l'articulation de ces niveaux et dans l'identification de conditions susceptibles de modifier cette dynamique, plutôt que dans la seule juxtaposition de variables. Sur le plan managérial, les résultats plaident pour une gestion hospitalière plus équitable, participative et soutenance : associer les infirmiers aux décisions qui affectent leur travail, rendre les critères de répartition des ressources et des promotions plus transparents, formaliser la reconnaissance, renforcer l'accompagnement hiérarchique, réexaminer la compensation des gardes et construire une offre régulière de formation continue. Ces leviers répondent simultanément à la prévention du stress, à la qualité des soins et aux enjeux de fidélisation des ressources humaines.

Sur le plan méthodologique, l'articulation de l'analyse thématique assistée par NVivo, de l'exploration lexicographique et des cartes cognitives facilite la traçabilité et la visualisation des relations perçues. Cette combinaison n'est pas revendiquée comme une innovation méthodologique en soi. Sa valeur réside dans la complémentarité des lectures et dans la

construction progressive d'un modèle à tester, à condition de ne pas confondre fréquence lexicale, co-occurrence et preuve causale.

5.2. Limites de l'étude

Plusieurs limites circonscrivent la portée des résultats. Premièrement, l'étude repose sur seize participants d'un seul établissement ; elle vise une compréhension contextualisée et non une généralisation statistique. Deuxièmement, la participation volontaire et l'absence de registre complet retraçant les prises de contact, les invitations et les refus exposent à des biais de sélection et d'auto-sélection. Troisièmement, les entretiens menés dans un environnement institutionnel sensible peuvent être affectés par la désirabilité sociale, l'autocensure et la crainte d'évaluer la hiérarchie. Quatrièmement, l'interprétation demeure exposée à la réflexivité du chercheur ; l'ancrage dans les verbatims et la traçabilité sous NVivo réduisent ce risque sans le supprimer. Cinquièmement, le protocole n'a pas comporté de double codage indépendant, d'accord intercodeurs ni de member checking formalisé, et il n'a pas mobilisé de source qualitative externe permettant une triangulation des données. Enfin, l'analyse lexicographique est limitée à une fonction descriptive et les relations issues des cartes cognitives ne prouvent pas une causalité. Des études multi-sites, un dispositif de codage collaboratif, un retour aux participants et une validation quantitative longitudinale permettraient de renforcer la robustesse et la transférabilité du modèle.

5.3. Conclusion

Cette étude qualitative montre que l'implication des infirmiers ne peut être comprise indépendamment de la manière dont ils vivent l'équité, la reconnaissance, la confiance et les exigences de leur travail. Elle met en évidence un mécanisme interprétatif dans lequel les conditions organisationnelles se traduisent en stress, lequel fragilise l'attachement à l'établissement tout en laissant parfois subsister un engagement envers le métier et les patients. La rémunération équitable et la formation continue apparaissent comme des ressources susceptibles d'atténuer cette dynamique, sans exclure d'autres leviers organisationnels. En proposant un modèle intégré, contextualisé et explicitement provisoire, la recherche fournit une base théorique et managériale pour une validation quantitative et pour la conception de politiques hospitalières orientées vers la santé psychologique, la reconnaissance et la fidélisation des infirmiers.

Références bibliographiques

- Ait Ali, D., Fazaz, M., Ounaceur, B., El Houate, B., El Koutbi, M., El Khiat, A., & Senhaji, F. (2023). Motivational factors influencing nurses' participation in continuing education sessions: A hospital-based study. *Journal of Adult and Continuing Education*, 29(2), 395-407. <https://doi.org/10.1177/14779714221140925>
- Alahiane, L., Ikrou, A., Ventriglio, A., Essaffani, H., Zaam, Y., Abouqal, R., & Belayachi, J. (2025). Psychological distress among nurses: Exploring the role of support in the workplace in Morocco. *International Journal of Social Psychiatry*, 71(3), 479-488. <https://doi.org/10.1177/00207640241294200>
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63(1), 1-18.
- Benhamza, S., Khalayla, M., Lahlou, L., Amine, Z., Lazraq, M., Miloudi, Y., Bensaid, A., & El Harrar, N. (2023). The prevalence and contributing factors of burnout among anesthesiologists and intensive care unit staff in Morocco: A cross-sectional analysis. *Cureus*, 15(9), e44956. <https://doi.org/10.7759/cureus.44956>
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2006). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Armand Colin.
- Boren, J. P., & Veksler, A. E. (2023). The stress of nursing: Exploring communicatively restricted organizational stress, effort-reward imbalance, and organizational support among a sample of U.S. working nurses. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 18, 22. <https://doi.org/10.1186/s12995-023-00390-6>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in reflexive thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328-352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Chahbounia, R., & Gantare, A. (2023). Managing occupational health issues through coaching, emerging perspectives from emergency and intensive care nurses: A mixed-method study. *Nursing Reports*, 13(3), 1077-1089. <https://doi.org/10.3390/nursrep13030094>
- Chakir, K. (2026). La résilience des territoires marocains face aux chocs économiques et environnementaux : une étude qualitative documentaire des stratégies d'adaptation et de diversification. *Repères et perspectives économiques*, 10(1), 93-122.
- Fernet, C., Gillet, N., Austin, S., Trépanier, S.-G., & Drouin-Rousseau, S. (2021). Predicting nurses' occupational commitment and turnover intention: The role of autonomous motivation and supervisor and coworker behaviours. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2611-2619. <https://doi.org/10.1111/jonm.13433>
- Ford, J. D., & Hegarty, W. H. (1984). Decision makers' beliefs about the causes and effects of structure. *Academy of Management Journal*, 27(2), 271-291.
- Gavard-Perret, M.-L., Gotteland, D., Haon, C., & Jolibert, A. (2008). *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion*. Pearson.

- Girma, B., Nigussie, J., Molla, A., & Mareg, M. (2021). Occupational stress and associated factors among health care professionals in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 21, 539. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10579-1>
- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 114523. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck.
- Huff, A. S. (1990). *Mapping Strategic Thought*. John Wiley & Sons.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61-89.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale. (2022). Le projet de loi-cadre relatif au système national de santé. Royaume du Maroc. <https://www.sante.gov.ma/Pages/activites.aspx?activiteID=351>
- Mon, E. E., Akkadechanunt, T., & Chitpakdee, B. (2022). Factors predicting organizational commitment of nurses in general hospitals: A descriptive-predictive study. *Nursing & Health Sciences*, 24(3), 610-617. <https://doi.org/10.1111/nhs.12953>
- Ni, Y.-X., Wen, Y., Xu, Y., He, L., & You, G.-Y. (2023). The relationship between work practice environment and work engagement among nurses: The multiple mediation of basic psychological needs and organizational commitment. *Frontiers in Public Health*, 11, 1123580. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1123580>
- Okuhara, M., Sato, K., & Kodama, Y. (2021). The nurses' occupational stress components and outcomes, findings from an integrative review. *Nursing Open*, 8(5), 2153-2174. <https://doi.org/10.1002/nop2.780>
- Romelaer, P. (2005). L'entretien de recherche. In *Management des ressources humaines : méthodes de recherche en sciences humaines et sociales* (pp. 101-137). De Boeck.
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? *Recherches qualitatives, Hors-série*(5), 99-111.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Sun, J., Yang, Z., Zhu, T., Jiang, Z., Zheng, X., Li, C., & Cao, X. (2023). The impact of organizational justice on psychological distress among Chinese public hospitals nurses: A cross-sectional study. *Medicine*, 102(17), e33684. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000033684>
- Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6th ed.). Sage.