

2m11.2691.5

Université de Montréal

Relations entre des caractéristiques
de l'environnement de travail et le bien-être psychologique
d'infirmières soignantes d'Espagne

par

María Angeles Margall

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M. Sc.)
en sciences infirmières

Avril 1999

©María Angeles Margall, 1999



WY 5
U58
1999
V.014

Information about the characteristics
of the environment is found in the people's bodies
of different segments of the population

per

Health / genetic / health

Health and genetic information

Health and genetic information
is an important part of the
health and genetic information
of the population

Health and genetic information

Health and genetic information



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Relations entre des caractéristiques
de l'environnement de travail et le bien-être psychologique
d'infirmières soignantes d'Espagne

présenté par :

María Angeles Margall

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Louise Gagnon : président rapporteur

André Duquette : directeur de recherche

Suzanne L. Michaud : membre du jury

Sommaire

En raison de leur nombre et de la nature de leur service, le personnel infirmier occupe une place importante dans les systèmes de santé, en particulier dans les établissements de santé comme les centres hospitaliers. Offrir des services de santé sécuritaires et dispenser des soins de qualité, empreints de sollicitude et de respect, nécessitent que les infirmières soient en bonne santé physique et mentale. Au cours des dernières années plusieurs chercheurs se sont intéressés à étudier le stress et l'épuisement professionnel que beaucoup d'infirmières ressentent et vivent. Par contre, les facteurs qui contribuent au bien-être des infirmières sont encore mal connus et peu de recherches ont exploré les relations entre l'environnement de travail et le bien-être des infirmières. Le but de cette recherche est d'examiner les relations entre des caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique d'infirmières soignantes oeuvrant dans un hôpital universitaire d'Espagne.

Cette étude a été effectuée auprès d'un échantillon de convenance formé de 213 infirmières ayant répondu à un questionnaire auto-administré et anonyme. La traduction en espagnol de l'échelle Work Environment Scale - form R (WES) d'Insel et Moos (1974) a servi à évaluer les caractéristiques de l'environnement de travail et la traduction en espagnol de l'échelle de Bien-être de Santé Québec (BESQ, 1987) a permis de mesurer le bien-être psychologique. Le modèle conceptuel de Vézina et ses collaborateurs (1992), qui concerne les facteurs de l'environnement de travail qui influencent la santé mentale des travailleurs, a servi de cadre de référence pour la présente recherche. Les résultats de cette étude permettent de constater, d'une part, que la majorité des infirmières sont en bonne forme psychologique, puisque 72,8% ont obtenu des scores élevés et très élevés à l'échelle du BESQ. Également les scores obtenus pour chacune des dix caractéristiques du WES se situent au-dessus ou dans la moyenne du groupe normatif de Moos, ce qui suggère que ces infirmières, en général, perçoivent l'environnement de travail comme étant favorable. D'autre part, les résultats démontrent qu'il existe des corrélations statistiquement significatives, six positives et une négative, entre les caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique. Les six caractéristiques de l'environnement de travail ayant des corrélations significatives et positives avec le bien-être psychologique ont

été l'implication au travail, la cohésion entre les pairs, le soutien du supérieur, l'autonomie, la clarté et l'innovation. La caractéristique pression ressentie a eu une corrélation significative et négative avec le bien-être psychologique. Enfin, un modèle empirique a été élaboré à partir d'analyses de régression qui ont servi à identifier les principaux déterminants du bien-être psychologique des infirmières interrogées. Trois déterminants centraux ressortent de ces analyses ; il s'agit, par ordre d'importance, des difficultés de concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale, de l'implication au travail et de la pression ressentie en milieu de travail. Ajoutons, comme conclusion, que cette étude a permis de vérifier l'existence de liens entre l'environnement de travail et le bien-être psychologique. En plus, elle offre des orientations en regard des caractéristiques positives de l'environnement de travail qu'il convient de renforcer et sur les aspects négatifs qu'il convient de modifier afin de rendre le milieu de travail favorable au bien-être psychologique des infirmières. De nouvelles recherches à envisager, qui s'intéressent à la santé des infirmières soignantes, sont finalement proposées.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	x
Liste des appendices	xi
Remerciements	xii
Introduction	1
Chapitre premier - Le problème	4
Le but de recherche	9
La question de recherche	9
Chapitre deuxième - La recension des écrits	10
L'environnement	11
Le concept de l'environnement	12
Des conceptions infirmières de l'environnement	15
Le concept de l'environnement de travail	21
Les études descriptives sur l'environnement de travail en soins infirmiers	26
Le bien-être psychologique et la santé mentale	30
Les concepts de santé et santé mentale	30
Le concept du bien-être psychologique	35
Les études descriptives du bien-être psychologique des infirmières	39
Les relations entre l'environnement de travail et la santé mentale des infirmières ...	40
L'environnement et la santé	40
Les études corrélatives utilisant des indicateurs négatifs de santé mentale	41
L'environnement du travail et l'épuisement professionnel	41
Le soutien au travail et l'épuisement professionnel	43
L'environnement du travail et les symptômes psychologiques	46
Les relations entre l'environnement de travail et le bien-être psychologique des infirmières	51
Les études corrélatives utilisant des indicateurs négatifs du bien-être psychologique ..	51
Les stressseurs de l'environnement et la dimension négative du bien-être psychologique	51
Les études corrélatives utilisant des indicateurs négatifs et positifs du bien-être psychologique	53
Les études corrélatives utilisant des indicateurs positifs du bien-être psychologique ...	55
Les stressseurs de l'environnement et la dimension positive du bien-être psychologique	55

Table des matières
(suite)

Le cadre conceptuel	57
Les hypothèses de la recherche	60
Chapitre troisième - La méthode de recherche	62
Le type de devis	63
La population, l'échantillon et le milieu de l'étude	63
Les définitions opérationnelles des variables	64
Les instruments de mesure	65
La collecte des données	69
Les considérations éthiques	70
L'analyse des données	70
Chapitre quatrième - La présentation des résultats	71
Les caractéristiques personnelles et professionnelles des répondantes	72
Les valeurs obtenues aux échelles de mesure	76
Les relations entre les variables sociodémographiques et le bien-être psychologique	79
Les relations entre les variables sociodémographiques et l'environnement de travail ...	80
Les relations entre la variable « beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale » avec les variables bien-être psychologique et environnement de travail	82
Les relations entre la variable « beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale » et les variables sociodémographiques	83
La vérification des hypothèses de la recherche	83
Les analyses de régression	88
Les résultats obtenus aux questions ouvertes et commentaires des infirmières	93
Chapitre cinquième - La discussion des résultats	98
L'authenticité des résultats de la recherche	99
Des infirmières en bonne forme psychologique	102
Un environnement de travail généralement favorable	103
La perception de l'environnement de travail est associée au bien-être psychologique ..	107
Un modèle des prédicteurs du bien-être psychologique	109
Les recommandations	115
Conclusion	116
Références	118

Liste des tableaux

Tableau I	Scores bruts du <i>Work Environment Scale</i> obtenus auprès de groupes d’infirmières d’hôpitaux de soins généraux	27
Tableau II	Scores bruts du <i>Work Environment Scale</i> obtenus auprès de groupes d’infirmières de divers milieux	28
Tableau III	Scores standards du <i>Work Environment Scale</i> obtenus auprès de groupes d’infirmières	29
Tableau IV	Numéro des questions selon les caractéristiques du <i>Work Environment Scale</i>	66
Tableau V	Distribution des infirmières et pourcentage de participation par unité de soins	73
Tableau VI	Distribution des répondantes selon leurs caractéristiques personnelles	73
Tableau VII	Distribution des répondantes selon leurs caractéristiques professionnelles liées à l’emploi	74
Tableau VIII	Distribution des répondantes selon leurs caractéristiques professionnelles liées à la formation	75
Tableau IX	Distribution des répondantes par rapport à la question : difficultés à concilier l’horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale	76
Tableau X	Moyenne, écart-type, étendue et coefficient de variation du bien-être psychologique	77
Tableau XI	Moyennes et écarts-type du <i>WES</i> du groupe normatif et de l’étude en scores bruts	79

**Liste des tableaux
(suite)**

Tableau XII	Résumé des liens statistiquement significatifs entre les variables sociodémographiques et les caractéristiques du <i>WES</i> 81
Tableau XIII	Test de <i>t</i> de Student entre la variable « beaucoup de difficultés à concilier l’horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale » et le bien-être psychologique et le <i>WES</i> 82
Tableau XIV	Corrélation entre les scores de l’implication au travail et ceux du bien-être psychologique 84
Tableau XV	Corrélation entre les scores de la cohésion entre les pairs et ceux du bien-être psychologique 84
Tableau XVI	Corrélation entre les scores du soutien du supérieur et ceux du bien-être psychologique 84
Tableau XVII	Corrélation entre les scores de l’autonomie accordée et ceux du bien-être psychologique 85
Tableau XVIII	Corrélation entre les scores de l’orientation vers la tâche et ceux du bien-être psychologique 85
Tableau XIX	Corrélation entre les scores de la pression ressentie au travail et ceux du bien-être psychologique 86
Tableau XX	Corrélation entre les scores de la clarté des attentes et ceux du bien-être psychologique 86
Tableau XXI	Corrélation entre les scores du contrôle en milieu de travail et ceux du bien-être psychologique 86
Tableau XXII	Corrélation entre les scores de l’innovation au travail et ceux du bien-être psychologique 87

**Liste des tableaux
(suite)**

Tableau XXIII	Corrélation entre les scores du confort physique du lieu de travail et ceux du bien-être psychologique	87
Tableau XXIV	Analyse de régression multiple entre le bien-être psychologique et les caractéristiques du <i>WES</i> et la variable « beaucoup de difficultés à concilier l’horaire de travail / vie personnelle ou familiale	88
Tableau XXV	Analyse de régression multiple entre l’implication au travail et les autres caractéristiques du <i>WES</i> et les variables sociodémographiques associées à l’implication	90
Tableau XXVI	Analyse de régression multiple entre la pression ressentie au travail et les autres caractéristiques du <i>WES</i> et les variables sociodémographiques associées à la pression	91
Tableau XXVII	Catégories ressorties des questions ouvertes et fréquence pour chacune d’elles	94

Liste des figures

Figure 1	Facteurs qui influencent la santé mentale en milieu de travail	59
Figure 2	Adaptation du cadre de Vézina qui illustre les hypothèses à l'étude	61
Figure 3	Distribution des répondantes selon les scores du bien-être psychologique	77
Figure 4	Comparaison des scores bruts du <i>WES</i> obtenus à l'étude avec ceux du groupe normatif	79
Figure 5	Modèle des prédicteurs significatifs du bien-être psychologique	92

Liste des appendices

Appendice A	xiv
Traduction inversée du <i>Work Environment Scale</i>	xv
Traduction inversée de l'échelle Bien-être de Santé Québec	xxix
Questionnaire sociodémographique en langue française	xxxii
Appendice B	xxxv
Lettre de présentation du questionnaire	xxxvi
Questionnaire de la recherche en espagnol	xxxvii
Appendice C	l
Résultats des analyses de fidélité obtenus aux instruments de mesure traduits	li
Appendice D	lii
Résultats du <i>WES</i> en scores standards	liii
Les moyennes et écarts type du <i>WES</i> , en scores bruts, obtenus par chacune des unités de soins	liii
Appendice E.....	liv
Des tests de <i>t</i> de Student, des analyses de variance et des tests de corrélations de Pearson entre les variables sociodémographiques et la variable « bien-être psychologique »	lv
Des tests de <i>t</i> de Student, des analyses de variance et des tests de corrélations de Pearson entre les variables sociodémographiques et les dix caractéristiques du <i>WES</i>	lviii
Appendice F	lxvii
Lettres de demande d'autorisation pour l'utilisation et la traduction des instruments de mesure	lxviii
Appendice G	lxx
Autorisation de Consulting Psychologists Press	lxxi
Contrat avec Consulting Psychologists Press	lxxii
Autorisation de Santé Québec	lxxiv

Remerciements

D'abord, je tiens à remercier sincèrement le professeur André Duquette Ph. D. , directeur de ce mémoire. En particulier, je tiens à mentionner toutes les connaissances qu'il a su me transmettre, sa très grande disponibilité et sa patience, de même que ses suggestions très pertinentes qui m'ont permis de réaliser cette recherche.

Je remercie également les autorités du centre hospitalier, la directrice de soins infirmiers et les infirmières-chef qui m'ont permis et m'ont facilité la réalisation de la collecte des données. Mes remerciements sont adressés spécialement à toutes les infirmières qui ont participé à l'étude, ainsi qu'aux infirmières et infirmiers espagnols, Mme Beatriz Cervera, Mme Ana Isabel Gonzalez, M. Miguel Angel Escobar et M. Miguel Torner, qui ont participé à la réalisation du prétest du questionnaire de recherche.

L'investigatrice tient aussi à remercier les traducteurs des instruments de mesure de l'étude : Mme Marga Vazquez de Prada, Mme Cathy Ferrier, Mme Adela Gonzalez et Mme Dominique Leman.

Enfin, les recommandations et les suggestions apportées par M. François Harel ont été grandement appréciées lors de l'analyse statistique.

Introduction

A l'instar de Nightingale et prenant appui sur les concepts centraux de la discipline infirmière, la présente recherche porte sur l'interrelation entre l'environnement et la santé des personnes. C'est la santé des infirmières au travail qui est ici au cœur de la préoccupation. Il est reconnu que le travail occupe une place prépondérante dans la vie de la plupart des personnes. Le travail est un moyen que la personne a pour se réaliser, de même que pour contribuer au développement de la société. Le fait de ne pas avoir un emploi peut causer un déséquilibre dans la vie des personnes. Egalement, un déséquilibre peut se présenter quand la personne est centrée seulement sur le travail. En d'autres termes, il est souhaitable qu'il existe une certaine unité et une harmonie entre les différents aspects de la vie d'une personne, il doit y avoir un équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle. S'il existe un déséquilibre entre ces aspects de la vie d'une personne, cela peut menacer la santé, autant physique que mentale. Nous venons de souligner l'importance du travail dans la vie de toute personne, cependant les conditions du milieu de travail dans lesquelles les personnes évoluent sont également importantes. Il est préférable que ces conditions soient en accord avec la dignité de la personne et aident à la réalisation, à la croissance et à l'épanouissement de chaque personne. Egalement, ces conditions devraient garantir et promouvoir la santé des travailleurs. Il est donc primordial de s'intéresser aux conditions et aux caractéristiques de l'environnement de travail qui contribuent à la santé ou au bien-être des personnes qui y travaillent. Jusqu'à présent, plusieurs recherches ont été réalisées auprès d'infirmières soignantes en s'intéressant aux caractéristiques de l'environnement de travail associées à l'épuisement professionnel ou à la détresse psychologique. Cependant, selon la revue des écrits, aucune étude n'a examiné les relations entre les caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique des infirmières soignantes. Il est aussi important de connaître les caractéristiques de l'environnement de travail qui contribuent au bien-être psychologique que celles qui affectent la santé. Le but de cette recherche est d'examiner les relations entre des caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique d'infirmières soignantes. Les connaissances ainsi acquises permettront de privilégier des interventions qui favorisent le bien-être psychologique des infirmières soignantes.

Ce mémoire est composé de cinq chapitres. Dans le premier chapitre sont présentés le problème de recherche, le but de l'étude et la question de recherche. Le deuxième chapitre porte sur la recension des écrits relatifs à l'environnement et au bien-être psychologique, de même que sur le cadre conceptuel et les hypothèses de recherche. La méthode de recherche est exposée au troisième chapitre. Les résultats de la recherche sont présentés au quatrième chapitre. Enfin, le cinquième chapitre s'attarde à l'interprétation et la discussion des résultats obtenus.

Chapitre premier

Le problème

L'étude de l'influence que le milieu de travail exerce sur la santé et le bien-être des personnes a pris une importance particulière au cours des dernières années. Les professionnels en relation d'aide sont considérés comme étant une population vulnérable en regard de problèmes de santé liés à l'environnement de travail. Les stressés de l'environnement de travail, ainsi que leur relation et leur influence sur la santé des infirmières et d'autres professionnelles soignantes, ont été l'objet d'une grande variété de recherches, et ce dans différents pays du monde. Par exemple, en Espagne plusieurs chercheurs se sont intéressés à la santé des infirmières ; ils ont réalisé divers projets d'étude pour examiner le stress, l'épuisement professionnel et la santé mentale des infirmières (Aguinaga, Guillén, Notivol, Pérez et Aguinaga, 1996 ; Faura, Roigé, Serra, Ortega, Monegal, Roigé et Caja, 1995 ; Laria, Anguix, Higuera, Morata, Ribera, Cartagena de la Peña, Roma et Higuera, 1995 ; Meseguer, González et Calatayud, 1996, Rodríguez-Marín, Mira, Aranaz et Vitaller, 1992).

La présente problématique de recherche découle d'une expérience personnelle et d'observations faites auprès d'infirmières travaillant dans une unité de soins d'un hôpital universitaire d'Espagne. Les observations faites en relation avec leur état émotionnel et leurs attitudes à l'égard du travail ont été les suivantes : elles se trouvent engagées, contentes, heureuses ; elles sont impliquées dans l'enseignement aux infirmières en formation qui font leur stage à l'unité de soins ; elles s'intéressent aussi au développement de nouvelles approches de soins. Les relations entre elles sont marquées par la collaboration, il n'y a pas d'esprit de compétitivité. Ces aspects, parmi d'autres, amènent à penser qu'elles sont en état de bien-être psychologique. Ces observations contrastent avec les résultats de plusieurs études récentes qui tendent à montrer que les infirmières vivent beaucoup de stress et que plusieurs sont épuisées (Chiriboga & Bailey, 1986 ; Duquette, Kérouac, Sandhu, Saulnier et Lachance, 1997 ; Faura et coll. , 1995 ; Harris, 1989 ; Laria et coll. , 1995 ; McGrath, Reid & Boore, 1989 ; Meseguer et coll. , 1996). Ces études montrent également que les principaux facteurs liés à l'épuisement professionnel sont à la fois d'ordre personnel - hardiesse, stratégies de coping - (Duquette, Kérouac, Sandhu et Saulnier, 1995 a ; Major, 1995 ; Morissette, 1993) et environnemental - stressés, climat

social - (Michaud, 1991 ; Pelletier, 1986 ; Saulnier, 1993). Par ailleurs, les facteurs qui contribuent au bien-être des infirmières sont encore mal connus.

Dans son étude, Harrisson (1995) a obtenu comme résultats que les infirmières en médecine-chirurgie sont hardies, caractéristique personnelle qui rend l'individu apte à demeurer en santé, et que la hardiesse est significativement reliée au bien-être psychologique. Il est étonnant, par contre, de constater que seulement 25% de cette population démontre un niveau optimum de bien-être psychologique. On peut s'interroger sur ces résultats en disant que la personnalité hardie n'est sans doute pas le seul élément qui favorise le bien-être psychologique.

Selon Vézina, Cousineau, Mergler et Vinet (1992), l'environnement de travail est un déterminant majeur de la santé mentale d'une personne et il est à l'origine d'une partie importante des maladies dites de civilisation. Vézina et coll. (1992) en citant Shinn et coll. disent : « *le problème de l'épuisement professionnel ne peut être résolu que par des stratégies d'adaptation aux risques inhérents au métier, il doit impliquer des changements organisationnels qui conduisent à la création de milieux favorables* » (p. 120). On peut certes affirmer qu'il y a des aspects de l'environnement de travail qu'on ne peut pas changer, comme par exemple, le fait que les infirmières soient confrontées avec la souffrance et la mort des personnes soignées. Par ailleurs, il y a beaucoup d'autres facteurs de l'environnement qu'on peut modifier afin de créer des ambiances positives, où chaque individu se développe, non seulement au plan professionnel, mais gagne aussi en épanouissement personnel et, par conséquence, en bien-être psychologique. D'ailleurs, Van Ameringen et Arsenault (1990), (cité par Proulx, 1993), associent la détresse psychologique aux facteurs de stress psychosociaux dans l'organisation du travail.

Pour souligner l'importance du milieu de travail, il importe d'ajouter que le temps que les personnes passent au travail représente une part très importante de leur vie et leurs ressources. Pour plusieurs, le travail est une affirmation de la nature humaine, il assure la subsistance, donne un but à la vie et il est à l'origine de sentiments de valorisation de soi, d'appartenance et de contribution à une communauté (Association canadienne pour la santé

mentale, 1984). C'est pour l'ensemble de ces motifs qu'il importe de tenir compte de l'environnement du travail, lequel peut contribuer à la réalisation de la personne, ou dans le cas contraire, empêcher son accomplissement, menacer sa santé mentale, engendrer divers problèmes de santé et même conduire à la maladie. Pour Moos (1986), l'environnement du travail englobe les caractéristiques suivantes : l'implication et la cohésion entre les travailleurs, le soutien du supérieur, l'autonomie accordée dans son rôle, l'orientation vers la tâche, la pression ressentie au travail, de même que la clarté, le contrôle, l'innovation, et le confort physique des lieux.

Comme il a été mentionné précédemment, plusieurs recherches ont étudié, selon la définition de Moos, les caractéristiques de l'environnement de travail en relation avec l'épuisement professionnel et le stress ressenti par les infirmières. Des recherches montrent un lien significatif entre le manque de soutien, le stress et l'épuisement (Morissette, 1993 ; Saulnier, 1993) ou le manque de soutien et la détresse psychologique (Duquette et coll., 1995 a). D'autres montrent une corrélation positive entre la pression ressentie au travail et l'épuisement professionnel (Michaud, 1991). Par contre, peu de recherches ont exploré les relations entre les caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique des infirmières. Perrault (1987) décrit le bien-être psychologique dans les termes suivants: une force dynamique définie par des indicateurs subjectifs dans sept dimensions, soit l'énergie, le contrôle des émotions, l'humeur en général, l'intérêt face à la vie, le stress ressenti, la perception de l'état de santé et l'isolement émotionnel. Tyler et ses collaborateurs (Tyler, Carroll & Cunningham, 1991 ; Tyler & Cushway, 1992 ; Tyler & Ellison, 1994) ont réalisé diverses études en analysant le bien-être d'infirmières relié aux facteurs stressants de l'environnement, cependant leur mesure du bien-être psychologique capte des manifestations négatives comme l'anxiété, la dépression etc. , aspects souvent utilisés pour explorer les maladies mentales et non la santé mentale. Harrisson (1995) et Savignac (1993) utilisent un instrument qui estime la dimension positive de la santé mentale ou bien-être psychologique par rapport aux stressseurs de l'environnement de travail en soins infirmiers ; cependant, ces stressseurs en soins infirmiers ne représentent pas toutes les dimensions de l'environnement de travail et mettent l'accent sur les aspects négatifs de l'environnement.

En fait, l'état actuel de la connaissance empirique ne permet pas de déceler et d'expliquer clairement les facteurs de l'environnement de travail qui contribuent au bien-être des infirmières soignantes.

L'intérêt principal de cette recherche porte sur la santé mentale des infirmières et les divers facteurs qui y contribuent. Cet intérêt rejoint les objectifs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) touchant la promotion de la santé mentale ; l'OMS soutient qu'il faut travailler à l'harmonisation des conditions d'habitation, d'éducation, d'alimentation, de travail et de loisir, afin de les rendre favorables à la santé mentale (Gouvernement du Québec, 1990). De même, Kalimo, El-Batawi et Cooper (1988) affirment : « *qu'il ne fait aucun doute que le travail pourrait jouer un rôle majeur incontesté de protection du bien-être physique et mental* » (1988, p. viii). Jusqu'ici, le bien-être psychologique est un domaine peu exploré au niveau de la population infirmière. Par ailleurs, il est raisonnable de croire que la santé des infirmières puisse influencer de façon directe les soins qu'elles dispensent aux personnes soignées. Les résultats de cette étude pourront contribuer à guider les interventions des infirmières gestionnaires et cliniciennes qui souhaitent créer des environnements de travail positifs et enrichissants, autant pour les personnes soignantes que soignées.

Cette étude concerne directement les sciences infirmières, parce qu'on y trouve relié, de différentes façons, les quatre éléments centraux de la discipline, soit la personne, la santé, l'environnement et le soin. On s'intéresse ici à la santé des infirmières et indirectement à celle des personnes soignées, de même qu'à l'environnement dans lequel les soins sont prodigués. D'ailleurs, plusieurs auteurs en sciences infirmières insistent sur l'importance d'étudier la relation entre l'environnement et la santé des personnes (Chopoorian, 1986 ; Kim, 1983 ; Kleffel, 1991). Cependant l'état actuel de la connaissance en sciences infirmières ne permet pas de s'appuyer sur un cadre de référence proposant des relations précises entre les caractéristiques de l'environnement de travail et la santé des personnes. C'est pour l'ensemble de ces motifs que la présente étude prend appui sur le cadre conceptuel proposé par Vézina et coll. (1992). Le modèle de Vézina permet

d'identifier autant les facteurs de risque que les facteurs de protection du milieu de travail, facteurs qui influencent la santé mentale au travail.

Le but de recherche

Le but de cette recherche est d'examiner les relations entre des caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique d'infirmières soignantes oeuvrant dans un hôpital universitaire en Espagne.

La question de recherche

Quelles sont les corrélations entre des caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique des infirmières soignantes?

Chapitre deuxième

La recension des écrits

La recension des écrits porte, d'abord, sur le concept de l'environnement et de l'environnement de travail ; suit une présentation des études descriptives qui ont utilisé le Work Environment Scale (WES) de Insel et Moos, 1974, pour évaluer les perceptions des infirmières de leur environnement de travail. Dans un deuxième temps, les concepts du bien-être psychologique et de la santé mentale sont examinés ; suit la présentation des études descriptives qui ont utilisé l'échelle du Bien-être de Santé Québec (BESQ) (1987), pour évaluer le niveau de bien-être psychologique des infirmières. Dans un troisième temps, les études corrélationnelles qui se rattachent à ces deux concepts sont présentées. Enfin, le cadre conceptuel de Vézina et coll. (1992) qui guidera cette recherche est exposé.

L'environnement

L'environnement est un phénomène et une réalité qui a fait l'objet d'étude et a suscité l'intérêt de plusieurs disciplines, surtout au cours des dernières décennies. L'environnement est d'ailleurs considéré comme étant l'un des quatre concepts centraux du métaparadigme des sciences infirmières. Le motif principal de cet intérêt réside sans doute dans le fait que l'environnement exerce une influence sur les êtres vivants et, plus particulièrement, sur la personne humaine. C'est un fait que l'être humain se développe dans un environnement déterminé, et que cet environnement varie tout au long de sa vie. Ajoutons que cette réalité qu'est l'environnement est souvent perçue de diverses façons, selon les différentes personnes. Ce qui est important de retenir, c'est que, d'une part, l'environnement a une influence sur les personnes ainsi que sur leur vie et, d'autre part, que l'être humain est capable de modifier son environnement ; en d'autres mots, il existe une influence mutuelle et interactive entre la personne et l'environnement. Il est reconnu, par ailleurs, que l'environnement a subi d'importants changements en raison de l'évolution scientifique et technologique. Ces changements ont provoqué de grandes améliorations, mais aussi des altérations importantes et négatives de l'écosystème. Pour tous ces motifs, plusieurs recherches ont porté sur l'étude de l'environnement et de son influence sur la personne humaine, tant sur son comportement que sur sa santé physique et mentale. Ces études ont mis l'accent sur les aspects physiques, chimiques ou biologiques de l'environnement et moins sur les aspects psychosociaux et leur influence sur la vie, le

comportement et la santé des personnes. Un domaine où les aspects psychosociaux de l'environnement prennent une signification particulière est celui des milieux de travail ; ce n'est cependant qu'au cours des dernières années que les chercheurs se sont attardés à l'étude des aspects psychosociaux de l'environnement du travail.

Suite à cette introduction sur l'environnement, sont présentées et examinées plusieurs conceptions de l'environnement et de l'environnement de travail, en incluant les conceptions proposées par des auteurs en sciences infirmières.

Le concept de l'environnement

Dans un premier temps, quelques définitions et descriptions du concept de l'environnement sont présentées, suit une analyse de ces définitions qui permettra de dégager les attributs et les principales dimensions de ce concept.

Le dictionnaire de la langue française (Encyclopédie et noms propres, 1990) définit l'environnement dans les termes suivants : « *Ensemble des éléments constitutifs du milieu d'un être vivant* » (p. 450). Le dictionnaire de la langue française (Petit Robert, 1986) rapporte une définition un peu plus explicite : « *Ensemble des conditions naturelles (physiques, chimiques, biologiques) et culturelles (sociologiques) susceptibles d'agir sur les organismes vivants et les activités humaines* » (p. 664).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1972) s'attarde aux rapports entre l'environnement et la santé et soutient ce qui suit : « *l'environnement de l'homme est l'ensemble des facteurs physiques, chimiques, biologiques et sociaux qui exercent une influence décelable sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités* » (p. 13).

D'autres auteurs (Jenicek, 1970 ; Terry, 1970) nomment les différents éléments qui composent chacun des facteurs de l'environnement : les facteurs physiques comme les variations climatiques, les radiations, la chaleur, la lumière ; les facteurs chimiques tels les aliments, certaines composantes de l'air, de l'eau, des sols; les facteurs biologiques tels que

les micro-organismes, la flore, la faune et, enfin, les facteurs sociaux comme les relations interpersonnelles entre les êtres humains, les valeurs culturelles, les coutumes, les attitudes, les moeurs, le statut socio-économique et l'organisation sociale (citée dans Gouvernement du Québec, Ministère des affaires sociales, 1980, p.16).

Maldague (1975-76) s'attarde aux milieux sociaux de l'environnement et écrit que l'environnement de l'être humain est « *un tout complexe et changeant, aux innombrables facettes, où interviennent le milieu familial, le milieu social, le milieu culturel, le(s) milieu(x) de travail, le(s) milieu(x) de loisirs et où agissent et interfèrent à la fois les éléments artificiels et naturels* » (citée dans Gouvernement du Québec, Ministère des affaires sociales, 1980, p.16-17).

Moos (1973), utilisant une approche globale, décrit six dimensions par lesquelles les environnements humains peuvent être conceptualisés: 1.- La dimension écologique qui inclut diverses variables géographiques, météorologiques, architecturales et physiques; 2.- La dimension nommée cadre du comportement avec des propriétés comportementales et écologiques, cette dimension se réfère aux comportements d'un groupe d'individus dans leur contexte écologique; 3.- La dimension de l'organisation des structures, cette dimension rejoint particulièrement les aspects objectifs comme l'étendue de l'organisation, le nombre de personnes employées, le niveau des salaires ; 4.- La dimension qui identifie les caractéristiques personnelles et comportementales des habitants d'un milieu concret ; 5.- La dimension reliée aux caractéristiques psychosociales et au climat des organisations ; cette dimension concerne les relations et les interactions des personnes dans un environnement concret ; 6.- La dimension qui explore l'aspect fonctionnel des environnements et met l'accent sur les différentes réponses des individus aux stimuli d'un environnement ; selon cette approche fonctionnelle, les stimuli qui provoquent des réponses positives des individus peuvent être renforcés et ceux qui provoquent des réponses négatives peuvent être corrigés. Ces six dimensions ne sont pas exclusives, elles s'imbriquent les unes dans les autres et elles sont interreliées.

Quelques années plus tard, Moos et Brownstein (1977) proposent un cadre conceptuel un peu différent pour analyser les différents environnements, ce cadre contient les éléments suivants : 1.- La dimension écologique : géographique et architecturale ; 2.- The Human Aggregate (l'ensemble humain) qui analyse l'ensemble des caractéristiques des habitants d'un endroit concret ; 3.- La structure et le fonctionnement des organisations tels que le gouvernement, l'économie, la famille et l'éducation ; 4.- A Behavior Setting (le cadre du comportement) ; 5.- Le climat social qui réfère à la croissance personnelle (les idéaux personnels et le système de valeurs), aux relations personnelles (la cohésion, le soutien, la spontanéité), au système de maintien et de changement des structures (la clarté, le contrôle social, l'innovation).

Si l'on examine les deux conceptions de l'environnement proposées par Moos (1973) et par Moos et Brownstein (1977), on s'aperçoit qu'il y a peu de différences entre elles. En effet, la troisième dimension de la conception de 1977 rejoint les dimensions trois et six de la conception de 1973. Les autres dimensions sont semblables mais présentées dans un ordre différent. Ajoutons que la dimension psychosociale ou le climat social est développée davantage dans la conception de 1977.

De l'analyse de ces définitions et descriptions, il ressort que l'environnement est un ensemble d'éléments qui constituent le milieu dans lequel une personne ou un être vivant vit et se développe. L'environnement apparaît comme étant une réalité complexe et changeante. Des différents éléments présentés dans les définitions, on peut dégager deux dimensions principales qui englobent toutes les autres. La dimension naturelle ou écologique (physique / architecturale, chimique, biologique) et la dimension sociale ou psychosociale (les valeurs culturelles, les coutumes, les attitudes, les moeurs, le statut socio-économique, l'organisation sociale, etc.). Ces deux grandes dimensions se retrouvent parmi toutes les institutions ou organisations où l'être humain se développe, soit la famille, l'école, le milieu de travail, les associations politiques et culturelles, etc. D'autres aspects qui ressortent de ces définitions sont que l'environnement a une influence sur les personnes ainsi que sur leur santé et leur bien-être. Il résulte des conceptualisations proposées par Moos et coll. (1973, 1977), que trois composantes sont inhérentes à tout environnement. Ce

sont les composantes dites « naturelles », celles dites « psychosociales », de même que les comportements des personnes face à ces deux premières composantes. En effet, l'être humain est l'acteur principal de tout environnement. Ainsi, on peut étudier l'environnement en s'intéressant aux caractéristiques personnelles des individus et à leur façon de fonctionner dans un environnement déterminé.

Des conceptions infirmières de l'environnement

Cette partie du texte présente quelques conceptions de l'environnement, selon une perspective en sciences infirmières.

Kim (1983) soutient que l'environnement est une source de forces externes qui influencent une personne et son existence, l'environnement est aussi le contexte concret où une personne évolue à travers sa vie. Kim ajoute que l'environnement est un concept essentiel dans la pensée théorique des sciences infirmières. Elle considère l'environnement avec trois composantes qualitatives d'ordre physique, social et de nature symbolique, considérées à la fois dans les dimensions du temps et de l'espace. Elle souligne l'importance de la dimension temporelle par rapport à l'environnement, c'est-à-dire, comment une personne est exposée à un environnement déterminé, cette exposition peut être d'une façon continue, intermittente, rythmique ou pour un moment donné. En plus, la dimension temporelle détermine la durée pendant laquelle une personne est confrontée à un environnement concret. L'environnement physique est considéré comme un système d'interactions entre les différents groupes humains et les composantes physiques et chimiques de l'environnement. L'environnement social fait référence aux individus ou groupes d'individus avec lesquels une personne a une interaction ou une communication (la famille, les amis, les collègues de travail, etc.). L'environnement symbolique s'attache, d'une part, à tout ce qui concerne les valeurs, idées, croyances et connaissances et, d'autre part, aux éléments normatifs tels que les règles, lois, attentes et contraintes, ainsi qu'à tous les éléments institutionnels de la société et de la culture. Après avoir proposé des définitions pour chacune des composantes de l'environnement, Kim suggère différents concepts d'intérêt pour examiner l'environnement selon une perspective infirmière. Par

exemple, pour étudier l'environnement physique, elle suggère les concepts d'espace, de temps, d'écosystème, d'énergie, de bruit, de privation sensorielle, de surcharge sensorielle, d'éléments pathogènes et de chaleur. Par rapport à l'environnement social, elle suggère les concepts de soutien social, compétition, contrôle social, isolement social, désengagement, milieu affectif, marginalité et proximité. Enfin, pour l'environnement symbolique, elle propose les concepts d'autorité dans l'organisation, d'attentes de rôle, d'expertise, de valeurs, normes, moralité, connaissance, rationalité et positivisme.

La vision de l'environnement proposée par Kim avec ses trois composantes, physique, sociale et symbolique, rejoint les deux grandes dimensions proposées par Moos et coll. (1973, 1977), soit la dimension naturelle et psychosociale. En effet, les aspects symboliques rapportés par Kim sont inclus dans la dimension psychosociale de Moos. De même, si l'on compare la conception de Kim de l'environnement social avec la définition donnée par Insel et Moos (1974) en regard de l'environnement social ou psychosocial d'une organisation, on constate que ces environnements se rattachent aux mêmes concepts. En effet, ces environnements sont formés par des personnes et par les interactions des unes avec les autres. Mentionnons enfin que quelques-uns des concepts proposés par Kim pour étudier l'environnement, comme le soutien, le contrôle social, les valeurs, se trouvent parmi les éléments de la dimension psychosociale de Moos et Brownstein (1977). Il semble donc que ces concepts ne soient pas des concepts particuliers ou spécifiques aux sciences infirmières.

Chopoorian (1986) fait un examen critique de l'état actuel du concept de l'environnement en sciences infirmières, puis elle préconise une nouvelle conceptualisation du terme environnement. Elle mentionne que presque toutes les théoriciennes en sciences infirmières ont défini l'environnement, puisqu'il est un concept central de la discipline. La première théoricienne est Nightingale, elle soutient que pour l'infirmière l'environnement doit être l'objet d'actions qui ont pour but la prévention de la maladie et la promotion de la santé des êtres humains. Les facteurs externes de l'environnement sur lesquels Nightingale propose d'agir sont : l'air, l'eau, la lumière, la chaleur, la propreté, la calme et une diète adéquate. De plus, elle avait déjà compris, à ce moment-là, que les structures sociales,

politiques et économiques jouaient un rôle important sur l'état de santé des soldats britanniques qui participaient à la guerre de Crimée (1854 - 1855). D'autres théoriciennes, postérieures à Nightingale, décrivent l'environnement comme étant l'entourage contigu ou les circonstances concrètes qui entourent les individus. Certaines, comme Roy, soutiennent que l'environnement est une source de stimuli auxquels les individus répondent en s'adaptant, en s'accommodant ou en assimilant les coutumes et les attentes de l'idéologie dominante dans la société. Chopoorian critique les positions de ces dernières théoriciennes. En effet, elle affirme que les personnes peuvent adopter une attitude différente de l'adaptation à leur environnement, face aux problèmes existants dans la société. Elle ajoute que les infirmières théoriciennes n'apportent pas d'explication pour les environnements des personnes qui se trouvent dans des situations défavorables ou des personnes dites marginales. Les infirmières prêtent davantage attention aux problèmes psychosociaux des personnes, elles n'arrivent pas à déterminer les causes de ces problèmes qui parfois sont d'ordre sociopolitique et économique. Pour toutes ces raisons, Chopoorian propose une reconceptualisation du terme environnement. Elle suggère que les infirmières considèrent l'environnement selon trois perspectives : 1.- comme une structure sociale, politique et économique ; 2.- comme l'ensemble des relations humaines et sociales ; 3.- comme l'environnement de la vie quotidienne. Elle présente quelques explications sur chacune de ces trois perspectives. En observant l'environnement selon une perspective sociale, politique et économique, on peut arriver à mieux comprendre l'origine des problèmes de santé qui affectent directement les personnes. Les relations qui se dégagent de chacune de ces structures peuvent être analysées, comme par exemple, le niveau d'autorité, le contrôle, le pouvoir, la confiance, le soutien etc., cela aidera à déterminer jusqu'à quel point tous ces aspects interviennent dans l'état de santé des personnes. Enfin, la troisième perspective qui permet d'observer l'environnement de la vie quotidienne d'une personne permettra de déceler les coutumes, les routines et le milieu où se développe habituellement une personne.

La conception proposée par Chopoorian amène à considérer l'environnement comme un macrosystème avec des éléments sociaux, politiques et économiques, alors qu'Insel et Moos (1974) s'attardent davantage au micro-environnement où les personnes réalisent leurs activités. Les deux conceptions rejoignent cependant l'aspect des relations

interpersonnelles dans l'environnement social. La principale contribution de Chopoorian (1986) est sans doute de mettre l'accent sur les effets que l'environnement a sur la santé des personnes.

Kleffel (1991), après avoir fait une révision des écrits des infirmières théoriciennes par rapport à l'utilisation du terme environnement, rejoint l'opinion de Chopoorian (1986), qui soutient que ces conceptualisations n'arrivent pas à donner des explications pour tous les environnements auxquels les personnes sont confrontées. Kleffel écrit ce qui suit : « Cette révision des écrits sur le concept de l'environnement selon les différentes perspectives des théoriciennes majeures en sciences infirmières amène à conclure que le concept de l'environnement n'est pas décrit de façon appropriée » (traduction libre p. 42). La raison principale qu'elle apporte est que le concept de l'environnement se rattache uniquement au paradigme psychosocial. De plus, elle ajoute, qu'entre 1961 et 1990, 53 études en sciences infirmières ont été réalisées en considérant le domaine de l'environnement (recherche faite sur la base de données CINAHL). Ces recherches concernaient le milieu immédiat du patient, de la famille ou de l'infirmière ; 80% de ces recherches furent réalisées dans des organismes sanitaires. Seulement une étude, parmi les 53, a observé l'environnement selon une approche écologique (biologique, physique, socioculturel, politique et économique) pour identifier et quantifier les variables de l'environnement qui influencent les infections aiguës parmi les enfants chiliens. Ainsi, Kleffel (1991) soutient que les causes écologiques de la prévalence, de la sévérité et de la durée d'une maladie sont souvent méconnues et que la recherche en sciences infirmières n'utilise pas suffisamment cette approche.

Elle ajoute qu'il y a des modèles, dans les écrits scientifiques sur la santé, qui offrent une perspective plus large du concept de l'environnement, soit le modèle épidémiologique et le modèle écologique, de même que la théorie écoféministe. L'environnement est un concept central autant pour les modèles épidémiologiques que pour les modèles en sciences infirmières ; il y a cependant des différences significatives entre les deux. Les conceptions en sciences infirmières s'attardent généralement à la personne en interaction avec les facteurs de l'environnement, facteurs qui favorisent ou inhibent la santé

des personnes. Le modèle épidémiologique, par contre, porte sur les facteurs de l'environnement comme étant la cause de la maladie, l'augmentation des risques de produire une maladie ou la promotion du bien-être. Une critique fréquemment apportée face au modèle épidémiologique est qu'il analyse la situation concrète de l'individu ou de la famille, mais sans observer le contexte social, politique et économique. Les modèles écologiques sont les seules approches qui donnent une plus large vision du concept de l'environnement en le considérant selon une perspective multidimensionnelle. L'écoféminisme, pour sa part, englobe les termes de l'écologie et du féminisme ; cependant, les défenseurs de cette approche critiquent, d'une part, d'autres théories féministes (libérale, marxiste et socialiste) puisqu'elles ne sont pas adéquates pour observer le concept de l'environnement et, d'autre part, ils critiquent aussi les théories écologistes puisqu'elles ont une vision patriarcale et qu'elles n'acceptent pas les féministes.

Kleffel poursuit son analyse en mentionnant que les penseurs en sciences infirmières qui défendent un changement de paradigme pour observer l'environnement se rattachent entre autres aux idées écologistes, écoféministes, macro-level and quantum caring et à l'approche infirmière de la critique sociale. Le macro-level and quantum caring proposent de contribuer à la fois à la préservation de l'humanité et de l'univers. L'approche infirmière de la critique sociale traite les environnements selon la vision de la théorie de la critique sociale, c'est-à-dire que l'étude porte tout particulièrement sur les environnements des personnes qui se trouvent contraintes par rapport à la santé et à la liberté, par exemple les personnes opprimées, défavorisées, exclues, marginalisées ou isolées au plan social. En examinant les idées de l'approche infirmière de la critique sociale et de l'écoféminisme, on peut dire que ces idées sont d'une certaine façon restrictives, parce qu'elles ne peuvent pas s'appliquer à tous les environnements. Par exemple, l'approche infirmière de la critique sociale étudie l'environnement des personnes qui vivent une oppression, mais il y a d'autres environnements dans lesquels les personnes ne se trouvent pas dans cette situation d'oppression, et que les infirmières doivent étudier et évaluer. D'ailleurs, les écoféministes luttent pour défendre la condition féminine, mais elles tombent dans le même piège puisqu'elles ne considèrent pas toutes les personnes, hommes et femmes, d'un environnement dans des conditions d'égalité. Par ailleurs, le macro-level and quantum

caring proposent une conception de l'environnement qui vise la préservation de l'humanité et de l'univers, il semble donc s'agir d'une proposition tellement générale, qu'elle serait difficile à concrétiser.

Enfin, Kleffel (1991) soutient, après avoir fait cette révision attentive du concept de l'environnement, qu'on doit donner une vision nouvelle à la vie humaine, une vision où la vie et la santé des personnes sont inséparables d'un environnement multidimensionnel. En comparant cette dernière proposition de Kleffel avec les écrits de Moos et coll. (1973, 1977) il ressort, de ces deux conceptions, que l'être humain est inséparablement relié à un environnement. Insel et Moos (1974) mettent l'accent sur les micro-environnements alors que Kleffel et Chopoorian insistent sur les macro-environnements et leur effet sur la santé des individus.

De l'examen attentif des écrits de Kim (1983), Chopoorian (1986) et Kleffel (1991), il découle une première observation à l'effet que tous ces auteurs ont une conception multidimensionnelle de l'environnement. Une deuxième observation, c'est que l'environnement est toujours observé par rapport aux personnes et à leur santé. Kim (1983), pour sa part, insiste sur la dimension temporelle, c'est-à-dire que la façon d'être exposée ou confrontée à un environnement peut varier dans le temps. Chopoorian (1986) et Kleffel (1991) soulignent que, jusqu'à maintenant, la discipline infirmière a seulement conçu l'environnement selon une perspective psychosociale. Elles signalent qu'on doit conceptualiser l'environnement selon une vision plus large, celle qui englobe à la fois les dimensions sociale, politique et économique.

Bref, il découle de cette analyse que les infirmières doivent avoir une vision plus large du concept de l'environnement pour pouvoir se faire une idée précise et réelle de tous les facteurs de l'environnement qui affectent la santé de chaque personne ou groupe de personnes. En d'autres mots, les infirmières sont invitées à tenir compte des aspects sociaux, politiques et économiques de l'environnement, aspects qui ont une répercussion concrète sur les individus et leur santé. Cependant, il importe de reconnaître que seulement quelques infirmières pourront agir directement sur les domaines de la politique, de

l'économie et des macro-systèmes sociaux. Les infirmières, dans leur pratique quotidienne auprès des personnes, des familles et des groupes, sont conviées à utiliser une vision plus large du concept de l'environnement et de sa relation avec la santé.

Le concept de l'environnement de travail

Dans les lignes qui suivent, des descriptions de l'environnement des organisations et de l'environnement de travail sont exposées et analysées.

Sethi (1970) pour conceptualiser la nature de l'environnement des organisations décrit les éléments suivants : 1.- la structure physique ; 2.- la structure sociale ; 3.- la structure écologique ; 4.- la structure légale ; 5.- la structure culturelle ; 6.- la structure politique ; 7.- la structure économique ; 8.- la structure psychologique ; 9.- la structure internationale (cité dans Bedeian, 1980, p.130). Sethi met donc l'accent sur le concept de structure et sur les aspects sociaux de l'environnement.

Kast et Rosenzweig (1979) s'attardent aux caractéristiques et décrivent l'environnement général d'une organisation en termes de « *cultural, technological, educational, political, legal, natural resource, demographic, sociological, and economic characteristics* » (cités dans Bedeian, 1980, p.131).

Ces descriptions amènent à constater la diversité des éléments qui composent l'environnement des organisations. Cependant, ces descriptions laissent entendre que l'environnement est relativement statique, en regard de ces composantes, qu'elles soient des structures ou des caractéristiques.

Quant à Insel et Moos (1974), ils mettent l'insistance sur la dynamique du climat social de l'environnement des organisations, ils définissent l'environnement de la façon suivante : l'environnement social ou psychosocial d'une organisation est formé par des personnes et par les interactions des unes avec les autres. Ils poursuivent en disant que les personnes donnent un « climat » ou « atmosphère » qui pourrait être unique à

l'environnement. Comme les personnes, les environnements ont différentes personnalités. D'ailleurs, ils ajoutent que l'écologie sociale est la discipline qui étudie l'impact de l'environnement physique et social sur les êtres humains. Moos et ses collaborateurs ont étudié neuf types différents d'environnement social et ils ont développé plusieurs échelles pour évaluer le climat social de chacun d'eux. Ces études ont été réalisées dans divers milieux : 1.- des unités de psychiatrie (Moos, 1973) ; 2.- des institutions ayant des programmes d'orientation psychiatrique pour la communauté comme, par exemple, les maisons d'accueil, les hôpitaux de jour et les centres de soins communautaires (Moos, 1972) ; 3.- des institutions de correction pour les délinquants, adultes et jeunes (Moos, 1968) ; 4.- des compagnies d'entraînement militaire; 5.-des résidences d'étudiants universitaires (Gerst & Moos, 1972) ; 6.- des écoles secondaires (Trickett & Moos,1973) ; 7.- des groupes d'orientation sociale (Moos & Humphrey, 1973) ; 8.- des milieux de travail (Insel & Moos, 1972) ; et 9.- des familles (Moos & Kiritz, 1973) (toutes ces études sont citées dans Moos, 1973, p. 657). Après ces études, Moos (1973) a conceptualisé trois dimensions du climat social de toute organisation : la dimension relationnelle, la dimension de croissance personnelle, de même que la dimension de maintien et changement des structures. Ces dimensions sont présentes dans tous ces milieux, même celui de l'environnement de travail. Les dimensions décelées par Moos (1973) sont semblables à celles proposées par Stern (1970) et Walberg (1969) (cités dans Insel et Moos, 1974, p.15), qui ont examiné une grande variété de milieux sociaux différents.

En regard du milieu de travail, Moos (1986) définit ces trois grandes dimensions du climat social de la façon suivante : 1.- la dimension relationnelle est décrite comme étant la nature et l'intensité des relations personnelles en milieu de travail ; 2.- la dimension de croissance personnelle concerne la capacité à s'auto-suffire, à prendre des décisions professionnelles autonomes, de même que l'efficacité et la pression ressentie au travail ; 3.- la dimension de maintien et changement des structures est décrite comme étant la clarté des attentes face aux individus, le contrôle des supérieurs, la capacité d'innovation et le milieu physique du travail.

Healey (1980), à l'égard de l'environnement de travail, donne une définition simple : « *il est l'image ou l'impression que les travailleurs ont par rapport à la dynamique d'une organisation* » (p. 3). Puis, il ajoute différentes caractéristiques de l'environnement de travail : la clarté, la performance, l'imputabilité, la reconnaissance et la collaboration. Healey (1980) définit chacune de ces caractéristiques dans les termes suivants. La clarté est le degré de compréhension que les travailleurs ont des objectifs et politiques de l'organisation, ainsi que de leur rôle concret dans la réalisation de ces objectifs. Un haut niveau de clarté existe quand les travailleurs connaissent exactement comment leur travail contribue à la réalisation des objectifs globaux de l'organisation. La performance est l'insistance que les gestionnaires mettent afin d'obtenir de hauts standards, ainsi que le degré avec lequel les objectifs sont accomplis. L'imputabilité est mesurée par le degré avec lequel les travailleurs sont impliqués et se responsabilisent par rapport à leur travail. De hauts niveaux d'imputabilité sont présents quand les travailleurs sont capables de prendre des décisions professionnelles autonomes. La reconnaissance est considérée comme la réalisation d'un bon travail ; une bonne performance est récompensée tandis qu'une mauvaise performance est critiquée. Les récompenses sont clairement reliées à une bonne performance plutôt qu'à une personne qui se conforme ou s'adapte. La collaboration concerne les sentiments d'appartenance à une organisation, elle est caractérisée par la cohésion entre les personnes, l'engagement, la cordialité mutuelle et le soutien mutuel, de même que la confiance et la fierté. On reconnaît un milieu de travail où la collaboration est forte parmi les travailleurs et les gestionnaires, quand ces personnes s'expriment de la confiance et du respect mutuel et quand ils s'aident dans les circonstances difficiles.

Les caractéristiques de l'environnement de travail proposées par Healey (1980) rejoignent les dimensions décrites par Moos (1986). En effet, la clarté se rattache à la dimension maintien et changements des structures, la performance et l'imputabilité à la dimension de croissance personnelle et enfin la reconnaissance et la collaboration rejoignent la dimension relationnelle.

Les trois dimensions proposées par Moos (1986) rejoignent également celles de Vézina et coll. (1992) en regard des caractéristiques de l'environnement susceptibles

d'influencer la santé mentale des travailleurs. En effet, la dimension relationnelle de Moos rejoint la notion de soutien social de Vézina, de même la dimension de croissance personnelle rejoint l'autonomie décisionnelle et enfin la dimension de maintien et changement des structures se compare à certains facteurs de risque proposés par Vézina.

Bref, après avoir examiné les écrits de différents auteurs à l'égard de l'environnement de travail, on peut conclure que tous les auteurs proposent des dimensions et caractéristiques semblables par rapport à l'environnement psychosocial ou climat social des organisations. Ces caractéristiques sont regroupées dans les trois grandes dimensions décrites par Moos : la dimension relationnelle, la dimension de croissance personnelle et la dimension de maintien et changement des structures. Une analyse de ces trois grandes dimensions dans un environnement de travail permet d'évaluer le climat social de l'organisation, ainsi que de mesurer jusqu'à quel point l'environnement contribue à l'épanouissement des personnes qui y travaillent. Il semble important de remarquer que Healy (1980) comme Moos (1986) ne se limitent pas à décrire les éléments statiques qui composent l'environnement des organisations ; ils centrent leur intérêt sur le climat social de l'organisation, climat qui s'inscrit dans une approche dynamique de relations entre l'individu et l'environnement. Le climat social peut être considéré comme étant la somme et le résultat des interactions, des relations, des valeurs et des attitudes des personnes de l'organisation, autant les gestionnaires que les travailleurs. En d'autres mots, le climat est créé et construit pour les personnes présentes dans un environnement déterminé. Ce climat, comme soutient Healy (1980), est perçu et peut être décrit par les travailleurs. Ainsi, quand on veut évaluer un environnement de travail, il semble non seulement important de décrire les éléments statiques qui composent une organisation du travail, mais également il importe de demander aux travailleurs quelles sont leurs impressions par rapport à la dimension relationnelle du travail, à la dimension de croissance personnelle et à la dimension maintien et changement des structures.

Enfin, une brève conclusion ressort des idées soutenues jusqu'à maintenant. L'analyse des écrits sur le concept de l'environnement et de l'environnement de travail amène à conclure que l'environnement est très relié aux personnes, et qu'il y a une relation

mutuelle et interactive entre la personne, l'environnement et la santé. L'environnement est tout ce qui entoure la personne, lui permet de se développer ou, au contraire, ce qui l'empêche de le faire. L'environnement est multidimensionnel et changeant, cependant, presque tous les auteurs identifient deux dimensions centrales de l'environnement, la dimension naturelle ou écologique (physique / architecturale, chimique, biologique) et la dimension sociale ou psychosociale (les valeurs culturelles, les coutumes, les attitudes, les moeurs, le statut socio-économique, l'organisation sociale, etc.). Quelques-uns englobent l'environnement dans une seule grande dimension qu'ils nomment la dimension écologique (biologique, physique, socioculturel, politique et économique). Tous les auteurs, par ailleurs, proposent les mêmes aspects de l'environnement, bien que certains les considèrent dans une dimension et d'autres dans deux. Ces aspects et dimensions se retrouvent parmi toutes les institutions ou organisations où la personne humaine normalement se développe : la famille, l'école, le milieu du travail, les associations politiques et culturelles etc. Par rapport à l'environnement psychosocial ou climat social des organisations, Moos soutient qu'il y a aussi trois grandes dimensions, qu'on peut aussi appliquer au milieu de travail, soit la dimension relationnelle, la dimension de croissance personnelle et la dimension de maintien et changement des structures. Il est important de souligner la pensée de Moos quand il affirme que les environnements ont différentes personnalités, et que ce sont les personnes, par leurs valeurs individuelles et collectives, de même que par leurs interrelations entre elles, qui forgent la personnalité d'un environnement. De tout cela, il se dégage aussi que l'environnement a une influence sur les personnes, et que les personnes peuvent contribuer à créer leur propre environnement afin qu'il soit favorable à la dignité humaine, au développement et à la croissance personnelle.

Il faut retenir finalement l'influence de l'environnement sur la santé des personnes. Ainsi, il est important d'agir dans et sur les environnements afin de les rendre favorables à la santé. Selon cette perspective, les infirmières sont invitées à élargir leur conception de l'environnement afin de mieux contribuer au maintien et à la promotion de la santé des personnes, des familles, des groupes et des collectivités. La prochaine partie du texte porte sur l'environnement de travail en soins infirmiers.

Les études descriptives sur l'environnement de travail en soins infirmiers

Il existe plusieurs dizaines d'écrits sur l'environnement de travail en soins infirmiers. Parmi ces écrits, un certain nombre visent tout particulièrement à décrire les caractéristiques de l'environnement de travail en soins infirmiers. Plusieurs chercheurs ont utilisé le Work Environment Scale de Insel et Moos (1974) pour capter et décrire ces caractéristiques. Le WES permet d'identifier les caractéristiques d'un environnement selon trois dimensions : la dimension relationnelle, celle de la croissance personnelle et celle du maintien et changement des structures. Les tableaux I, II et III présentent les statistiques descriptives des études récentes qui ont utilisé cette échelle pour étudier les caractéristiques de l'environnement de travail en soins infirmiers. Il faut remarquer que les résultats peuvent être présentés selon deux formes différentes, soit des scores bruts ou des scores standards (les scores bruts sont transformés en scores standards au moyen d'une table de conversion créée par Moos en 1986). Les résultats obtenus parmi les scores bruts oscillent entre 0 et 9, pour chacune des sous-échelles. Ceux des scores standards ont un rang de 0 à 100, où 50 représente la moyenne. Des résultats élevés autant pour les scores bruts que pour les scores standards signalent des aspects positifs de l'environnement de travail, pour les caractéristiques implication, cohésion entre les pairs, soutien du supérieur, autonomie, orientation vers la tâche, clarté, innovation et confort physique des lieux. Par contre, des résultats élevés pour le contrôle et la pression ressentie au travail dénotent une perception négative de l'environnement de travail. Les résultats présentés dans les tableaux I et II montrent des variations importantes d'une étude à l'autre, ce qui indique, sans doute, la particularité de chaque environnement de travail, conséquence des personnalités et des attitudes des personnes qui le composent.

La première observation qui se dégage des tableaux I, II et III est que, dans presque toutes ces recherches, le confort physique des lieux a obtenu des scores bas, ce qui signale que les infirmières considèrent l'environnement de travail comme étant peu confortable pour y travailler. Une autre observation à l'égard des scores obtenus pour le soutien, rapporté par les pairs, est qu'ils sont plus élevés, généralement dans toutes ces études, que ceux obtenus pour le soutien de l'infirmière-chef.

Tableau I. Scores bruts du *Work Environment Scale* obtenus auprès de groupes d'infirmières d'hôpitaux de soins généraux

Etudes	Dimension relationnelle						Dimension de croissance personnelle						Dimension de maintien et changement des structures							
	Implication au travail		Cohésion entre les pairs		Soutien du supérieur		Autonomie accordée		Orientation vers la tâche		Pression ressentie au travail		Clarté		Contrôle		Innovation		Confort physique	
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S
Moos (1994) résultats normatifs auprès des employés de différents milieux de santé aux Etats-Unis, n = 4,879	5,43	2,26	5,24	1,99	4,82	2,21	5,20	1,96	5,70	2,00	5,65	2,18	4,50	1,95	5,57	1,89	3,90	2,34	3,77	2,18
Avallone (1998) inf. hôpital n = 53	6,52	2,28	6,54	1,92	5,43	2,10	6,35	1,68	6,83	1,74	5,92	2,32	5,30	2,23	5,24	1,58	5,83	2,20	4,47	2,09
Duquette (1994 a) inf. hôpital n = 25	5,72	1,40	5,64	1,63	4,68	2,06	4,12	1,83	7,28	1,40	8,32	0,90	5,72	1,40	6,40	1,35	3,68	1,84	2,84	2,19
Duquette (1993) inf. hôpital n = 27	5,4	2,0	5,5	2,2	4,6	2,6	5,0	1,5	5,6	1,8	5,0	2,1	5,7	1,8	4,2	1,8	4,6	1,6	3,6	1,9
Kérouac (1992 a) inf. hôpital n = 31	7,4	1,3	7,3	1,3	6,6	1,5	5,8	1,4	7,2	1,3	6,1	2,3	7,3	1,5	5,6	1,9	5,2	2,0	4,5	1,9
Kérouac (1992 b) n = 34	5,5	1,7	5,4	1,5	4,3	2,1	4,7	1,7	6,0	2,0	5,6	2,2	5,5	1,8	5,8	2,1	4,0	1,5	4,4	2,1
Turnipssed (1992) inf. hôpital n = 53	5,9	2,4	5,2	2,3	3,9	2,6	4,7	1,9	5,3	2,2	6,5	2,2	4,7	2,0	5,8	1,8	3,2	2,4	4,6	2,5

D'autres observations, qui peuvent se faire en examinant les tableaux I et II, sont que les scores de la dimension relationnelle, pour toutes les études auprès des infirmières oeuvrant à l'hôpital, sont semblables aux scores normatifs proposés par Moos, sauf dans la recherche de Avallone et Gibbon (1998) et dans la recherche de Kérouac, Duquette, Balbir et Sandhu (1992 a) où les scores sont sensiblement plus élevés dans toutes les dimensions. Egalement, les infirmières travaillant en santé communautaire, en psychiatrie et les infirmières gestionnaires ont des scores plus élevés pour la dimension relationnelle. Ces résultats suggèrent que ces dernières sont plus impliquées, qu'elles perçoivent une plus forte cohésion dans le groupe, de même qu'un plus grand soutien du supérieur.

Tableau II. Scores bruts du *Work Environment Scale* obtenus auprès de groupes d'infirmières de divers milieux

Etudes	Dimension relationnelle						Dimension de croissance personnelle						Dimension de maintien et changement des structures							
	Implication au travail		Cohésion entre les pairs		Soutien du supérieur		Autonomie accordée		Orientation vers la tâche		Pression ressentie au travail		Clarté		Contrôle		Innovation		Confort physique	
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S
Moos (1994) résultats normatifs auprès des employés de différents milieux de santé aux Etats-Unis, n = 4,879	5,43	2,26	5,24	1,99	4,82	2,21	5,20	1,96	5,70	2,00	5,65	2,18	4,50	1,95	5,57	1,89	3,90	2,34	3,77	2,18
Fielding (1994) inf. communautaires n = 55	7,35		5,91		6,04		6,71		5,78		5,58		4,05		3,82		6,49		3,98	
Evans (1992) inf. gestionnaires n = 135	7,13	2,24	6,89	1,95	6,68	2,04	6,73	2,12	6,11	2,40	5,72	2,31	6,20	2,14	5,22	1,96	5,69	2,73	5,67	2,38
Long (1995) professionnelles incluant des infirmières n = 9 unité de psychiatrie	8,7		7,2		6,9		6,3		7,2		3,1		7,4		4,0		4,7		3,9	
Fielding (1994) inf. hôpital psychiatrique n = 67	6,04		5,70		4,64		6,04		5,25		3,94		3,87		4,91		4,63		3,19	
Shaefer (1996) n = 399 employés en soins prolongés dont 97 infirmières			5,31	1,96			5,08	2,00					5,25	2,57						
Baker (1992) inf. de différents milieux de travail en Angleterre n=209	6,67	2,24	6,11	2,14	4,21	2,50	5,70	1,97	6,80	1,64	5,60	2,53	4,48	1,83	5,75	1,78	5,34	2,55	3,20	3,65

L'examen de la dimension de la croissance personnelle amène à constater, d'une part, que les infirmières d'hôpital et les gestionnaires ressentent une pression en milieu du travail plus élevée que celles du groupe normatif, seulement les infirmières de psychiatrie perçoivent moins de pression au travail. D'autre part, les infirmières communautaires, les gestionnaires et les infirmières de psychiatrie perçoivent plus d'autonomie que le groupe normatif. Enfin, pour la dimension du maintien et changement des structures, les infirmières d'hôpital, en général, ont des scores plus élevés pour la clarté que celles du groupe normatif ; de même, les gestionnaires et les infirmières en santé communautaire ont une meilleure perception de leur capacité d'innovation.

Tableau III. Scores Standards du *Work Environment Scale* obtenus auprès de groupes d'infirmières

Etudes	Dimension relationnelle						Dimension de croissance personnelle						Dimension de maintien et changement des structures							
	Implication au travail		Cohésion entre les pairs		Soutien du supérieur		Autonomie accordée		Orientation vers la tâche		Pression ressentie au travail		Clarté		Contrôle		Innovation		Confort physique	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
Michaud (1991) inf. hôpital n = 175	57		60		47		50		62		64		49		49		40		40	
Wilson (1989) inf. hôpital n = 15	43		56		54		60		49		60		48		36		51		37	
Wilson (1989) inf. hôpital n = 13	53		59		39		60		53		51		50		47		48		60	
Carlisle (1994) inf. hôpital et inf. communautaires n = 180	58,1	13,8	56,7	15,3	46,3	17,5	55,6	13,7	59,0	12,7	53,1	16,1	51,3	12,7	51,7	12,7	55,3	14,2	44,6	15,5
Dutcher (1994) inf. de soins à domicile n = 70	67,4	6,44	63,9	11,4	63,6	12,7	65,6	11,9	60,2	11,5	54,7	12,7	57,2	15,2	41,3	14,4	60,7	14,0	67,6	15,6
Neubauer (1988) inf. soins critiques n = 163	54	13,5	53	16,0	43	17,7	54	13,3	57	14,7	62	14,6	53	12,4	55	12,0	45	13,0	55	19,1

Ajoutons que les infirmières en psychiatrie et en santé communautaire perçoivent moins de contrôle. Ajoutons également que les infirmières en soins prolongés obtiennent des scores semblables aux scores normatifs pour toutes les dimensions évaluées. Il est intéressant d'observer que les infirmières travaillant dans différents milieux en Angleterre en comparaison au groupe normatif des Etats-Unis, sont plus impliquées, ressentent une plus grande cohésion entre elles, plus d'autonomie et d'innovation ; par contre, elles perçoivent moins du soutien de supérieur et un plus grand contrôle.

Bref, les résultats de ces études suggèrent qu'il existe des différences entre les divers milieux de travail en soins infirmiers.

Les paragraphes qui suivent s'attardent à examiner les concepts de santé mentale et bien-être psychologique.

Le bien-être psychologique et la santé mentale

Le concept de la santé a été marqué au cours des dernières années par une évolution due aux progrès scientifiques et sociaux. La santé a d'abord été considérée comme l'absence de la maladie, ainsi les programmes de santé ont été centrés sur le fait de combattre la maladie. Actuellement, les programmes de santé de plusieurs pays visent surtout la promotion et la prévention en matière de santé. Par conséquent, les définitions ou descriptions de la santé ne peuvent pas être les mêmes. Comme il a été mentionné, il y a une influence du temps sur le concept de la santé et aussi une influence culturelle, c'est-à-dire que le concept de la santé varie selon le moment et en relation à la culture propre d'un pays ou d'un continent. Tout cela pose des difficultés de conceptualisation de la santé. Dans un même ordre d'idées, on pourrait dire que le concept de la santé mentale est passé d'une connotation exclusivement négative, ou maladie mentale, à des aspects plus positifs qui ont amené à parler de santé mentale positive. Un autre concept, qui a été introduit dans le domaine de la santé aux environs des années 60, est le concept du bien-être psychologique. Ce concept a également souffert d'ambiguïtés conceptuelles et méthodologiques. Malgré ces difficultés, ce concept a pris une grande importance et on l'a utilisé dans plusieurs recherches pour mesurer le bien-être psychologique auprès de différentes populations.

Il est important afin de bien cerner le concept du bien-être psychologique de faire d'abord un examen et une analyse critique d'écrits qui définissent ou décrivent le concept de la santé mentale. Dans un premier temps, quelques définitions de la santé et de la santé mentale sont présentées, puis les différences et les similitudes entre elles sont examinées. Dans un deuxième temps, sont présentées et comparées les différentes définitions et descriptions du bien-être psychologique. Cette partie du texte se termine par une conclusion en regard des concepts examinés.

Les concepts de santé et de santé mentale

Tout d'abord, plusieurs définitions de la santé sont examinées pour permettre de circonscrire le sujet avant d'analyser plus attentivement les définitions de la santé mentale.

Des définitions de la santé

Nightingale (1885) donne la définition de la santé qui suit : « *la santé n'est pas seulement l'opposé de la maladie, ce concept signifie également la volonté de bien utiliser chaque capacité que nous avons* » (citée dans Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette et Major, 1994, p. 5).

L'organisation mondiale de la santé (OMS, 1948) rapporte la définition suivante : « *a state of complete physical, mental, and social well-being, not merely the absence of disease or infirmity* » (citée dans Johnson, 1993, p. 4).

Capra (1982) décrit la santé dans ces termes :

Health is really a multi-dimensional phenomenon involving interdependent physical, psychological and social aspect... Physical disease may be balanced by a positive mental attitude and social support, so that the overall state is one of well-being. On the other hand, emotional problems or social isolation can make a person feel sick in spite of physical fitness. These multiple dimensions of health will generally affect one another and the strongest feeling of being healthy will occur when they are well balanced and integrated (citée dans Canadian Mental Health Association, 1984, p. 18).

Il est étonnant de constater que Nightingale, en 1885, parle déjà de la santé comme quelque chose de plus que l'absence de la maladie, ce qui rejoint ici la définition donnée par l'OMS, six décennies plus tard. Nightingale stipule que ce concept englobe la volonté de bien utiliser chaque capacité que nous avons. Cette phrase invite à déceler la participation de chaque personne à son propre processus de santé, ce qui fait appel à un processus dynamique qui nécessite des capacités intellectuelles et qui se manifeste à travers des comportements. Par ailleurs, l'OMS souligne que la santé est un état, c'est-à-dire qu'il y a un sens relatif de permanence ; l'OMS ajoute qu'il s'agit d'un état de bien-être complet, aux plans physique, mental et social, le mot complet peut cependant faire penser à une situation utopique et d'une portée difficile. Les perspectives de Nightingale et de l'OMS laissent entendre que la santé est à la fois un état et un processus. En d'autres mots, la personne est en santé mais elle est susceptible de vivre des changements et dans ce sens, la santé est un processus dynamique. La définition de l'OMS (1948) est très étendue et donne

une orientation sur les caractéristiques multidimensionnelles du concept. Capra (1982) mentionne également l'aspect multidimensionnel de la santé, mais il est un peu plus explicite par rapport à l'interdépendance entre les différentes dimensions. Il semble donc qu'une dimension peut avoir une influence positive ou négative sur les autres. On peut noter également que l'idée du bien-être est présente dans les définitions de l'OMS et de Capra. Le bien-être apparaît ainsi comme un élément central de la santé, il peut être d'ordre physique, mental et social.

Il importe également de souligner que toutes les définitions de la santé incluent l'aspect mental de la santé. Les lignes qui suivent s'attardent aux définitions et descriptions de la santé mentale, de même qu'à son analyse.

Des définitions de la santé mentale

Suite à un examen attentif des écrits, cinq définitions de la santé mentale ont été retenues et sont ici présentées selon un ordre chronologique.

Dès 1950, Marmor et Pumpion-Mundlin décrivent la santé mentale comme « *as that state in the interrelationship of the individual and his environment in which the personality structure is relatively stable, and the environmental stresses are within its absorptive capacity* » (citée dans Shives, 1994, p. 4). Ainsi, Marmor et Pumpion-Mundlin (1950) soutiennent que la santé mentale est un état où la personnalité équilibrée de l'individu permet de s'adapter aux exigences de l'environnement.

Jahoda (1958) a fait une révision des écrits sur les concepts de la santé mentale positive selon le point de vue psychologique. Après cette révision elle retient six dimensions de la santé mentale d'une personne : 1.- les attitudes d'un individu face à lui-même ; 2.- le degré d'auto - actualisation ; 3.- l'intégration personnelle ; 4.- l'autonomie personnelle ; 5.- la perception de l'individu de la réalité ; 6.- la capacité de l'individu en regard de l'environnement. D'ailleurs, elle souligne que la santé mentale est particulière à chaque individu, c'est-à-dire personnelle. Elle ajoute que l'environnement social ou la

culture peut conduire à la santé ou à la maladie. En analysant les six dimensions proposées par Jahoda pour évaluer l'état de la santé mentale, on peut dire qu'elles sont centrées sur les caractéristiques individuelles de chaque personne. En ce sens, on peut les comparer avec celles proposées par Marmor et Pumpion-Mundlin (1950) de la personnalité équilibrée.

The American Psychiatric Association (1980) s'exprime dans ces termes, « *Mental health is a simultaneous success at working, loving and creating with the capacity for mature and flexible resolution of conflicts between instincts, conscience, important other people and reality* » (citée dans Shives, 1994, p.4). Si l'on examine cette définition on voit qu'elle donne comme indicateurs de santé mentale, le succès des personnes dans les différents domaines de la vie et la capacité de résolution des conflits. En d'autres mots, elle met l'accent sur le comportement des individus. Cet aspect peut être retrouvé dans les descriptions de Marmor et Pumpion-Mundlin (1950) quand ils parlent de s'adapter aux exigences de l'environnement et dans quelques dimensions de Jahoda (1958) telles, le degré d'auto - actualisation, l'autonomie personnelle et la capacité de l'individu en regard de l'environnement.

Plus récemment, des organismes québécois ont proposé des descriptions de la santé mentale. Le Comité de la santé mentale du Québec (1989) exprime ce qui suit :

La santé mentale, définie brièvement comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne. La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives dominantes dans un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques (citée dans Blanchet et coll., 1993, p. 7-8).

Cloutier (1994) en se référant au concept de santé mentale écrit que la santé mentale correspond à un processus dynamique, résultant de facteurs biologiques,

psychologiques et sociaux, en interaction constante. Elle est déterminée sur le plan culturel, dans le temps et l'espace. Elle dépend de conditions plus ou moins favorables, personnelles et collectives. Elle reconnaît certains critères fondés sur l'intégration de la personnalité ainsi que sur la capacité d'affronter les difficultés et de résoudre les problèmes de l'existence.

La dernière définition proposée par Cloutier (1994) se rapproche par certains aspects des définitions proposées par Mamor et Pumpion-Mundlin (1950), Jahoda (1958) et The American Psychiatric Association (1980) puisqu'elle fait référence aux aspects de la personnalité, ainsi qu'à la capacité d'affronter les difficultés et de résoudre les problèmes. On met l'insistance ici sur le comportement des personnes. Cloutier souligne aussi les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui influencent la santé. Il signale également qu'il s'agit « d'un processus dynamique », ce qui semble en opposition avec ceux que soutiennent qu'il s'agit « d'un état ». En effet, le Comité de la santé mentale du Québec affirme qu'il s'agit « d'un état d'équilibre psychique », un peu plus tard, ils ajoutent, sur les facteurs qui influencent la santé, ce qui suit : « ces facteurs sont en évolution continue et s'intègrent de façon dynamique chez la personne (...) » ; en prenant cette orientation, on peut affirmer que les deux positions vont dans le même sens. Cloutier fait remarquer finalement que la santé mentale est déterminée sur le plan culturel dans le temps et l'espace.

Dans un premier examen de cet ensemble de définitions, on peut dire qu'à l'instar de Jahoda qui est le premier auteur qui se réfère à la santé mentale en termes de santé mentale positive, toutes les définitions ont une formulation positive, puisqu'aucune d'elles ne mentionne d'aspects négatifs de la santé mentale, comme les symptômes psychiatriques. Une autre caractéristique commune à toutes ces définitions est qu'on trouve, d'une façon ou d'une autre, la notion de relations des individus avec leur environnement.

De l'analyse de ces définitions, il ressort que les caractéristiques qui permettent d'évaluer l'état de la santé mentale se trouvent à trois niveaux : 1.- le bien-être subjectif (émotionnel) ; 2.- l'emploi optimum des capacités intellectuelles (cognitif) ; 3.- l'aspect comportemental (relationnel). Par ailleurs, la santé mentale s'inscrit dans un état évolutif

influencé par des facteurs d'ordre biologique (génétique et physiologique), psychologique et social (culturel, environnemental, économique, politique, les valeurs - personnelles et collectives -). Bref, la santé mentale concerne l'équilibre psychique de la personne, équilibre qui s'exprime par la capacité d'utiliser ses ressources émotionnelles, cognitives et relationnelles qui permet de ressentir un état de bien-être et d'adopter des comportements appropriés.

Le concept du bien-être psychologique

Le concept du bien-être a été utilisé par différentes disciplines comme l'éthique, la théologie, la politique, l'économie. La psychologie a commencé dernièrement à l'employer et à essayer de le définir selon sa perspective. Huit descriptions du bien-être ont été retenues et sont exposées selon un ordre chronologique dans le texte qui suit.

Gurin, Veroff et Feld (1960) écrivent sur le bien-être psychologique dans les termes suivants : «*self-reported happiness, worries and tensions, fears of a nervous break-down, self-reports of diagnosed psychiatric disorder, and a checklist of psychophysiologic symptoms* » (citée dans George, 1981, p.347). Dans cette définition, on peut remarquer les aspects positifs et négatifs, et l'aspect subjectif du bien-être psychologique. Cette perspective rejoint les résultats de l'étude empirique de Bradburn (1969) qui démontrent les deux dimensions du bien-être, soit les émotions positives et négatives.

Bradburn (1969) affirme que le concept moderne de santé mentale se réfère au concept subjectif du bien-être. Cette affirmation contraste avec les écrits de Jahoda (1958) qui rapportent que le concept de bien-être, fréquemment utilisé comme critère de santé mentale, ne peut pas être utilisé comme unique critère d'évaluation de la santé mentale. Auparavant, on a mentionné que Bradburn (1969) arrive à la conclusion, après une étude empirique en mesurant les impressions de bonheur et de satisfaction à partir d'un questionnaire, qu'il y a deux dimensions indépendantes dans la structure du bien-être psychologique, les émotions positives et négatives. Ces émotions sont reliées à différentes variables. Les émotions positives sont associées à des niveaux élevés de relations sociales, d'éducation et de possibilités d'avoir de nouvelles expériences ; par contre, les émotions négatives sont reliées à l'anxiété, à la peur et aux symptômes de maladies mentales. Il a

trouvé également que la satisfaction (sic) dans le travail et les sentiments de développer un rôle non approprié dans le travail sont reliés aux émotions négatives dans toutes les catégories professionnelles. A la différence de Jahoda (1958), qui centre son analyse sur les caractéristiques individuelles, Bradburn (1969) centre son étude sur la perspective de la psychologie sociale, c'est-à-dire qu'il considère la personne dans le processus social de la vie quotidienne. Les résultats de l'étude de Bradburn (1969) ont été répliqués par d'autres chercheurs (Beiser, 1974 ; Cherlin & Reeder, 1975 ; Phillips, 1967 ; Warr, 1978).

Andrews et Withey (1976), après une recherche empirique, ajoutent l'évaluation cognitive aux deux dimensions du bien-être proposées par Bradburn (1969). Il semble que l'évaluation cognitive est l'élément qui permette d'évaluer ces émotions positives et négatives. Ainsi l'évaluation cognitive peut ne pas être considérée comme une autre dimension du bien-être, puisqu'elle réfère à la capacité d'interpréter ces émotions. Par ailleurs, Andrews et Withey (1976) ont démontré la différence qui existe entre le court et le long termes en regard de la stabilité des auto-rapports de bien-être des individus.

En 1981, George soutient que le concept subjectif de bien-être a souffert d'ambiguïtés conceptuelles et de problèmes méthodologiques, et que les deux grands domaines de recherche qui ont conceptualisé le mieux le bien-être - la recherche d'épidémiologie sociale en santé mentale et la recherche en gérontologie - sont d'accord à dire que c'est un phénomène subjectif relié à différentes conditions objectives de la vie. George (1981) ajoute que le bien-être est un construit complexe et multidimensionnel, qui peut seulement être conceptualisé en termes d'indicateurs spécifiques. Les quatre indicateurs qu'il suggère sont : 1.- la satisfaction de la vie ; 2.- le bonheur ; 3.- le bon moral ; 4.-les symptômes psychiatriques (qui mesurent la dimension négative du bien-être). Parmi les indicateurs proposés par George (1981) on trouve la satisfaction de la vie et le bonheur aussi utilisés dans l'étude de Bradburn (1969) pour déterminer la structure du bien-être.

Perrault (1987) exprime sur le bien-être psychologique ce qui suit : une force dynamique aux multiples composantes telles que l'énergie, le contrôle des émotions,

l'humeur générale, l'intérêt face à la vie, le stress ressenti, la perception de l'état de santé et l'isolement émotionnel. Cette définition rapporte l'aspect multidimensionnel souligné par les derniers auteurs, ainsi que les composantes positives et négatives du bien-être. Perrault (1987) écrit « une force dynamique » ce qui peut confronter l'idée « des émotions » proposée par Bradburn (1969) et Andrews et Withey (1976), mais en analysant les composantes de cette force dynamique, on voit qu'il s'agit aussi d'aspects émotionnels comme l'humeur, la perception du stress ou de l'état de santé, l'isolement émotionnel, etc..

Lambert, Lambert, Klipple et Mewshaw (1990) soutiennent que : « *Le bien-être psychologique peut être considéré comme la croyance de se sentir bien, c'est-à-dire de se sentir apte à composer efficacement avec les événements stressants de l'environnement* » (citée dans Harrison, 1995, p.22). Lorsqu'on analyse cette définition, il peut sembler qu'elle fait référence au comportement, mais une observation plus attentive permet de voir que le concept du bien-être reste au niveau des émotions, parce qu'on dit « de se sentir apte à composer efficacement (...) ». On peut penser que les émotions précèdent les comportements et qu'elles doivent être positives pour pouvoir agir efficacement. D'ailleurs, ces auteurs mettent l'accent sur le bien-être en regard des événements stressants de l'environnement, tandis que Bradburn (1969) fait référence à tous les événements de la vie quotidienne.

Le dictionnaire de la langue française (Encyclopédie et noms propres, 1990) dit : « *Bien-être. 1.- Etat agréable du corps et de l'esprit. Eprouver une sensation de bien-être total. (...). De bien, et être ; 1555* » (p. 134). Cette définition rejoint l'idée portée par tous les auteurs que le bien-être se situe au niveau des émotions. Cette définition met l'insistance sur « l'état » agréable qui englobe toute la personne, cette notion d'état se distingue d'autres conceptualisations du bien-être. En effet, il semble y avoir une confrontation entre les auteurs qui soutiennent l'idée « d'état », ceux qui parlent de « force dynamique » et ceux qui s'attardent aux différences entre le long et le court termes en regard du bien-être. Ce même dilemme a déjà été présenté en regard des concepts de santé et de santé mentale. Par contre, on a déjà vu qu'il n'existe pas réellement de confrontation, parce qu'une personne

peut ressentir un état de bien-être, mais elle peut aussi vivre des changements, et dans ce sens, on dit que le bien-être est dynamique.

Stewart et Ware (1992) définissent le bien-être dans les termes suivants : « *subjective bodily and emotional states ; how an individual feels ; a state of mind distinct from functioning which pertains to behaviors and activities* » (p.410). Ces auteurs réaffirment les aspects auparavant nommés, tels l'état émotionnel et la subjectivité dans l'évaluation du bien-être, ils soutiennent également qu'il s'agit d'un phénomène complètement différent des activités ou des comportements des personnes. Cette remarque est importante, puisqu'elle permet de le différencier, entre autres aspects, du concept de la santé mentale qui comporte l'aspect comportemental.

On peut dire, en regard de l'ensemble des définitions et des descriptions analysées, que le bien-être est un construit complexe, étendu, et multidimensionnel, qu'il fait référence aux émotions positives et négatives, que celles-ci sont indépendantes, et que le bien-être résulterait du bilan entre les émotions positives et négatives. Le bien-être est un état subjectif et il y a une référence temporelle qui fait que cet état entre dans un processus dynamique. Il est différent du fonctionnement ou du comportement des personnes. Il est un bon indicateur de l'état de santé mentale. Bref, le bien-être psychologique est une auto-évaluation cognitive et subjective des émotions positives et négatives par rapport à des conditions individuelles et sociales de la vie quotidienne. Les émotions se réfèrent au bonheur, à la satisfaction, à l'humeur, à l'intérêt, à l'énergie, de même qu'à des réactions émotionnelles comme la tension, le stress, la peur, l'anxiété et l'isolement.

Bref l'examen des écrits amène à constater quelques éléments communs aux trois concepts de la santé, de la santé mentale et du bien-être. Les éléments communs sont l'aspect multidimensionnel, l'aspect d'état dans un processus dynamique et le fait que ces phénomènes s'inscrivent dans une relation de la personne avec son environnement (social, culturel, économique etc.).

Le concept de la santé inclut les deux concepts de la santé mentale et du bien-être. Le concept de la santé mentale inclut, à la fois, le bien-être subjectif, l'utilisation adéquate des capacités intellectuelles et l'aspect du comportement. Le bien-être se situe au niveau des émotions, il est subjectif, il est différent du comportement et il est un indicateur majeur de l'état de santé mentale, quoiqu'il ne soit pas le seul.

On a signalé également la difficulté liée à la conceptualisation de ces phénomènes et aussi, dans le cas du bien-être, d'identifier des variables qui le mesurent bien. Plusieurs auteurs ont également fait cette remarque (Acton, 1994 ; O'Rourke, 1986 ; Wilcock, van der Arend, Darling, Scholz, Siddall, Snigg & Stephens, 1998). La difficulté de conceptualisation peut également s'expliquer par la complexité de la personne humaine, où il n'y a pas de compartiment et où tout s'intègre. Malgré ces difficultés, il est important d'examiner le bien-être parce qu'il reflète l'état de santé des personnes et aussi la perception que chaque personne a de son état de santé.

Les études descriptives du bien-être psychologique des infirmières

Les lignes qui suivent présentent les quelques études qui ont utilisé l'échelle «Votre bien-être » ou « Bien-être Santé Québec » (BESQ) pour mesurer le bien-être psychologique chez les infirmières du Québec. Cette échelle, de 14 énoncés, a été utilisée pour la première fois dans l'enquête de Santé Québec en 1987 auprès d'une population de 24,370 québécois (taux de réponse 81%). Dans l'enquête de Santé Québec, 71% de la population présentait une bonne forme psychologique (Guyon et Levasseur, 1991). En comparaison avec ces résultats, Savignac (1993) obtenait que 47% des infirmières de soins de longue durée étaient en bonne forme psychologique, par contre Harrison (1995) rapportait que seulement 25% des infirmières de médecine-chirurgie étaient en bonne forme psychologique, de même Thomas (1996) rapporte que, pour les infirmières de la salle d'opération, seulement 15,9% étaient en bonne forme psychologique. Le pourcentage plus élevé rapporté par Savignac peut être attribuable à un petit échantillon de convenance parmi les infirmières de soins prolongés. Il importe de mentionner que les études de Harrison (1995) et Thomas (1996) ont été réalisées auprès d'échantillons aléatoires parmi l'ensemble

des infirmières du Québec. Ces résultats suggèrent que les infirmières du Québec ont des niveaux inférieurs de bien-être en comparaison avec la population générale du Québec.

Les relations entre l'environnement de travail et la santé mentale des infirmières

Cette partie du texte s'attarde aux études empiriques qui examinent les relations entre l'environnement de travail et la santé mentale des infirmières, d'abord quelques réflexions sur la relation entre l'environnement et la santé sont exposées.

L'environnement et la santé

Moos (1974) soutient qu'il n'est pas possible de bien comprendre le comportement de l'être humain sans avoir d'information sur son environnement. Il a démontré, d'ailleurs, dans une étude empirique auprès de militaires que la perception du climat social a des effets sur leur comportement, leur humeur et leur état d'anxiété. Insel et Moos (1974) suggèrent que l'environnement social peut jouer un important rôle dans l'état de santé des individus. Ils ajoutent que l'étude de l'environnement social et ses effets sur la santé est un domaine de recherche relativement nouveau. Dans le même sens, Schwab et Schwab (1978) (cités par Insel, 1980, p. 161) soutiennent, après une révision étendue des écrits, que les variables de l'environnement peuvent influencer la santé mentale. Quelques années plus tard, Green et Baker (1991) affirment également que l'environnement physique et psychosocial ont une influence sur la santé des travailleurs. Dans un même ordre d'idées, Duquette et coll. (1997) rapportent ce qui suit « *le contexte du travail, ses ressources, son organisation et les politiques de gestion exercent également une influence importante sur le bien-être et la santé du travailleur* » (p. 273). Plusieurs théoriciens de différentes disciplines (Caplan, 1974 ; Erickson, 1975 ; Killilea, 1976 ; Weiss, 1974) (cité par Insel, 1980, p.43) ont suggéré l'importance du soutien social (variable incluse dans la dimension relationnelle de l'environnement) pour le bien-être des individus.

Les études corrélatives utilisant des indicateurs négatifs de santé mentale

Des indicateurs négatifs de santé mentale, soit l'épuisement professionnel ou les symptômes psychologiques, ont souvent été utilisés pour examiner les relations entre l'environnement de travail en soins infirmiers et la santé mentale des infirmières. Le texte qui suit fait état des recherches qui ont examiné ces variables.

L'environnement du travail et l'épuisement professionnel chez les infirmières

Les recherches qui suivent ont visé à établir les caractéristiques de l'environnement de travail qui sont liées à l'épuisement professionnel, l'épuisement est considéré comme un indicateur négatif de la santé mentale au travail. L'épuisement est caractérisé par un ensemble de réactions psychiques négatives liées au stress continu en milieu de travail. Ces réactions se regroupent généralement autour de trois dimensions : l'épuisement émotionnel (sentiment d'être vidé ou exténué par le travail), la dépersonnalisation (réaction d'indifférence à l'égard des patients) et le manque d'accomplissement personnel dans son travail (Bédard et Duquette, 1998). Bien que l'épuisement professionnel des infirmières ait fait l'objet d'un grand nombre d'écrits, Duquette, Kérouac, Sandhu et Beaudet (1994 b) en ont recensé plus de 300, ici, seules les études corrélatives sont exposées.

La relation entre l'environnement de travail, le soutien social et l'épuisement professionnel des infirmières, d'un hôpital de l'armée Américaine, a été étudiée par Constable et Russell (1986). L'échantillon a été constitué par toutes les infirmières disponibles au moment de l'enquête n=391 (taux de réponse 79%). Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire auto-administré. Les instruments utilisés ont été The Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach et Jackson (1981) pour évaluer l'épuisement professionnel ; The Work Environment Scale de Insel et Moos (1974) pour évaluer l'environnement de travail. Le soutien social a été évalué à l'aide d'une échelle développée par House et Wells (1981). Les facteurs de prédiction des trois dimensions de l'épuisement professionnel du MBI ont été un travail peu attrayant dans les caractéristiques suivantes : autonomie, orientation vers la tâche, clarté, innovation et confort physique des lieux, ainsi

que la pression ressentie au travail et le manque de soutien social. L'ensemble de tous ces facteurs de prédiction et les variables démographiques expliquent 53% de la variance de l'épuisement émotionnel des infirmières. Un résultat à remarquer est qu'un soutien important de l'infirmière-chef semble être un facteur modérateur de l'épuisement émotionnel en regard des aspects négatifs de l'environnement de travail.

Michaud (1991) a étudié la relation entre les caractéristiques de l'environnement de travail et l'épuisement professionnel, auprès d'un échantillon de convenance de 230 infirmières (taux de participation 81%) oeuvrant en service d'urgence de six hôpitaux universitaires francophones de la région de Montréal. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire auto-administré, qui comportait l'échelle du burnout des professions d'aide (traduction de Pelletier du Maslach Burnout Inventory de Maslach et Jackson, 1981); l'échelle de l'environnement de travail (traduction de Michaud du Work Environment Scale de Insel et Moos, 1974); et un questionnaire de caractéristiques individuelles élaboré par Michaud. Les résultats de cette étude montrent, d'une part, que les infirmières oeuvrant en service d'urgence ont un degré d'épuisement professionnel qui se situe de modéré à élevé et, d'autre part, qu'il y a une corrélation significative entre quatre caractéristiques de l'environnement de travail (la pression ressentie au travail, l'implication, le soutien de l'infirmière-chef et le confort physique des lieux) et l'épuisement professionnel. Ces corrélations varient selon les dimensions étudiées; quelques unes sont positives ($r = 0,448$; $p \leq 0,05$) entre la pression ressentie au travail et la fréquence de l'épuisement émotionnel, ainsi que entre le soutien de l'infirmière-chef et l'intensité de l'accomplissement personnel (dimension de l'épuisement professionnel) ($r = 0,147$; $p \leq 0,05$); d'autres corrélations sont négatives ($r = - 0,250$; $p \leq 0,05$) entre l'implication et l'intensité de l'épuisement émotionnel et entre le confort physique des lieux et la fréquence de la dépersonnalisation (dimension de l'épuisement professionnel) ($r = - 0,132$, $p \leq 0,05$). Cette recherche rejoint les résultats obtenus par Constable et Russell (1986) par rapport à la cohésion entre les pairs, cette sous-échelle n'étant pas reliée à l'épuisement professionnel. Signalons que dans cette étude, les infirmières qui ont entre trois et cinq ans d'expérience expriment davantage de manifestations d'épuisement professionnel.

L'étude réalisée par Turnipseed (1994) a visé à déterminer quels sont les facteurs de l'environnement de travail qui prédisent l'épuisement professionnel des infirmières et des infirmières auxiliaires d'un hôpital urbain. L'échantillon aléatoire a été constitué par 115 personnes. Les outils de mesure ont été le Work Environment Scale (Insel & Moos, 1974) pour évaluer les caractéristiques du milieu de travail et le Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1986) pour mesurer le degré d'épuisement professionnel. Les résultats montrent que la cohésion entre les pairs, la pression ressentie au travail et la clarté expliquent 24% de la variance de l'épuisement émotionnel, le soutien de l'infirmière-chef et l'autonomie expliquent 17% de la dépersonnalisation, enfin l'autonomie explique 12% de l'accomplissement personnel (dimension de l'épuisement professionnel). Malgré que l'échantillon était aléatoire, le fait que les infirmières appartiennent à un seul hôpital limite la généralisation des résultats. En plus, tous les sujets étaient des femmes. Les hommes et les femmes peuvent percevoir leur environnement de travail de façon différente et leur réponse à l'épuisement professionnel peut sans doute varier.

Il ressort des résultats de ces trois études que neuf des dix caractéristiques de l'environnement de travail proposées par Insel et Moos (1974) sont corrélées à l'épuisement professionnel. En effet, la pression ressentie au travail et le soutien du supérieur sont retenus dans les trois recherches ; l'autonomie, la clarté et le confort physique des lieux se dégagent de deux d'entre elles ; enfin, une étude retient également l'innovation, l'orientation vers la tâche, l'implication et le soutien des pairs. Dans ces études la seule caractéristique qui n'a pas été corrélée à l'épuisement professionnel a été le contrôle en milieu de travail.

Le soutien au travail et l'épuisement professionnel

Comme il a été mentionné auparavant, le soutien au travail peut être considéré comme un aspect important de l'environnement de travail en soins infirmiers ; quatre études se sont attardées à examiner les relations entre le soutien au travail et l'épuisement professionnel : voici les faits saillants de ces études.

Hare, Pratt et Andrews (1988) ont examiné les facteurs de prédiction de l'épuisement professionnel, auprès d'un échantillon de convenance composé de 600 infirmières, infirmières auxiliaires et aides soignantes (taux de participation 52%). Cette recherche s'est déroulée dans des milieux de soins de longue durée et de soins aigus pour des personnes âgées. L'échelle Work Relationships Index (WRI), cette échelle est une partie du Work Environment Scale de Insel et Moos (1974), a été utilisée pour mesurer l'implication, la cohésion entre les pairs et le soutien du supérieur. L'épuisement professionnel a été mesuré à l'aide du Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981). Un questionnaire auto-administré a servi à faire la collecte des données. Les résultats montrent que quand les scores globaux du WRI augmentent la fréquence de l'épuisement émotionnel (dimension du MBI) diminue ; les scores globaux du WRI expliquent 30,5% de la variance de la fréquence de l'épuisement émotionnel et 13,4% de l'intensité de l'épuisement émotionnel. D'autres résultats de cette recherche montrent que le rôle professionnel et le quart de travail n'ont pas été des facteurs de prédiction de l'épuisement professionnel. Une des limites de cette étude est l'utilisation d'un échantillon de convenance qui ne permet pas la généralisation des résultats.

Morissette en 1993 a étudié, parmi d'autres variables, la relation entre le soutien au travail et l'épuisement professionnel auprès d'un échantillon aléatoire de 300 infirmières francophones oeuvrant dans les unités de soins intensifs au Québec. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire auto-administré, ayant obtenu un taux de réponse élevée : 81,1%. Les instruments utilisés ont été l'échelle de l'épuisement professionnel pour le personnel de la santé (EEP-PS) Duquette et Kérouac, 1992, traduction en langue française du Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) de Jones, 1980 et la traduction et adaptation française (Michaud, 1991) du Work Relationship Index (Insel & Moos, 1974), pour mesurer le soutien en milieu du travail. Les résultats montrent que les infirmières de soins intensifs présentent un degré relativement faible d'épuisement professionnel, d'ailleurs ces infirmières perçoivent un soutien relativement élevé dans leur milieu du travail. Il existe une corrélation significative et négative entre les scores globaux de l'épuisement et ceux du soutien en milieu de travail ($r = - 0,40$, $p = 0,000$). Également, il y a des corrélations significatives et négatives entre les scores globaux de l'épuisement et

chacune des sous-échelles du WRI, soit le soutien de l'infirmière-chef ($r = - 0,32$, $p = 0,000$), l'implication à la tâche ($r = - 0,29$, $p = 0,000$) et la cohésion entre les pairs ($r = - 0,25$, $p = 0,000$). En plus, l'implication à la tâche explique 13% de la variance de l'épuisement professionnel.

Une partie de l'étude de Saulnier (1993) a visé à vérifier l'influence du soutien au travail sur l'épuisement des infirmières franco-québécoises en gériatrie. Il a constitué une échantillon aléatoire simple de 1990 infirmières (taux de participation de 77,6 %). Les instruments de mesure utilisés ont été l'échelle de l'épuisement professionnel pour le personnel de la santé (EEP-PS) Duquette et Kérouac, 1992, traduction en langue française du Staff Burnout Scale for Health Professionals de Jones, 1980 et l'échelle de Soutien au travail (EST), une traduction et adaptation de Michaud (1991) de deux sous-échelles du Work Environment Scale de Insel et Moos (1974), soit la cohésion entre les pairs et le soutien de l'infirmière-chef. L'auteur a utilisé un questionnaire auto-administré pour la collecte des données. Les résultats montrent que pour l'ensemble des infirmières en gériatrie le degré d'épuisement est de faible à modéré ; également, la cohésion entre les pairs et le soutien de l'infirmière-chef sont perçus par les infirmières à un degré modéré. Des corrélations significatives et négatives ont été obtenues entre le soutien de l'infirmière-chef et les scores globaux de l'épuisement professionnel ($r = - 0,40$; $p = 0,000$) et entre la cohésion entre les pairs et les scores globaux de l'épuisement ($r = - 0,39$; $p = 0,000$). Ce dernier résultat diffère des résultats obtenus par Contable et Russel (1986) et Michaud (1991), puisqu'ils n'ont pas trouvé de corrélation entre la cohésion entre les pairs et l'épuisement professionnel.

Le but de l'étude de Duquette, Kérouac, Sandhu, Ducharme et Saulnier (1995 c) a été d'identifier les déterminants de l'épuisement professionnel des infirmières francophones en gériatrie au Québec. Ils ont utilisé une version adaptée du modèle théorique de Kobasa comme cadre de référence pour cette recherche. L'échantillon aléatoire a été composé par 1990 infirmières (taux de réponse de 77,6%); parmi d'autres variables, ils ont étudié le soutien au travail. Les instruments de mesure ont été la traduction en français (Kérouac et Duquette, 1992) du Staff Burnout Scale for Health Professionals (Jones, 1980) pour évaluer

l'épuisement professionnel et la version française (Michaud, 1991) du Work Relationship Index (Insel & Moos, 1974) pour mesurer le soutien en milieu de travail. Les résultats montrent que le soutien au travail explique 2% de la variance de l'épuisement professionnel. En effet, le soutien du supérieur ($\beta = - 0,10$, $p < 0,001$) a été un déterminant de l'épuisement professionnel, de même que le soutien entre les pairs ($\beta = - 0,10$, $p < 0,001$). Par rapport aux variables sociodémographiques, seul le fait de travailler à temps plein a contribué significativement à l'épuisement professionnel ($\beta = 0,05$, $p < 0,05$). Une limite des études examinées jusqu'à ce moment est l'utilisation d'un devis transversal ; les écrits suggèrent l'utilisation d'un devis longitudinal, du fait que l'épuisement peut connaître une évolution progressive.

Bref, il ressort de ces recherches que les trois composantes de la dimension relationnelle soit l'implication, le soutien de l'infirmière-chef et la cohésion entre les pairs sont associés ou sont des facteurs de prédiction de l'épuisement professionnel. D'autres résultats rapportés par ces recherches sont que différents facteurs objectifs de l'environnement tels que le rôle professionnel, le quart de travail, le type d'unité ou être exposé aux patients avec un pronostic sombre semblent ne pas être associés à l'épuisement professionnel. Seulement, Duquette et coll. (1995 c) observent que le statut d'emploi (travailler à temps plein) est un prédicteur de l'épuisement professionnel.

L'environnement du travail et les symptômes psychologiques

Les études qui sont présentées maintenant s'attardent aux manifestations psychologiques négatives comme l'anxiété ou l'humeur dépressive qui peuvent apparaître comme étant liées aux caractéristiques de l'environnement de travail.

L'étude réalisée par Mohl, Denny, Mote et Coldwater (1982) avait comme objectif de décrire l'environnement du travail et les symptômes de détresse tels que perçus par des infirmières de deux unités de médecine générale ($n = 38$) et d'autres de deux unités de soins intensifs ($n = 30$) d'un hôpital de San Antonio (Texas). Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire auto-administré qui incluait les échelles Work Environment

Scale (Insel & Moos, 1974) et Symptom Distress Check List (SCL-90) (Derogatis, Lipman and Covi, 1973), cette dernière échelle permet d'évaluer les symptômes somatiques, la sensibilité interpersonnelle, les symptômes dépressifs et l'anxiété. Les résultats montrent qu'il y a des différences statistiquement significatives par rapport aux perceptions de l'environnement du travail entre les quatre unités. Les scores obtenus au Symptom Distress Check List sont bas, ce qui laisse croire que les infirmières de toutes les unités ont un léger niveau de détresse. Les auteurs concluent que le soutien du supérieur est le déterminant majeur du niveau de détresse. Ils arrivent aussi à la conclusion, en étudiant d'autres aspects comme le type d'unité de soins, que le type d'unité de soins n'est pas relié au niveau de détresse. Quoique les auteurs affirment que les instruments de mesure ont une bonne fidélité et validité, une limite de cette étude est ne pas avoir rapporté les tests statistiques requis.

La recherche réalisée par Turnipseed (1992) avait pour but d'étudier les relations entre les caractéristiques de l'environnement et l'anxiété des infirmières et des infirmières auxiliaires d'un hôpital général urbain. L'échantillon aléatoire a été constitué par 125 femmes, qui ont complété un questionnaire auto-administré. Les instruments de mesure utilisés ont été le Work Environment Scale (Insel & Moos, 1974) et le State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1983), cette échelle permet d'évaluer l'anxiété situationnelle et l'anxiété de personnalité. Les résultats montrent que les scores du STAI ressemblent à ceux obtenus par la population générale de femmes adultes travailleuses. Par ailleurs, des corrélations significatives et négatives ont été obtenues entre l'anxiété situationnelle, ainsi que l'anxiété de personnalité, avec différentes caractéristiques de l'environnement de travail, soit l'implication ($r = - 0,31$, $r = - 0,28$, $p < 0,01$), la cohésion entre les pairs ($r = - 0,29$, $r = - 0,30$, $p < 0,01$), le confort physique des lieux ($r = - 0,23$, $r = - 0,29$, $p < 0,01$), et la clarté ($r = - 0,25$, $p < 0,01$) ; également des corrélations significatives et positives avec la pression ressentie au travail ($r = 0,26$, $r = 0,25$, $p < 0,01$). Une des limites de cette recherche est que l'échantillon a été composé uniquement de femmes, ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble de la population.

Fielding et Weaver (1994) ont comparé les perceptions de l'environnement de travail et de la santé psychologique des infirmières oeuvrant en santé mentale en milieu hospitalier et en milieu communautaire. L'échantillon de convenance a été constitué par 67 infirmières d'hôpital et 59 de santé mentale communautaire de North Humberside (Angleterre). Les instruments de mesure ont été l'échelle du Work Environment Scale, Form R (Insel & Moos, 1974) pour évaluer le climat social de l'environnement et les échelles Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1986) et General Health Questionnaire -12 (GHQ - 12) (Goldberg, 1978) pour évaluer la tension psychologique. La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire auto-administré. Les résultats rapportent, d'une part, qu'il n'y a pas de différence entre les groupes par rapport aux scores du MBI et GHQ -12 qui mesuraient la tension psychologique, mais il y en a une par rapport aux perceptions de leur environnement de travail ; les infirmières d'hôpital perçoivent plus négativement leur environnement que celles du milieu communautaire. D'autre part, il y a des corrélations significatives, parmi les deux groupes, entre les scores du WES et ceux des MBI et GHQ. Les corrélations les plus remarquables sont, dans le groupe des infirmières d'hôpital, les corrélations significatives et négatives entre l'implication au travail et trois mesures de la tension psychologique ($r = - 0,29$ {GHQ}, $p < 0,02$; $r = - 0,29$ {MBI, dépersonnalisation}, $p < 0,02$; $r = - 0,32$ {MBI, épuisement émotionnel}, $p < 0,02$) ; ainsi qu'entre le soutien de l'infirmière-chef et deux mesures de la tension psychologique ($r = - 0,27$ {MBI, dépersonnalisation}, $p < 0,05$; $r = - 0,26$ {MBI, épuisement émotionnel}, $p < 0,05$) et le contrôle et l'innovation avec une mesure de la tension psychologique ($r = 0,30$ {MBI, épuisement émotionnel}, $p < 0,02$; $r = -0,25$ {MBI, dépersonnalisation}, $p < 0,05$,). Parmi les infirmières de santé communautaire, la pression ressentie au travail et le confort physique ont été corrélés avec l'épuisement émotionnel (sous-échelle de MBI) ($r = 0,32$, $p < 0,02$; $r = - 0,32$, $p < 0,02$, respectivement) ; en plus, le confort physique des lieux a été corrélé avec la dépersonnalisation (sous-échelle de MBI) ($r = - 0,32$, $p < 0,02$). Enfin, les auteurs de cette recherche soutiennent que la clarté et l'orientation vers la tâche contribuent également au bien-être psychologique des infirmières parmi les deux groupes, ayant des corrélations significatives et négatives avec les mesures de tension psychologique. Ajoutons qu'aucune corrélation significative n'a été trouvée entre la cohésion des pairs et la tension psychologique auprès des infirmières des deux milieux. Parmi les limites de l'étude se

trouvent le devis transversal, l'échantillonnage de convenance et l'absence d'information sur les caractéristiques métrologiques des instruments de mesure.

La recherche de Schaefer et Moos (1996) est une étude, utilisant un devis longitudinal à deux temps de mesure à huit mois d'intervalle, qui vise à examiner les relations entre les stressseurs du travail, le climat du travail, le moral et le fonctionnement des employés. L'échantillon final a été composé de 399 travailleurs en soins prolongés dont 97 infirmières de la Californie (Etats-Unis). Un questionnaire auto-administré a été utilisé pour la collecte des données. Les instruments de mesure utilisés ont été quatre sous-échelles du Work Stress Inventory (WSI) de Schaefer et Moos (1993) pour évaluer les stressseurs du travail et trois sous-échelles (cohésion entre les pairs, autonomie, clarté) du Work Environment Scale de Insel et Moos (1974) pour évaluer le climat du travail. En plus, ils ont mesuré la satisfaction au travail et l'idée de changer de travail pour évaluer le moral des travailleurs et enfin la détresse reliée au travail, l'humeur dépressive et les symptômes physiques pour évaluer le fonctionnement des employés. Les personnes de cet échantillon présentent une fréquence modérée de détresse et les scores d'humeur dépressive et de symptômes physiques sont semblables à ceux de la population générale. Les stressseurs issus des relations avec le supérieur ou les médecins servent de facteurs de prédiction de l'humeur dépressive et des problèmes physiques à long terme. Par ailleurs, les stressseurs dus à la surcharge de travail et aux contraintes de temps servent de facteurs de prédiction de la détresse reliée au travail. La force de cette recherche est le devis longitudinal qui permet de suivre de façon progressive la possible apparition des symptômes psychologiques en examinant les relations entre les variables à deux temps de mesure.

L'étude longitudinale réalisée par Duquette et coll. (1997) a visé à vérifier un modèle théorique de relations entre des facteurs psychosociaux (parmi ces facteurs se trouve le soutien en milieu de travail), l'épuisement professionnel et la détresse psychologique. L'échantillon aléatoire a été constitué par 1990 infirmières francophones oeuvrant en soins gériatriques au Québec (taux de participation au premier temps de 77,9% et au deuxième temps de 55%, à un intervalle de 12 mois). Les instruments utilisés ont été le Staff Burnout Scale for Health Professionals (Jones, 1980) pour mesurer l'épuisement

professionnel, la version utilisée dans l'Enquête Santé Québec du Psychiatric Symptoms Index (PSI) (Ilfeld, 1976) pour évaluer la détresse psychologique et le soutien en milieu de travail a été mesuré par l'échelle Dimension relationnelle au travail (Michaud, 1991), traduction et adaptation du Work Relationship Index (Insel & Moos, 1974). Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire auto-administré. Les résultats du modèle final démontrent que le soutien au travail a un effet direct et significatif sur l'épuisement professionnel ($\beta = -.194, p < 0,01$) ; de même l'épuisement professionnel a un effet direct et significatif sur la détresse psychologique ($\beta = .437, p < 0,01$). L'importance de cette étude se remarque par le fait de tester une théorie composée de plusieurs facteurs psychosociaux qui influencent l'épuisement professionnel et la détresse psychologique, ainsi que par la possibilité de généraliser les résultats puisqu'il s'agit d'un grand échantillon aléatoire parmi l'ensemble des infirmières québécoises oeuvrant en soins prolongés.

Il importe de souligner que parmi les études sur les symptômes psychologiques, certaines (Fielding & Weaver, 1994) ont également identifié le contrôle (une des caractéristiques de l'environnement de travail) comme étant lié aux symptômes psychologiques. Rappelons, que parmi les études recensées auparavant cette caractéristique a été la seule qui n'a pas été associée à l'épuisement professionnel. Ce qui permet d'affirmer que les dix caractéristiques du Work Environment Scale, proposées par Insel et Moos 1974 pour évaluer le climat de travail, sont liées à l'épuisement professionnel ou à la présence de symptômes psychologiques chez les infirmières. Il ressort de toutes ces études que la dimension relationnelle semble être la plus reliée aux indicateurs négatifs de santé. En effet, le soutien de l'infirmière-chef, suivi de la cohésion entre les pairs et de l'implication (toutes des caractéristiques de la dimension relationnelle) se dégagent de plusieurs études recensées et les corrélations varient entre modérées (r entre 0,30 et 0,70) et faibles ($r \leq 0,30$) (Norusis, 1990). Il ressort également que la dimension de la croissance personnelle, en particulier en raison de la pression ressentie au travail, se dégage de plusieurs recherches et les corrélations sont aussi modérées. Enfin, dans la dimension maintien et changement des structures, la clarté ressort comme étant la caractéristique la plus associée à l'épuisement et à la présence de symptômes psychologiques.

Bref, l'examen des études empiriques, faites jusqu'à ce moment, amène à constater la diversité des caractéristiques de l'environnement de travail qui sont liées à l'épuisement professionnel et la présence de symptômes psychologiques chez les infirmières. Suit un examen des recherches corrélatives qui se rattachent au bien-être.

Les relations entre l'environnement de travail et le bien-être psychologique des infirmières

Les études qui suivent s'attardent à examiner les relations entre l'environnement de travail et le bien-être des infirmières. Les auteurs ont utilisé différents indicateurs pour évaluer le bien-être, soit des indicateurs positifs, négatifs ou les deux. Avant de poursuivre, il faut faire deux remarques importantes. La première concerne le fait que plusieurs de ces chercheurs soutiennent qu'ils étudient le bien-être en s'attardant aux manifestations négatives, bien entendu ce qu'ils étudient, c'est la manque de bien-être. En plus, ces mêmes auteurs utilisent le terme bien-être psychologique de façon indistincte du terme santé mentale, c'est-à-dire qu'ils ne font pas la différenciation entre ces deux termes. La deuxième remarque vise à attirer l'attention sur le fait que toutes ces études prennent comme variable pour étudier l'environnement, les stressseurs du travail. Ces stressseurs sont considérés comme étant uniquement des aspects négatifs de l'environnement.

Les études corrélatives utilisant des indicateurs négatifs du bien-être psychologique

Les stressseurs de l'environnement et la dimension négative du bien-être psychologique

Les études qui explorent la dimension négative du bien-être en relation avec les stressseurs du travail, c'est à dire avec les facteurs négatifs de l'environnement, sont présentées dans les lignes qui suivent.

Tyler et ses collaborateurs ont réalisé diverses études en Angleterre visant à étudier le stress et le bien-être des infirmières, en analysant la dimension négative du bien-être. D'abord, en 1991, Tyler, Carroll et Cunningham ont étudié le stress et le bien-être en

comparant les infirmières du secteur public et privé. Après avoir contacté 273 infirmières, l'échantillon final était composé de 86 infirmières du secteur public et de 70 du secteur privé ; il y avait une homogénéité entre les groupes. Les instruments utilisés étaient le Nursing Stress Scale (Gray-Toft & Anderson, 1981), et le General Health Questionnaire (Goldberg & Hillier, 1979). Le Nursing Stress Scale est une échelle de type Likert qui comprend 34 énoncés regroupés en trois dimensions, l'environnement physique, psychologique et social. Chacune de ces dimensions inclut différents facteurs, l'environnement physique concerne la charge de travail définie comme le volume de soins à prodiguer compte tenu de l'horaire et des contraintes de temps. L'environnement psychologique inclut les facteurs mort et morbidité des patients, la préparation insuffisante de l'infirmière, le manque d'appui et l'incertitude envers le traitement. Enfin, l'environnement social inclut deux facteurs : les conflits interprofessionnels et les conflits avec les médecins. Le score total peut varier entre 34 et 136 points, des scores élevés représentent une fréquence importante de stressseurs (Duquette, Kérouac, Saulnier et Sandhu, 1995 b). Le General Health Questionnaire (GHQ) à l'aide de quatre sous-échelles permet d'évaluer les symptômes somatiques, l'anxiété, la dysfonction sociale et les symptômes dépressifs. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence entre les groupes par rapport au bien-être. Le score global du stress a eu une corrélation positive et significative avec le score global du GHQ ($r = 0,29$, $p < 0,001$) utilisé pour mesurer l'aspect négatif du bien-être ; la charge de travail a été le stressseur le plus déterminant du bien-être ($r^2 = 0,12$, $\beta = 0,34$, $p < 0,001$).

Tyler et Cushway, en 1992, publient une étude qui avait pour but d'examiner les relations entre le stress, le coping et le bien-être des infirmières d'un hôpital général en Angleterre. Parmi les 120 infirmières sollicitées à participer, 72 ont retourné le questionnaire (60%). Les instruments étaient les mêmes que dans leur recherche antérieure en plus du Nurse Stress Index (Harris, Hingley & Cooper 1988) et Coping Scales (Moos, Cronkite, Billings & Finney, 1984). Les résultats démontrent que les indicateurs négatifs du bien-être ont été liés à la perception de la charge de travail et à la tendance à utiliser des stratégies de coping d'évitement. Ils arrivent au même résultat que dans leur première étude quant au meilleur déterminant des aspects négatifs du bien-être, soit la surcharge de travail.

L'étude, que Tyler et Ellison ont réalisé en 1994, a pour but d'examiner le stress, le coping et le bien-être des infirmières de quatre secteurs différents d'un hôpital (salle d'opération, hépatologie/néphrologie, hématologie/oncologie, chirurgie électorive). Elles ont distribué 140 questionnaires et seulement 60 ont été complétés (43%), en plus elles ont réalisé des entrevues auprès d'un petit groupe d'infirmières. Les instruments utilisés ont été les mêmes que dans leur étude de 1992. Les résultats, les plus remarquables par rapport à la dimension négative du bien-être, ont été les suivants : 1.- il n'y a pas de différence entre les groupes ; 2.- il existe une corrélation positive entre les scores globaux du stress et ceux du GHQ qui mesure la dimension négative du bien-être ($r = 0,32$) ; 3.- les scores globaux du GHQ ont été associés aux stressseurs surcharge de travail et manque de soutien de l'organisation. Dans toutes leurs études, Tyler et coll. discutent des biais et limites, par contre, ils disent seulement que les instruments ont eu une bonne fidélité et validité, sans ajouter aucune autre information. Dans leur dernière étude, Tyler et Ellison obtiennent un résultat différent de ceux des deux premières recherches, soit une relation significative et négative entre le soutien de l'organisation et les indicateurs négatifs du bien-être psychologique. Il importe d'ajouter que dans ces études le bien-être a été uniquement mesuré à l'aide d'indicateurs négatifs.

Le fait saillant de ces trois études est l'association du stressseur charge de travail aux manifestations négatives du bien-être, en plus une étude retient le soutien de l'organisation comme étant également négativement associé aux aspects négatifs du bien-être.

Les études corrélatives utilisant des indicateurs négatifs et positifs du bien-être psychologique

D'autres recherches ont également utilisé des indicateurs négatifs, comme les symptômes psychologiques, et des symptômes somatiques, pour évaluer le bien-être. Par contre, les indicateurs positifs pour évaluer le bien-être se rattachent au concept de la satisfaction au travail et de l'optimisme des infirmières.

Cohen (1990) a étudié les relations entre le bien-être psychologique des infirmières gestionnaires en santé communautaire ($n = 43$) de la Californie (Etats-Unis) et les stressseurs

du travail, le soutien social, le coping et l'optimisme. Le questionnaire utilisé incluait quatre échelles préexistantes : DeLongis, Folkman et Lazarus' Hassles Scale, Caplan's « People Around You », Scheier et Caver's Life Orientation Test et Derogatis' Brief Symptom Inventory (version abrégé du Hopkins Symptom Checklist [SCL-90], Derogatis et Spencer,1982). En plus, 21 participantes ont été interviewées. Les infirmières gestionnaires obtiennent des scores moyens de symptômes psychologiques plus élevés que les scores normaux publiés, cela suggère une détresse psychologique. Le soutien des pairs a été la seule source de soutien qui a été corrélée avec la dimension négative du bien-être psychologique ($r = -0,40$, $p < 0,01$) ; c'est-à-dire, la manque de soutien au travail peut être associé à l'apparition de symptômes psychologiques. Les années d'expérience professionnelle expliquent 14,8% de la variance des symptômes psychologiques, tandis que, l'optimisme en explique 29,8% et enfin les stressseurs et le soutien des pairs ensemble en expliquent 6,57%. Cette recherche présente quelques limites, soit le grand nombre de variables à étudier pour la petite taille de l'échantillon.

La recherche réalisée par Parkes et Von Rabenau (1993) en Angleterre avait comme but d'étudier les relations entre les caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être des professionnels en psychiatrie. L'échantillon a été composé de 262 employés incluant des infirmières (taux de réponse de 55,3%). Les questionnaires ont été envoyés et ont été retournés par le courrier électronique. Ils ont utilisé plusieurs instruments de mesure The Eysenck Personality Questionnaire (échelle de névrose) de Eysenck, Eysenck et Barrett (1985) pour évaluer les émotions négatives, alors que la pression au travail et l'autonomie ont été évaluées à l'aide d'une échelle de Karasek (1979), tandis que le soutien du supérieur et des pairs a été évalué par l'échelle de House (1981), les symptômes somatiques ont été évalués au moyen d'une version modifiée de l'échelle de Crown et Crisp's (1979), en plus les chercheurs ont construit différents énoncés pour évaluer les facteurs objectifs du travail et le degré de satisfaction. Les émotions négatives ont été un important facteur de prédiction des symptômes somatiques. L'autonomie, le soutien du supérieur et le soutien des pairs ont été corrélés avec la satisfaction au travail ($r = 0,36$; $r = 0,46$; $r = 0,33$; $p < 0,05$), mais peu reliés avec les symptômes somatiques. Un résultat à souligner est qu'une importante charge de travail a été associée avec de bas niveaux de satisfaction, mais

seulement si l'autonomie a été perçue comme étant basse ; par contre, si l'autonomie a été perçue comme étant élevée, le niveau de satisfaction a été élevée, même si la pression au travail a été importante. Les travailleurs en santé mentale communautaire rapportent des niveaux de satisfaction plus élevés que ceux de l'hôpital, ainsi qu'une plus grande autonomie et un plus grand soutien du supérieur. Parmi les limites de cette recherche se trouve le devis transversal que ne permet pas de démontrer la relation de cause à effet. Il faut signaler que le résultat relatif à la pression ressentie au travail et sa relation avec le bien-être rejoint les résultats obtenus par Tyler et coll. (1991, 1992) cependant, ceux-ci ajoutent une différence importante, la surcharge de travail a été associée avec de bas niveaux de satisfaction seulement quand le degré d'autonomie a été perçue comme étant bas.

Il ressort des études précédentes, tout particulièrement de celle de Parkes et Von Rabenau (1993), une interaction entre l'autonomie et la charge de travail, ce qui laisse croire qu'il y a sans doute des interactions parmi les caractéristiques de l'environnement qui peuvent arriver à modifier les liens avec le bien-être psychologique, et ce en agissant comme variables modératrices. Par ailleurs, les années d'expérience professionnelle (facteur objectif de l'environnement) semble être un autre facteur de prédiction des manifestations négatives du bien-être.

Les études corrélatives utilisant des indicateurs positifs du bien-être psychologique

Tous les recherches qui suivent utilisent pour évaluer le bien-être, l'échelle nommée « Bien-être Santé Québec » (BESQ) ou « Votre bien-être », alors que l'environnement de travail a été évalué uniquement à l'aide d'échelles qui mesurent des stressseurs occupationnels.

Les stressseurs de l'environnement et la dimension positive du bien-être psychologique

Savignac (1993) a fait une étude qui avait pour but d'examiner les relations entre les stressseurs de l'environnement de travail et le bien-être psychologique d'infirmières oeuvrant en soins de longue durée. L'échantillon de convenance était formé de 140

infirmières, soit un taux de participation de 62%. Les instruments utilisés sont la traduction en langue française du Nursing Stress Scale de Gray-Tolf et Anderson (1981) et l'échelle «Votre bien-être» de l'enquête de Santé Québec (1987). Les résultats montrent, d'une part, que les infirmières ont une perception modérément élevée de la fréquence et de l'intensité des stresseurs et, d'autre part, qu'elles ont des indices modérés de bien-être psychologique, voir p. 39 (47% bonne forme psychologique). En plus, il existe une relation significative et négative entre l'intensité du stress et le bien-être psychologique des infirmières ($r = - 0,22$, $p < 0,05$). Par ailleurs, cette étude ne permet pas de connaître les types de stresseurs les plus corrélés avec le bien-être psychologique, parce que les corrélations ont été faites avec les scores globaux de la fréquence et de l'intensité des stresseurs.

Harrison (1995) a étudié, parmi d'autres variables, les relations entre les stresseurs occupationnels et le bien-être psychologique, chez les infirmières francophones oeuvrant en médecine-chirurgie au Québec. L'échantillon aléatoire a été composé de 150 infirmières et le taux de réponse a été de 62,6%. Les instruments de mesure ont été la traduction en langue française du Nursing Stress Scale de Gray-Toft et Anderson (1981) et l'échelle « Votre bien-être » de l'enquête de Santé Québec (1987). Les résultats démontrent une corrélation significative et négative entre les scores globaux de la fréquence et de l'intensité des stresseurs et ceux du bien-être psychologique ($r = - 0,52$, $r = - 0,50$, $p < 0,01$). Cette recherche identifie la charge de travail (intensité et fréquence) comme étant le stressor le plus lié au bien-être des infirmières ($r = - 0,56$, $r = - 0,47$, $p < 0,01$); ce résultat rejoint ceux obtenus par Tyler et coll. (1991, 1992). Par ailleurs, le stressor manque de soutien (intensité et fréquence) a aussi obtenu des corrélations significatives et négatives avec le bien-être ($r = - 0,45$ $r = - 0,42$, $p < 0,01$). Également, d'autres corrélations ont été observées, soit des corrélations significatives et négatives entre le bien-être et des stressors qui concernent les facteurs relationnels, comme les conflits avec les médecins ou les conflits avec les autres infirmières et supérieurs.

Thomas (1996) a étudié, parmi d'autres variables, la relation entre les stressors et le bien-être psychologique des infirmières francophones oeuvrant en salle d'opération au Québec. L'échantillon aléatoire simple a été constitué de 140 infirmières (taux de réponse

de 63%). Les instruments de mesure ont été l'échelle du stress et des stressés en soins infirmiers (Kérouac et Duquette, 1992) pour évaluer l'intensité et la fréquence des stressés et l'échelle « Votre bien-être » (Santé Québec, 1987) pour évaluer le bien-être des infirmières. Les résultats montrent des corrélations significatives et négatives entre les scores globaux de l'intensité et de la fréquence des stressés et ceux du bien-être psychologique ($r = -0,33$, $r = -0,21$, $p \leq 0,05$). La charge de travail a été l'unique stressés (intensité et fréquence) lié au bien-être ($r = -0,25$, $r = -0,21$, $p \leq 0,05$). Le stressés manque de soutien (intensité) a été également lié au bien-être ($r = -0,19$, $p \leq 0,05$). Thomas a aussi identifié les stressés qui se rattachent aux conflits relationnels comme étant négativement liés au bien-être. Ajoutons que les corrélations obtenues dans cette recherche ont été plus faibles que celles obtenues par Harrison.

Bien que les études recensées permettent d'identifier divers facteurs de l'environnement associés au bien-être, aucune d'elle n'analyse la relation entre les deux concepts ou phénomènes proposés dans cette recherche, soit les dimensions positives du bien-être psychologique et de l'environnement de travail auprès des infirmières soignantes. Il semble important de poursuivre l'identification de facteurs positifs déterminants du bien-être psychologique en milieu du travail, afin de pouvoir développer et promouvoir des conditions favorables à la santé mentale.

Le cadre conceptuel

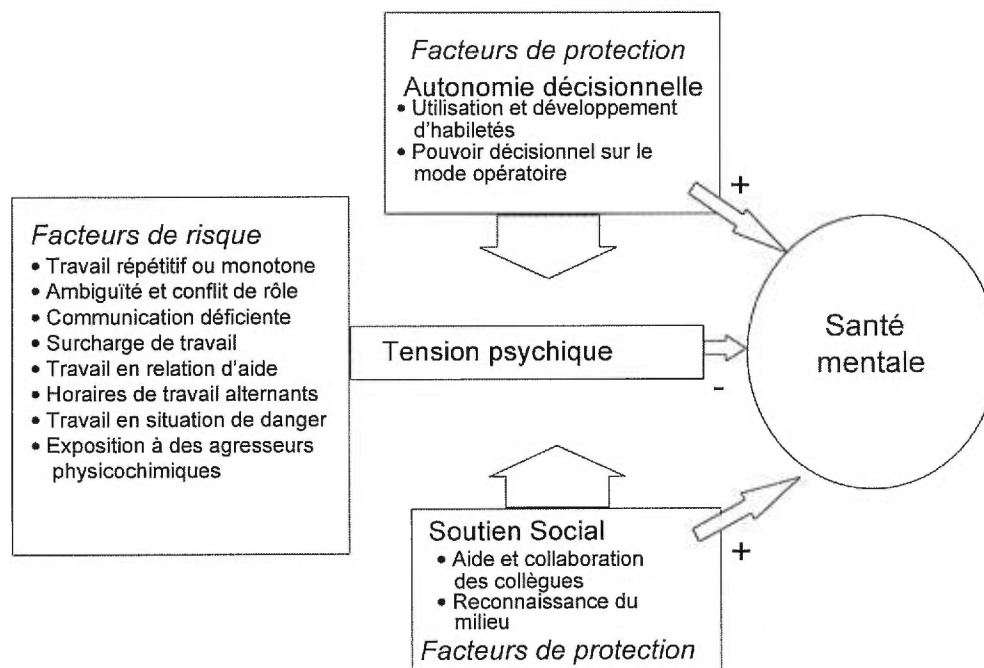
Le modèle proposé par Vézina et coll., (1992) a été choisi comme cadre de référence pour cette recherche (figure 1). Ce modèle a été élaboré à partir d'analyses de cas, à partir desquelles les auteurs ont dégagé des facteurs de risque et des facteurs de protection de la santé mentale au travail. Comme il est illustré à la figure 1, ce modèle permet d'identifier, d'une part, les facteurs de risque du milieu de travail qui ont des effets délétères sur la santé des individus. Ces facteurs de risque sont : le travail répétitif ou monotone, l'ambiguïté et le conflit de rôle, la communication déficiente, la surcharge de travail, le travail en relation d'aide, les horaires de travail alternants, le travail en situation de danger et l'exposition à des agresseurs physicochimiques. D'autre part, il permet également l'identification des

facteurs de l'environnement comme l'autonomie décisionnelle et le soutien social, éléments nommés facteurs de protection de la santé mentale. L'autonomie décisionnelle recouvre deux réalités : la capacité d'utiliser ses habiletés et ses qualifications ou d'en développer de nouvelles, alors que l'autre se rattache au pouvoir décisionnel sur le mode opératoire. Le soutien social fait référence à toute interaction qui apporte une aide ou une reconnaissance de la communauté du travail.

Dans la figure 1, peut être observée la dynamique entre le potentiel de tension psychique relié à l'organisation du travail, d'une part, et les facteurs d'atténuation de la tension psychique d'autre part. Lorsque les facteurs de risque sont peu fréquents et qu'en plus on a des facteurs de protection, plus grand sera le bien-être ressenti pour les infirmières.

De plus, l'instrument (échelle WES de Insel & Moos, 1974) choisi pour mesurer les perceptions de l'infirmière face à son environnement de travail s'adapte très bien au modèle proposé par Vézina et coll., puisqu'il permet de considérer à la fois les facteurs de risque et de protection en milieu du travail. En effet, la notion de soutien social de Vézina rejoint la dimension relationnelle de Moos, de même l'autonomie décisionnelle rejoint la dimension de croissance personnelle et, enfin, les facteurs de risque se comparent à la dimension de maintien et changement des structures (figure 2).

Figure 1. Facteurs qui influencent la santé mentale en milieu de travail



Tiré du cadre conceptuel proposé par Vézina et coll. (1992, p. 62).

Les hypothèses de la recherche

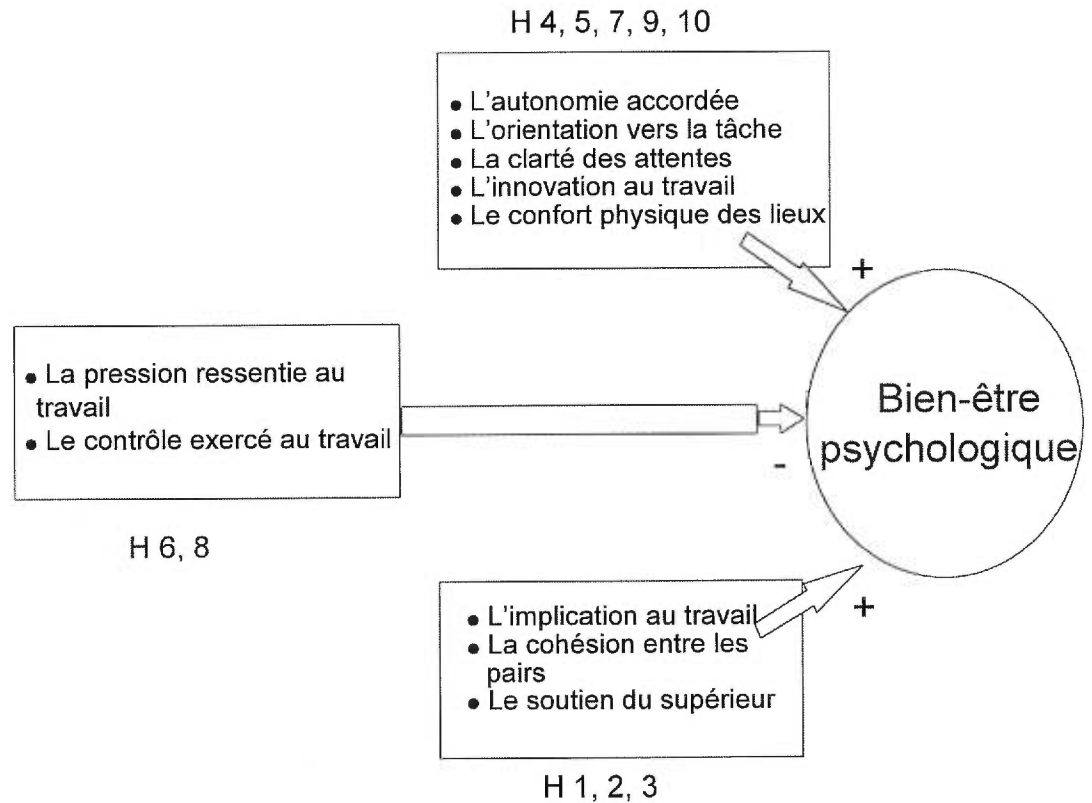
La question de recherche, l'examen attentif des écrits empiriques de même que le cadre de référence choisi pour la présente étude permettent de formuler les hypothèses de la présente recherche.

- H₁ - Il existe une corrélation positive et significative entre l'implication au travail et le bien-être psychologique des infirmières.
- H₂ - Il existe une corrélation positive et significative entre la cohésion entre les pairs et le bien-être psychologique des infirmières.
- H₃- Il existe une corrélation positive et significative entre le soutien du supérieur et le bien-être psychologique des infirmières.
- H₄ - Il existe une corrélation positive et significative entre l'autonomie accordée au travail et le bien-être psychologique des infirmières.
- H₅ - Il existe une corrélation positive et significative entre l'orientation vers la tâche et le bien-être psychologique des infirmières.
- H₆ - Il existe une corrélation négative et significative entre la pression ressentie au travail et le bien-être psychologiques des infirmières.
- H₇ - Il existe une corrélation positive et significative entre la clarté des attentes au travail et le bien-être psychologique des infirmières.
- H₈ - Il existe une corrélation négative et significative entre le contrôle exercé en milieu de travail et le bien-être psychologique des infirmières.
- H₉ - Il existe une corrélation positive et significative entre l'innovation au travail et le bien-être des infirmières.
- H₁₀- Il existe une corrélation positive et significative entre le confort physique des lieux et le bien-être psychologique des infirmières.

La figure 2 illustre graphiquement les variables et les hypothèses de la recherche.

Figure 2

Adaptation du cadre de Vézina qui illustre les hypothèses à l'étude



Chapitre troisième

La méthode de recherche

Ce troisième chapitre porte sur les différents éléments de la méthode de recherche, soit le type de devis, la population, l'échantillon et le milieu de l'étude, de même que les définitions opérationnelles des variables, la description des instruments de mesure, la stratégie de la collecte des données, les considérations éthiques et l'analyse des données.

Le type de devis

Cette étude a utilisé un devis descriptif corrélationnel afin d'examiner et de décrire les relations entre des caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être des infirmières soignantes d'un hôpital universitaire d'Espagne.

La population, l'échantillon et le milieu de l'étude

La population cible est constituée des infirmières soignantes en milieu hospitalier. La population accessible était constituée par les 243 infirmières soignantes d'un centre hospitalier d'Espagne. Les critères d'inclusion étaient les suivants. Ces infirmières travaillaient comme infirmières soignantes en médecine - chirurgie (cardiologie, chirurgie cardiaque, oncologie, traumatologie, neurologie, neurochirurgie, pédiatrie etc.) ou comme infirmières soignantes des unités de soins spécialisées (soins intensifs, unité coronarienne, psychiatrie). A noter que les infirmières de salle d'opération n'ont pas été incluses dans cette recherche ; leur rôle diffère beaucoup de celui des autres infirmières (critère d'exclusion). D'autres critères d'inclusion s'ajoutent : vouloir participer à cette recherche et travailler à l'hôpital depuis au moins six mois. L'échantillon a été choisi par la méthode non probabiliste d'échantillonnage raisonné. L'échantillon a été composé de femmes seulement parce que le personnel infirmier est constitué uniquement de femmes.

Pour permettre toutes les analyses statistiques requises par la question et les hypothèses de cette recherche, de même que pour permettre d'estimer la fidélité des instruments traduits, un échantillon de 213 infirmières a été obtenu. Au moins 7 infirmières par unité de soins ont été recrutées, afin de permettre la comparaison entre les unités.

Le centre hospitalier choisi est un hôpital universitaire d'environ 450 lits qui appartient au secteur privé ; c'est un centre de soins tertiaires avec une proportion élevée de personnes souffrant de cancer. Cet hôpital a aussi un programme de transplantations d'organes (cardiaque, hépatique, rénal et de moelle osseuse).

Les définitions opérationnelles des variables

L'environnement de travail

Moos (1986) définit l'environnement de travail comme étant composé de dix caractéristiques, regroupées dans trois grandes dimensions, la dimension relationnelle, la dimension de croissance personnelle et la dimension du maintien et changement des structures.

La dimension relationnelle inclut trois caractéristiques : 1.- **L'implication** évalue jusqu'à quel point les infirmières sont concernées par leur travail et s'y impliquent en incluant des énoncés pour traduire l'enthousiasme et la créativité. 2.- **La cohésion entre les infirmières** évalue jusqu'à quel point les infirmières manifestent de l'amitié et s'apportent du soutien au travail. 3.- **Le soutien du supérieur** évalue jusqu'à quel point les supérieurs apportent du soutien aux infirmières et les encouragent à se donner mutuellement du soutien.

De même la dimension de croissance personnelle inclut trois caractéristiques : 1.- **L'autonomie accordée** évalue jusqu'à quel point les infirmières sont encouragées à s'auto-suffire dans la planification de leurs tâches et dans la prise de décisions et inclut des énoncés reliés au développement personnel. 2.- **L'orientation vers la tâche** évalue jusqu'à quel point l'accent est mis sur la bonne planification et l'efficacité dans l'accomplissement des tâches, incluant l'importance de terminer le travail. 3.- **La pression ressentie au travail** évalue jusqu'à quel point la pression au travail domine le milieu de travail, incluant la charge de travail et les contraintes de temps.

Enfin, la dimension de maintien et changement des structures comporte quatre caractéristiques : 1.- **La clarté** évalue jusqu'à quel point les infirmières savent ce qui est attendu d'elles quant à leurs activités quotidiennes, incluant la clarté avec laquelle les règles et politiques sont communiquées. 2.- **Le contrôle** évalue jusqu'à quel point les supérieurs font usage de moyens coercitifs (règlements et pressions) afin de maintenir un contrôle sur les infirmières. 3.- **L'innovation** évalue jusqu'à quel point le milieu encourage le changement, la variété et les nouvelles approches. 4.- **Le confort physique des lieux** évalue jusqu'à quel point les lieux physiques contribuent à un milieu de travail agréable. (Note : les définitions de chacune des dix caractéristiques ont été tirées du mémoire de maîtrise de Michaud, 1991, p. xxiv-xxv). Ces caractéristiques de l'environnement ont été mesurées par le WES de Insel et Moos (1974).

Le bien-être psychologique

Perrault (1987) décrit le bien-être psychologique dans les termes suivants: une force dynamique définie par des indicateurs subjectifs dans sept dimensions, soit l'énergie, le contrôle des émotions, l'humeur en général, l'intérêt face à la vie, le stress ressenti, la perception de l'état de santé et l'isolement émotionnel. Cette variable a été mesurée par l'échelle du Bien-être de Santé Québec (1987).

Les instruments de mesure

Dans cette étude deux instruments de mesure ont été utilisés, soit le WES et le BESQ, de même qu'un questionnaire sociodémographique.

Le Work Environment Scale

La mesure de l'environnement de travail a été réalisée en utilisant la traduction en espagnol de l'échelle Work Environment Scale - form R élaboré par Insel et Moos (1974) (voir appendice A). Dans cette recherche nous avons utilisé la forme (R), qui vise à recueillir des informations sur les perceptions que les individus ont des caractéristiques de

l'environnement telles qu'elles existent dans le milieu du travail. Cette échelle contient 90 affirmations regroupées en dix caractéristiques ou sous-échelles : implication, cohésion entre les pairs, soutien du supérieur, autonomie accordée, orientation vers la tâche, pression ressentie au travail, clarté, contrôle, innovation et confort physique des lieux. Chacune des dix caractéristiques ou sous-échelles regroupe neuf affirmations, le numéro des questions qui correspond à chacune d'elles est exposé au tableau IV.

Tableau IV. Numéro des questions selon les caractéristiques du *Work Environment Scale*

Caractéristiques du WES	Numéro des questions
Implication	1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81
Cohésion entre les pairs	2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82
Soutien du supérieur	3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83
Autonomie accordée	4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84
Orientation vers la tâche	5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85
Pression ressentie au travail	6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86
Clarté	7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87
Contrôle	8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88
Innovation	9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89
Confort physique des lieux	10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90

La modalité de réponse au questionnaire est dichotomique : vrai (v) ou faux (f). Les résultats obtenus pour les scores bruts oscillent entre 0 et 9, pour chacune des sous-échelles. Ces résultats peuvent être transformés en des scores standards au moyen d'une table de conversion élaborée par Moos (1986), où le rang des scores oscille de 0 à 100, 50 étant la moyenne.

La fidélité du WES - form R a été réalisée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach auprès de 1045 travailleurs de différentes professions. Le coefficient obtenu pour chaque caractéristique varie de modéré pour la cohésion entre les pairs (0,69) à important pour l'implication (0,84), la pression au travail (0,80), l'innovation (0,86) et le confort physique (0,81) (Moos, 1986). La fidélité au cours d'une période d'un mois (test-retest) a été également examinée, de même que la stabilité à un intervalle de 12 mois : ces coefficients de

fidélité varient de 0,51 à 0,83. Moos (1986) ajoute que cet instrument, tout en étant stable, est sensible aux changements qui se produisent dans le milieu de travail. La validité de contenu s'appuie sur des entrevues structurées réalisées auprès d'employés de divers secteurs, de même que sur des énoncés issus d'échelles sur le climat social. Cinq critères psychométriques ont été utilisés pour estimer la corrélation entre les dix caractéristiques. Par la suite une validité de construit du WES a été faite par Moos (1986) à l'aide d'un échantillon de 624 travailleurs de milieux différents. Les résultats indiquent que chacune des caractéristiques, tout en mesurant un aspect différent de l'environnement de travail, sont interreliées. Enfin, Moos (1987) dit que les dimensions de l'échelle sont reliées à des critères externes autant dans des études de validité concomitante que des études de validité prédictive.

L'échelle « Votre bien-être »

Pour mesurer le niveau de bien-être psychologique des infirmières, l'échelle « Votre bien-être » de l'enquête Santé Québec (BESQ) a été choisie. Cette échelle a aussi été traduite en espagnol (voir appendice A). Cet instrument mesure la perception subjective et globale qu'ont les personnes de leur état de santé psychologique, au cours des 12 derniers mois (Perrault, Légaré et Boyer, 1988-1989). L'instrument comprend 14 questions, deux pour chacune des sept dimensions : l'énergie (a, l) ; le contrôle des émotions (c, i) ; l'humeur générale (g, e) ; l'intérêt face à la vie (j, d) ; le stress ressenti (m, f) ; la perception de l'état de santé (b, k) et l'isolement émotionnel (n, h). Une question explore l'affect positif et une autre l'affect négatif. Comme explique Perrault (1978), une des particularités des échelles de santé mentale positive ou bien-être psychologique est d'explorer l'affect positif et l'affect négatif d'une dimension psychologique. L'échelle est de type Likert avec un choix de réponses de (1) presque jamais ; (2) moins de la moitié du temps ; (3) plus de la moitié du temps et (4) la plupart du temps. Néanmoins, la méthode de calcul utilisée par Santé Québec et également pour la présente étude a été la suivante pour ce qui concerne les réponses qui explorent l'affect positif (0) presque jamais ; (1) moins de la moitié du temps ; (2) plus de la moitié du temps et (3) la plupart du temps. En ce qui concerne les réponses qui explorent l'affect négatif le calcul a été réalisé à l'inverse (3) presque jamais ; (2) moins de la moitié

du temps ; (1) plus de la moitié du temps et (0) la plupart du temps. Les points s'additionnent de 0 à 6 pour chaque paire ; un score total entre 0 et 42 points peut être obtenu.

La fidélité a été estimée à l'aide d'un coefficient alpha de Cronbach, soit de 0,81, pour les questions mesurant l'affect positif, et de 0,89 pour les questions mesurant l'affect négatif (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988). Les coefficients alpha de Cronbach des études de Savignac (1993) et Harrison (1995) ont été également élevés : 0,90, dans les deux cas. Perrault, Prévile, Boyer et Légaré (1990) rapportent que des études de validité ont été menées à posteriori en utilisant les résultats obtenus auprès de 17,743 répondants de l'enquête de Santé Québec ; cependant les résultats de ces études ne sont pas présentés. En plus, les résultats du BESQ concordent avec ceux obtenus par Santé Canada en utilisant l'échelle affective de Bradburn (Ministère de la santé et des services sociaux, 1988).

La traduction des échelles

Comme il a été mentionné auparavant, les deux instruments de mesure ont été traduits, l'un de l'anglais à l'espagnol et l'autre du français à l'espagnol. La méthode utilisée a été celle de la traduction inversée de Vallerand, (1989). Les résultats des analyses de fidélité (consistance interne « Alpha de Cronbach »), obtenus aux instruments de mesure traduits, ont été pour le BESQ de 0,85, et pour chacune des caractéristiques du WES (implication : 0,58 ; cohésion des pairs : 0,64 ; soutien du supérieur : 0,69 ; autonomie : 0,43 ; orientation vers la tâche : 0,37 ; pression : 0,67 ; clarté : 0,56 ; contrôle : 0,56 ; innovation : 0,65 ; confort physique : 0,57) (voir appendice C).

Le questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques personnelles et professionnelles ont été évaluées au moyen d'un questionnaire élaboré par l'investigatrice à cet effet (voir appendice A). Ce questionnaire a été construit en tenant compte de l'examen des écrits et il regroupe les aspects suivants : l'âge, l'état civil, le nombre d'enfants, le nombre de

personnes à charge autres que les enfants, les années d'expérience en soins infirmiers, les années de travail à l'hôpital, de même que les années de travail à l'unité de soins actuelle, le type de contrat de travail, le statut d'emploi, le quart de travail, le type d'unité de soins, la formation académique et les collaborations à des études scientifiques. A titre exploratoire, une question a également été posée sur le fait « d'avoir beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail et la vie personnelle ou familiale ».

Les questions ouvertes

A la fin du questionnaire, deux questions ouvertes ont été formulées. La première à l'égard d'autres caractéristiques de l'environnement que les infirmières considéraient non incluses dans le questionnaire et pouvant contribuer à leur bien-être. La deuxième question se rattachait aux modifications qu'elles feraient à l'environnement pour améliorer leur bien-être. En plus, un espace vide a été laissé dans le questionnaire pour que les participantes puissent ajouter des commentaires.

La collecte de données

Afin d'évaluer la difficulté de compréhension des questionnaires utilisés pour la recherche, de même que pour évaluer le temps moyen requis pour le compléter, un prétest a été réalisé. Au prétest, ont participé quatre infirmières soignantes espagnoles, inscrites au programme de maîtrise à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Ces infirmières n'ont pas eu de difficulté à répondre aux questionnaires, ce qui a permis de vérifier la clarté des questionnaires de recherche avant de commencer à recueillir les données. Le temps moyen pris pour le remplir a été de 20 minutes. L'investigatrice s'est rendue en Espagne pour faire la collecte des données. En suivant les recommandations de Maslach et Jackson (1981) et Moos (1994), l'investigatrice a demandé la participation des infirmières soignantes lors de rencontres en petits groupes, tenues dans une salle de conférence de l'hôpital. Ont été réalisées 15 séances différentes, afin de rejoindre la plupart des infirmières. Au cours de ces rencontres, l'investigatrice a expliqué le but de la recherche puis a demandé la collaboration des infirmières sur une base volontaire. Par la suite, elle a remis le questionnaire à compléter de façon anonyme et auto-administré. Les infirmières qui

ont accepté de participer ont retourné le questionnaire, une fois complété, à la fin de la rencontre de groupe.

Les considérations éthiques

Toutes les mesures ont été prises pour assurer l'anonymat des répondantes et la confidentialité des informations recueillies. Les infirmières n'ont pas dû s'identifier sur le questionnaire. Les infirmières ont été libres de participer à l'étude. En effet, chaque infirmière était libre de se présenter aux rencontres, elle était également libre de ne pas répondre au questionnaire et de se retirer en tout temps de la rencontre de groupe. Le consentement libre et éclairé a été considéré implicite chez les infirmières qui ont retourné le questionnaire. L'investigatrice a répondu à toutes les questions ou préoccupations des infirmières à l'égard de la présente recherche, lors des rencontres de groupe. Egalement l'investigatrice a été disponible pour recevoir et accueillir les réactions et commentaires des infirmières, après avoir répondu aux questionnaires.

L'analyse des données

Nous avons utilisé d'abord des statistiques descriptives, comme les mesures de fréquence pour les variables discrètes (fréquence et fréquence relative) et des mesures de tendance centrale (moyenne) et de dispersion (écart-type, maximum, minimum) pour les variables continues. Ensuite des statistiques inférentielles ont été utilisées : tests de *t* de Student, analyses de variance et tests de corrélation de Pearson entre les variables sociodémographiques et le BESQ, de même qu'entre les variables sociodémographiques et le WES. De plus, le test de corrélation de Pearson a été utilisé pour analyser les relations entre les dix caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique. Enfin, des tests complémentaires, test de régression multiple, ont été également effectués. La vérification de la consistance interne des instruments à l'aide du coefficient alpha de Cronbach a été réalisée auprès de l'échantillon de recherche. Les calculs statistiques ont été effectués avec le programme statistique SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Les tests statistiques ont été considérés significatifs si le niveau critique observé était inférieur à 5% ($p < 0,05$). Le plan d'analyse de données a été soumis à la consultation d'un spécialiste en statistique.

Chapitre quatrième

La présentation des résultats

Le quatrième chapitre présente les résultats de l'étude. D'abord, sont exposées les caractéristiques personnelles et professionnelles des répondantes, ainsi que la distribution des infirmières par unité de soins. Dans un deuxième temps, les valeurs obtenues aux échelles de mesure BESQ et WES sont présentées, suivies des résultats obtenus aux tests d'indépendance effectués pour vérifier si les variables sociodémographiques influencent les variables d'intérêt. Dans un troisième temps, sont exposées les analyses de corrélation et de régression qui ont permis de répondre à la question de recherche et aux hypothèses de l'étude. Enfin, une synthèse des thèmes qui ressortent des commentaires ajoutés par les infirmières à la fin du questionnaire est présentée.

Les caractéristiques personnelles et professionnelles des répondantes

Un total de 213 infirmières ont participé à l'étude, la distribution par unité de soins est illustrée au tableau V. Il ressort de ce tableau que toutes les unités de soins ont été bien représentées. L'âge moyen des répondantes est relativement bas, $\bar{x} = 30,8 \pm 5,9$, dont 86,9% ont moins de 40 ans. Au tableau VI on observe que la moitié des répondantes sont célibataires et que près de la moitié sont mariées. Parmi les répondantes, un tiers ont des enfants, alors que 11,3 % des répondantes ont des personnes à leur charge autres que les enfants. Le tableau VII montre que sept répondantes sur dix ont 10 ans ou moins d'expérience comme infirmière, de même pour les années d'expérience à l'hôpital. Le tableau VII montre également que plus des deux tiers des répondantes (71,8 %) ont un contrat de travail fixe et les autres (28,2 %) un contrat temporaire. La plupart des répondantes (82,2 %) travaillent à temps plein et 88,7 % travaillent en rotation ; seulement 11,3% ont un quart de travail stable. A l'égard de la formation, le tableau VIII montre que presque toutes les répondantes (92,5 %) ont suivi des cours de spécialisation après leur formation de 1^{er} cycle universitaire et 87,7 % considèrent avoir une formation suffisante pour le travail à accomplir. Mentionnons que deux répondantes sur dix ont suivi 2 ou 3 programmes de spécialisation. La majorité des répondantes (83,1 %) travaillent aux unités où elles sont spécialistes. Près des trois quarts des répondantes (74,5) ont participé à des réunions scientifiques ou congrès subventionnés par l'hôpital et 62% ont collaboré à la réalisation de travaux scientifiques.

Tableau V. Distribution des infirmières et pourcentage de participation par unité de soins

N° d'unité	Unité de soins	Population accessible n = 243 infirmières	Répondantes n = 213	% de participation des infirmières par unité
1	Soins intensifs	36	33	91,7
2	Soins intensifs néonataux	14	11	78,6
3	Soins médicaux + oncologie*	12	10	83,3
4	Soins médicaux + oncologie**	20	16	80,0
5	Soins médicaux + oncologie*	11	10	90,9
6	Soins chirurgicaux + oncologie**	19	17	89,5
7	Soins chirurgicaux + oncologie*	11	11	100,0
8	Soins chirurgicaux + oncologie**	20	18	90,0
9	Soins chirurgicaux + oncologie*	11	9	81,8
10	Santé mentale	14	13	92,9
11	Cardiologie + oncologie	17	13	76,5
12	Cardiologie + oncologie*	10	10	100,0
13	Soins intensifs coronariens	9	9	100,0
14	Pédiatrie + oncologie	16	12	75,0
15	Gynécologie + oncologie	15	14	93,3
16	Urgences	8	7	87,5
Total		243	213	87,7

Taille de l'unité : * unités de 20 lits ; ** unités de 50 lits

Tableau VI. Distribution des répondantes selon leurs caractéristiques personnelles

Variables	n = 213	%	% cumulatif	×	s
Age					
22 - 29 ans	105	49,3	49,3		
30 - 39 ans	80	37,6	86,9	30,8	5,9
40 - 49 ans	26	12,2	99,1		
Sans réponse	2	0,9	100,0		
Etat civil					
Célibataire	106	49,8	49,8		
Mariée	102	47,9	97,7		
Séparée ou divorcée	3	1,4	99,1		
Veuve	2	0,9	100,0		
Nombre d'enfants					
Aucun	138	64,8	64,8		
1 ou 2	63	29,6	94,4		
≥ 3	12	5,6	100,0		
Personnes à charge autres que les enfants					
Oui	24	11,3	11,3		
Non	189	88,7	100,0		
Nombre des personnes à charge					
Aucun	189	88,7	88,7		
1	17	8,0	96,7		
2 ou 3	7	3,3	100,0		

Tableau VII. Distribution des répondantes selon leurs caractéristiques professionnelles liées à l'emploi

Variables	n = 213	%	% cumulatif	\bar{x}	s
Années d'expérience comme infirmière					
1 - 5 ans	69	32,4	32,4	9,0	6,1
6 - 10 ans	79	37,1	69,5		
11 - 15 ans	33	15,5	85,0		
16 - 27 ans	32	15,0	100,0		
Années de travail à l'hôpital					
1 - 5 ans	71	33,3	33,3	8,7	5,9
6 - 10 ans	83	39,0	72,3		
11 - 15 ans	28	13,1	85,4		
16 - 27 ans	30	14,1	99,5		
Sans réponse	1	0,5	100,0		
Années d'expérience à la même unité					
0 - 5 ans	82	38,5	38,5	7,5	5,5
6 - 10 ans	83	39,0	77,5		
11 - 15 ans	29	13,6	91,1		
16 - 27 ans	17	8,0	99,1		
Sans réponse	2	0,9	100,0		
Type de contrat de travail					
Fixe	153	71,8	71,8		
Temporaire	60	28,2	100,0		
Statut d'emploi					
Temps plein	175	82,2	82,2		
Temps partiel	38	17,8	100,0		
Quart de travail					
Rotation	189	88,7	88,7		
Jour	1	0,5	89,2		
Soir	5	2,4	91,6		
Nuit	9	4,2	95,8		
Jour et soir	7	3,3	99,1		
Jour et nuit	2	0,9	100,0		
Avoir choisi l'unité de travail					
Oui	118	55,7	55,7		
Non	94	44,3	100,0		

Tableau VIII. Distribution des répondantes selon leurs caractéristiques professionnelles liées à la formation

Variables	n = 213	%	% cumulatif
Spécialisation en soins infirmiers suivie après le 1^{er} cycle universitaire			
Oui	197	92,5	92,5
Non	16	7,5	100,0
Avoir une formation suffisante pour le travail à accomplir			
Oui	187	87,8	87,8
Non	26	12,2	100,0
Nombre de programmes de spécialisation			
Aucun	16	7,5	7,5
1	154	72,3	79,8
2 ou 3	42	19,7	99,5
Sans réponse	1	0,5	100,0
Programmes de spécialisation			
<i>1 programme de spécialisation</i>			
Soins chirurgicaux	39	19,9	19,9
Soins intensifs	35	17,9	37,8
Soins en cardiologie	25	12,8	50,6
Pédiatrie	22	11,2	61,8
Santé mentale	14	7,1	68,9
Soins médicaux	10	5,1	74,0
Sage-femme	6	3,1	77,1
Oncologie	3	1,5	78,6
<i>2 programmes de spécialisation</i>			
(1 programme antérieur + oncologie)	38	19,4	98,0
<i>3 programmes de spécialisation</i>			
(2 programmes antérieurs + oncologie)	4	2,0	100,0
Travailler à la même unité dans laquelle on a fait la spécialisation			
Oui	177	83,1	83,1
Non	20	9,4	92,5
Aucun programme de spécialisation	16	7,5	100,0
Participer à des congrès subventionnés par l'hôpital			
Oui	158	74,5	74,5
Non	54	25,4	100,0
Collaborer à la réalisation de travaux scientifiques			
Oui	132	62,0	62,0
Non	81	38,0	100,0

A titre exploratoire une question qui concerne la conciliation de l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale a été posée aux répondantes. Les résultats à cette question sont rapportés au tableau IX et montrent qu'une répondante sur trois (32,4%) a beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale.

Tableau IX. Distribution des répondantes par rapport à la question : beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale

Variable	n = 213	%	% cumulatif
Avoir beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale			
Non	144	67,6	67,6
Oui	69	32,4	100,0

Les valeurs obtenues aux échelles de mesure

D'abord, sont exposés les scores que les répondantes ont eu au niveau du bien-être psychologique avec l'échelle BESQ, de même que la distribution en fréquence selon les scores ayant été faibles, moyens, élevés ou très élevés. Est présentée également une comparaison entre les résultats de l'étude et ceux de Santé Québec. Deuxièmement, sont présentés les scores que les répondantes ont obtenu à l'échelle Work Environment Scale; ces scores sont aussi comparés avec ceux du groupe normatif de Moos (1994) Une remarque doit être faite à l'égard de l'échelle BESQ. Au moment du calcul, deux questions (b et k) ont été éliminées, soit celles qui concernent la perception de l'état de santé, puisque une ambiguïté a été observée dans le choix de réponses à ces questions. Ajoutons que Santé Québec a aussi éliminé ces deux questions du score total (Guyon et Levasseur, 1991), ce qui ramène la valeur maximale de l'échelle à 36 points au lieu de 42 points.

Le bien-être psychologique

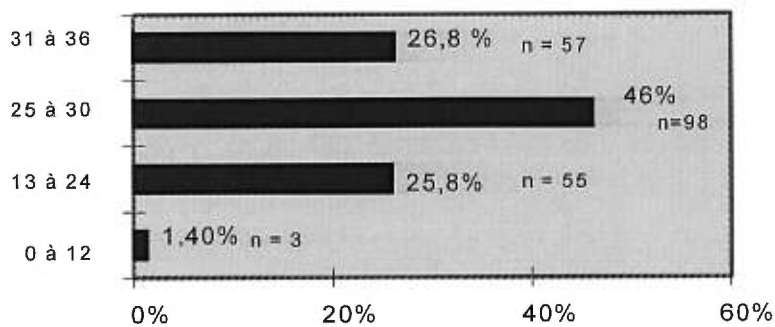
Le tableau X montre que le score moyen du bien-être psychologique est de 26,81 pour une valeur maximale de 36. L'écart-type, les valeurs d'étendue, de même que le coefficient de variation indiquent que les résultats sont passablement dispersés. La figure 3

révèle que 72,8 % des répondantes ont obtenu des scores de bien-être psychologique se situant entre élevés et très élevés, 25,8 % ont obtenu des scores moyens et seulement 1,4 % ont des scores faibles. Ces résultats d'infirmières espagnoles se rapprochent de ceux de Santé Québec (1987) obtenus auprès de la population générale du Québec. En effet, 71% des personnes au Québec ont des scores entre élevés et très élevés, le pourcentage des scores moyens est un peu plus bas que celui des infirmières espagnoles (22 %), contrairement au pourcentage des scores faibles qui est un peu plus élevé (3 %). Dans l'enquête de Santé Québec (1987) l'échelle BESQ a eu 4% de réponses inconnues.

Tableau X. Moyenne, écart-type, étendue et coefficient de variation du bien-être psychologique ($n = 213$)

Variable	\bar{x}	s	Etendue (min - max)	Coefficient de variation	Valeurs possibles
Bien-être psychologique	26,81	5,59	3 - 36	20,9%	0 - 36

Figure 3. Distribution des répondantes selon les scores du bien-être psychologique ($n = 213$)



0 à 12 = faible, 13 à 24 = moyen, 25 à 30 = élevé, 31 à 36 = très élevé

L'environnement de travail

Le profil de l'environnement de travail du groupe des infirmières espagnoles comparativement à celui du groupe normatif est illustré à la figure 4. Il ressort que dans deux caractéristiques de la dimension relationnelle, soit l'implication et la cohésion entre les pairs, les infirmières espagnoles ont des scores plus élevés que ceux du groupe normatif ; alors que les scores sont semblables pour le soutien du supérieur. Par rapport à la dimension de croissance personnelle, il faut remarquer le score très élevé que les infirmières espagnoles ont obtenu à la caractéristique orientation vers la tâche, alors que les scores pour la pression ressentie au travail et l'autonomie sont semblables à ceux du groupe normatif. Les faits saillants de la dimension maintien et changement des structures sont le niveau plus élevé donné à la clarté par le groupe des infirmières espagnoles et des résultats semblables à ceux du groupe normatif pour l'innovation et pour le confort physique des lieux. Des scores un peu plus élevés pour le contrôle sont également observés ; en d'autres mots les infirmières espagnoles ressentent plus de contrôle en milieu de travail que les personnes du groupe normatif.

En somme, les infirmières espagnoles perçoivent leur environnement avec plus d'implication au travail et une forte cohésion entre les collègues. Le soutien du supérieur est considéré comme étant modéré, de même que l'autonomie accordée. Elles font ressortir également l'orientation vers la tâche et la clarté, c'est-à-dire une bonne planification et efficacité au travail, de même que des attentes claires par rapport à leurs activités quotidiennes. En ce qui concerne la pression ressentie au travail, elle est perçue comme étant moyenne, elles ressentent un certain contrôle et une capacité d'innovation modérée.

Le tableau XI expose les moyennes, écarts-type et étendues du WES, en scores bruts, pour le groupe de l'étude. L'appendice D présente également les résultats du WES en scores standards, de même que les moyennes et écarts-type du WES, en scores bruts, obtenus par chacune des unités de soins. Les faits saillants qui se dégagent du tableau XI confirment les observations retenues en regard de la figure 4. Les écarts-type, l'étendue et les coefficients de variation amènent à constater que les résultats de la présente étude sont assez bien

dispersés, sauf pour la caractéristique « l'orientation vers la tâche » où la dispersion est plus faible.

Figure 4. Comparaison des scores bruts du WES obtenus à l'étude ($n = 213$) avec ceux du groupe normatif ($n = 4,879$)

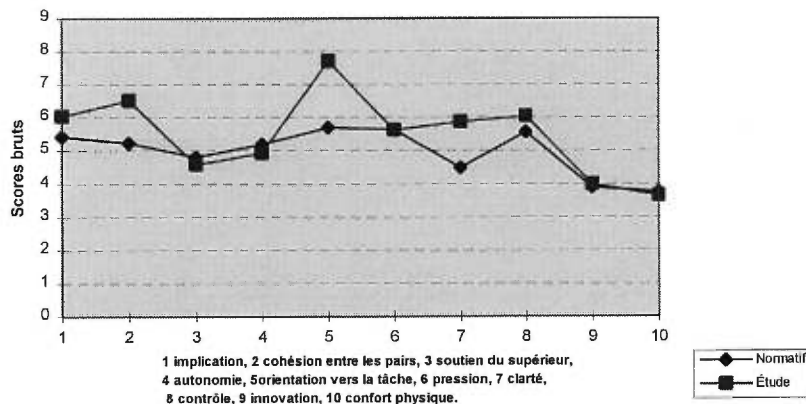


Tableau XI. Moyennes et écarts-type du WES du groupe normatif et de l'étude en scores bruts

Caractéristiques du WES	Groupe normatif (employés de différents milieux de santé, $n = 4,879$)		Infirmières de l'étude ($n = 213$)		Etendue (min - max)	Coefficient de variation %
	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
Implication au travail	5,43	2,26	6,05	1,87	1 - 9	30,9%
Cohésion des pairs	5,24	1,99	6,52	1,93	1 - 9	29,6%
Soutien du supérieur	4,82	2,21	4,59	2,17	0 - 8	47,3%
Autonomie accordée	5,20	1,96	4,93	1,77	1 - 9	35,9%
Orientation vers la tâche	5,70	2,00	7,72	1,17	3 - 9	15,2%
Pression ressentie	5,65	2,18	5,62	2,15	0 - 9	38,3%
Clarté	4,50	1,95	5,87	1,82	1 - 9	31,0%
Contrôle	5,57	1,89	6,05	1,83	1 - 9	30,2%
Innovation	3,90	2,34	4,00	2,12	0 - 9	53,0%
Confort physique	3,77	2,18	3,65	1,98	0 - 9	54,2%

Les relations entre les variables sociodémographiques et le bien-être psychologique

Des tests de t de Student, des analyses de variance (ANOVA) et des tests de corrélation de Pearson ont été effectués afin d'examiner les liens entre les variables sociodémographiques personnelles et professionnelles et la variable « le bien-être psychologique ». Les résultats de ces analyses sont illustrés à l'appendice E; il ressort qu'il n'existe aucun lien statistiquement significatif entre les variables sociodémographiques et le

bien-être psychologique. En d'autres termes, toutes les variables personnelles et professionnelles retenues dans cette étude ne semblent pas associées au bien-être psychologique des infirmières interrogées.

Les relations entre les variables sociodémographiques et l'environnement de travail

Le texte qui suit présente les résultats statistiquement significatifs qui ressortent des tests de *t* de Student, des analyses de variance et des tests de corrélation de Pearson effectués entre les variables sociodémographiques personnelles et professionnelles et les dix caractéristiques du Work Environment Scale. Dans le cas des analyses de variance significatives, des tests de comparaison multiple (test de Tukey et test de Bonferroni) ont été réalisés afin d'identifier la paire ou les paires de moyennes différentes. Ont été réalisés 200 tests entre les variables sociodémographiques et celles de l'environnement de travail ; parmi ces tests, seulement 50 ont donné des résultats statistiquement significatifs, un résumé est présenté au tableau XII. Les résultats détaillés pour chacun de ces test sont présentés à l'appendice E. Il existe des différences statistiquement significatives entre certaines variables sociodémographiques et certaines caractéristiques du Work Environment Scale, ce qui amène à croire que la perception de certains aspects de l'environnement de travail par les infirmières de cette étude est associée à certaines caractéristiques personnelles et professionnelles. Par ailleurs, il faut souligner que six variables sociodémographiques à l'étude n'ont pas eu de lien significatif avec aucune des caractéristiques de l'environnement. Ces variables sont : le nombre d'enfants, les personnes à charge autres que les enfants, le quart de travail, la spécialisation en soins infirmiers suivie après le 1^{er} cycle universitaire, la participation à des congrès subventionnés par l'hôpital et la collaboration à la réalisation de travaux scientifiques.

Tableau XII. Résumé des liens statistiquement significatifs entre les variables sociodémographiques et les caractéristiques du WES ($n = 213$)

Variabes sociodémographiques	Implication au travail	Cohésion des pairs	Soutien du supérieur	Autonomie accordée	Orientation vers la tâche	Pression au travail	Clarté	Contrôle	Innovation	Confort physique	Total
Unité de soins (n°)	•	•	•	•		•	•	•	•	•	9
Années d'expérience comme infirmière	•	•	•	•			•		•		6
Age	•	•	•				•		•		5
Contrat de travail	•		•	•	•		•				5
Années de travail à l'hôpital	•	•					•		•		4
Spécialisation de l'unité	•	•				•	•				4
Avoir une formation suffisante pour le travail	•	•	•			•					4
Années d'expérience à la même unité	•			•		•					3
Taille de l'unité		•								•	2
Travailler à la même unité que la spécialisation		•		•							2
Enfants oui / non							•			•	2
Statut d'emploi			•					•			2
Etat civil							•				1
Avoir choisi l'unité de soin						•					1
Total	8	8	6	5	1	5	8	2	4	3	50

* $p < 0,05$

Les faits saillants qui se dégagent du tableau XII sont d'abord le fait que l'unité de soins (n°) est la variable qui présente le plus de liens par rapport aux caractéristiques de l'environnement. En effet, 9 des 10 caractéristiques sont significatives, autrement dit, l'environnement est perçu de façon différente selon l'unité de soins. Deuxièmement, les années d'expérience comme infirmière apparaissent comme une variable dominante en regard de la perception de l'environnement de travail, puisque 6 des 10 caractéristiques y sont significativement associées. Il est raisonnable de croire que la variable années d'expérience comme infirmière et d'autres variables significatives sont associées entre elles. En effet, des tests de relation montrent que les années d'expérience comme infirmière sont corrélées à l'âge ($r = 0,96$, $p = 0,01$), aux années de travail à l'hôpital ($r = 0,97$, $p = 0,01$) et aux années d'expérience à l'unité de soins ($r = 0,81$, $p = 0,01$). De plus, cette variable est associée au fait d'avoir ou non des enfants ($t = -7,320$, $p = 0,001$) au type de contrat de travail ($t = 16,852$, $p = 0,01$) et à la spécialisation de l'unité de soins ($F = 6,356$, $p = 0,01$) ; les infirmières qui ont moins d'expérience professionnelle n'ont généralement pas d'enfants, elles ont plus souvent un contrat de travail temporaire et travaillent plus souvent dans les unités de soins médicaux.

Bref, l'ensemble de ces résultats suggèrent que les jeunes infirmières, ayant moins d'années d'expérience professionnelle et un contrat de travail temporaire perçoivent plus positivement les trois caractéristiques de la dimension relationnelle de l'environnement de travail (implication, cohésion des pairs et soutien du supérieur). Également, elles perçoivent généralement plus de clarté, d'autonomie et d'innovation, mais elles ressentent plus de pression que les autres. Enfin, les résultats suggèrent également que le fait d'avoir une formation suffisante amène à percevoir plus positivement l'implication, la cohésion des pairs, le soutien du supérieur et moins de pression au travail. Ajoutons que les infirmières dans les petites unités de soins, de 20 lits, perçoivent plus de cohésion des pairs et de confort physique que celles qui travaillent dans les unités de soins de 50 lits.

Les relations entre la variable « beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale » et les variables bien-être psychologique et environnement de travail

Le tableau XIII expose les résultats statistiquement significatifs qui se dégagent des tests de *t* de Student effectués entre la variable « beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale » et les variables « bien-être psychologique » et les « dix caractéristiques du Work Environment Scale ». Il en ressort que les répondantes qui ont beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale ressentent moins de bien-être psychologique et perçoivent moins que les autres d'implication et de cohésion des pairs dans leur environnement de travail. Elles ressentent également plus de pression au travail.

Tableau XIII. Test de *t* de Student entre la variable « beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale » et le bien-être psychologique et le WES (*n* = 213)

Variable	Bien-être psychologique				Implication au travail				Cohésion des pairs				Pression au travail			
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Avoir beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale																
Non	27,96	5,19	-4,512		6,25	1,88	-2,342		6,71	1,76	-2,052		5,32	2,18	2,950	
Oui	24,42	5,68	0,01*		5,62	1,78	0,02*		6,10	2,20	0,04*		6,24	1,95	0,01*	

* $p < 0,05$

Les relations entre la variable « beaucoup de difficultés à concilier l’horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale » et les variables sociodémographiques

Cette variable liée à la conciliation a également été mise en relation avec les variables sociodémographiques. Il ressort qu'elle est associée significativement à l'âge ($t = 2,478$, $p = 0,01$). Autrement dit, ce sont des infirmières plus âgées qui perçoivent, plus souvent, beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail et la vie personnelle ou familiale. De même, cette variable est associée significativement aux années d'expérience à la même unité de soins de soins ($t = 2,783$, $p = 0,01$) ; en d'autres termes, ce sont surtout les infirmières qui ont beaucoup d'années d'expérience à l'unité de soins de soins qui perçoivent beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail et la vie personnelle ou familiale. Enfin, cette variable est associée significativement au statut civil ($\chi^2 = 4,159$, $p = 0,04$) et au fait d'avoir des enfants ($\chi^2 = 8,849$, $p = 0,01$). Ce dernier résultat suggère que ce sont surtout les infirmières qui sont mariées et/ou qui ont des enfants qui perçoivent beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail et la vie personnelle ou familiale.

La vérification des hypothèses de la recherche

Le coefficient de corrélation de Pearson a servi à vérifier les dix hypothèses de la recherche. Les tests statistiques ont été considérés significatifs si le niveau critique observé était inférieur à 5% ($p < 0,05$). La force de la relation a été considérée comme étant faible si le coefficient de corrélation était inférieur à 0,30 ($r \leq 0,30$), comme étant modérée s'il se situait entre 0,30 et 0,70 ($0,30 < r < 0,70$), et comme étant élevée lorsque le coefficient était égal ou supérieur à 0,70 ($r \geq 0,70$) (Norusis, 1990).

Hypothèse H₁

Le résultat du test de corrélation de Pearson est exposé au tableau XIV, ce résultat supporte l'hypothèse à l'effet qu'il existe une corrélation significative et positive, mais faible, entre l'implication au travail et le bien-être psychologique.

Tableau XIV. Corrélation entre les scores de l'implication au travail et ceux du bien-être psychologique

Implication	Bien-être psychologique		
	n	r	p
	213	0,28	0,01

Hypothèse H₂

Le tableau XV montre le résultat du test de corrélation de Pearson qui permet de confirmer l'hypothèse 2. Il existe une corrélation significative et positive, mais faible, entre la cohésion entre les pairs et le bien-être psychologique.

Tableau XV. Corrélation entre les scores de la cohésion entre les pairs et ceux du bien-être psychologique

Cohésion entre les pairs	Bien-être psychologique		
	n	r	p
	213	0,22	0,01

Hypothèses H₃

L'hypothèse 3 est également confirmée, puisqu'il existe une corrélation significative et positive, mais faible, entre le soutien du supérieur et le bien-être psychologique. Ce résultat est présenté au tableau XVI.

Tableau XVI. Corrélation entre les scores du soutien du supérieur et ceux du bien-être psychologique

Soutien du supérieur	Bien-être psychologique		
	n	r	p
	213	0,22	0,01

Hypothèse H4

L'hypothèse 4 est supportée. Il existe une corrélation significative et positive, mais faible, entre l'autonomie accordée au travail et le bien-être psychologique. Le tableau XVII exhibe ce résultat.

Tableau XVII. Corrélation entre les scores de l'autonomie accordée au travail et ceux du bien-être psychologique

	Bien-être psychologique		
	n	r	p
Autonomie	213	0,20	0,01

Hypothèse H5

L'hypothèse 5 n'est pas confirmée, puisqu'il n'y a pas de corrélation significative et positive entre l'orientation vers la tâche et le bien-être psychologique. Le résultat est montré au tableau XVIII.

Tableau XVIII. Corrélation entre les scores de l'orientation vers la tâche et ceux du bien-être psychologique

	Bien-être psychologique		
	n	r	p
Orientation vers la tâche	213	0,06	0,36

Hypothèse H6

Le résultat du test de corrélation de Pearson est exposé au tableau XIX, ce résultat confirme l'hypothèse 6. Il existe une corrélation significative et négative, mais faible, entre la pression ressentie au travail et le bien-être psychologique.

Tableau XIX. Corrélation entre les scores de la pression ressentie au travail et ceux du bien-être psychologique

	Bien-être psychologique		
	n	r	p
Pression ressentie au travail	213	-0,21	0,01

Hypothèse H7

L'hypothèse 7 est également supportée, puisqu'il existe une corrélation significative et positive, mais faible, entre la clarté des attentes au travail et le bien-être psychologique. Le tableau XX montre ce résultat.

Tableau XX. Corrélation entre les scores de la clarté des attentes au travail et ceux du bien-être psychologique

	Bien-être psychologique		
	n	r	p
Clarté	213	0,26	0,01

Hypothèse H8

L'hypothèse 8 n'est pas confirmée. Il n'y a pas de corrélation significative et négative entre le contrôle en milieu de travail et le bien-être psychologique. Le résultat est présenté au tableau XXI.

Tableau XXI. Corrélation entre les scores du contrôle en milieu de travail et ceux du bien-être psychologique

	Bien-être psychologique		
	n	r	p
Contrôle	213	-0,06	0,36

Hypothèse H₉

Le résultat du test de corrélation de Pearson est exposé au tableau XXII, ce résultat supporte l'hypothèse 9. Il existe une corrélation significative et positive, mais faible, entre l'innovation au travail et le bien-être psychologique.

Tableau XXII. Corrélation entre les scores de l'innovation au travail et ceux du bien-être psychologique

	Bien-être psychologique		
	n	r	p
Innovation	213	0,14	0,049

Hypothèse H₁₀

L'hypothèse 10 n'est pas confirmée, puisqu'il n'existe pas de corrélation significative et positive entre la confort physique du lieu de travail et le bien-être psychologique. Le tableau XXIII montre ce résultat.

Tableau XXIII. Corrélation entre les scores du confort physique du lieu de travail et ceux du bien-être psychologique

	Bien-être psychologique		
	n	r	p
Confort physique	213	0,04	0,61

Il importe de noter que sept des dix hypothèses ont été confirmées, même si les corrélations obtenues ont été faibles. En d'autres termes, il existe des corrélations entre les caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique. Ces résultats suggèrent que la plupart des caractéristiques de l'environnement de travail sont associées au bien-être psychologique des infirmières interrogées. Toutes les caractéristiques de la dimension relationnelle (implication, cohésion entre les pairs, soutien du supérieur) sont associées au bien-être psychologique. De même, deux caractéristiques de la dimension croissance personnelle (autonomie et pression ressentie au travail) sont associées au bien-

être psychologique. Enfin, deux des quatre caractéristiques de la dimension maintien et changement des structures (clarté et innovation) sont associées au bien-être psychologique.

Les analyses de régression

En prenant appui sur le cadre de référence de la présente étude et afin d'identifier les principaux prédicteurs du bien-être psychologique, une analyse de régression linéaire multiple avec sélection séquentielle des variables (Stepwise) a été effectuée. Cette analyse porte sur le score global du bien-être psychologique et les sept caractéristiques du WES significativement corrélées avec le bien-être psychologique, soit l'implication, la cohésion entre les pairs, le soutien du supérieur, l'autonomie, la pression ressentie au travail, la clarté et l'innovation. De plus, l'analyse de régression a également tenu compte de la variable « difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale » ; rappelons que cette dernière variable, en excluant les caractéristiques du WES, a été la seule reliée significativement au bien-être parmi tous les tests bivariés présentés auparavant. Le tableau XXIV présente les résultats qui montrent que trois de ces variables sont des prédicteurs significatifs du bien-être et expliquent 16,6 % de la variance du bien-être psychologique.

Tableau XXIV. Analyse de régression multiple entre le bien-être psychologique et les caractéristiques du WES et la variable beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail/ vie personnelle ou familiale ($n = 213$)

Variables explicatives	B	Bêta	R ²	R ² cumulatif	p
Constante	28,303				
Beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail/ vie personnelle ou familiale	-2,728	-0,23	8,80%	-	0,01
Implication au travail	0,713	0,24	5,60%	-	0,01
Pression ressentie au travail	-0,390	-0,15	2,20%	-	0,02
				16,60%	

Il ressort de ce tableau que la variable « avoir beaucoup difficultés à concilier l'horaire de travail et la vie personnelle ou familiale » est le principal prédicteur du bien-être psychologique, expliquant à elle seule 8,8% de la variance ($\beta = -0,23$, $p < 0,01$). Autrement dit, les infirmières qui expriment avoir beaucoup de difficultés pour concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale perçoivent moins du bien-être psychologique que les autres. L'implication au travail est le deuxième prédicteur en ordre d'importance du bien-être psychologique expliquant, à elle seule, 5,6% de la variance ($\beta = 0,24$, $p < 0,01$). En d'autres termes, plus l'infirmière perçoit d'implication dans son environnement de travail plus elle aura tendance à ressentir un bien-être psychologique élevé. Par ailleurs, la pression ressentie au travail semble agir dans la direction inverse. En effet, il existe une relation négative et significative ($\beta = -0,15$, $p < 0,02$) entre la pression ressentie et le bien-être psychologique des infirmières interrogées. Ce résultat suggère que l'infirmière qui perçoit beaucoup de pression venant de son environnement de travail aura tendance à ressentir moins de bien-être psychologique.

Pour faire suite aux résultats obtenus à l'analyse de régression multiple en regard du bien-être psychologique, des analyses de cheminement critique ont été réalisées afin d'identifier les principaux prédicteurs des variables implication et pression ressentie au travail. D'abord, une analyse de régression multiple (Stepwise) a été effectuée entre l'implication et les neuf autres caractéristiques du WES, en plus des variables sociodémographiques qui ont été associées significativement à l'implication (voir appendice E). Le tableau XXV montre qu'il y a quatre variables qui expliquent 50,6% de la variation de l'implication au travail. La cohésion entre les pairs ressort comme le principal prédicteur de l'implication, expliquant, à elle seule, 37,4 % de la variance ($\beta = 0,42$, $p < 0,01$). En d'autres termes, les infirmières qui perçoivent plus de cohésion entre les collègues ressentent davantage d'implication au travail. La clarté des attentes est le second prédicteur en ordre d'importance expliquant, à elle seule, 10,7% de la variance ($\beta = 0,35$, $p < 0,01$). Le fait que les infirmières aient une connaissance claire des règles et politiques de l'hôpital, de même que des activités quotidiennes à accomplir favorise la perception positive de l'implication au travail. Enfin, deux autres variables sont également des prédicteurs significatifs de l'implication, mais leur influence est très faible expliquant très peu de variance. En effet, le

soutien du supérieur explique 1,2% ($\beta = 0,14$, $p < 0,01$) de la variance et la pression ressentie au travail explique 1,3% ($\beta = 0,12$, $p < 0,02$) de la variance de l'implication.

Tableau XXV. Analyse de régression multiple entre l'implication au travail et les autres caractéristiques du WES et les variables sociodémographiques associées à l'implication ($n = 213$)

Variables explicatives	B	Bêta	R ²	R ² cumulatif	p
Constante	0,184				
Cohésion des pairs	0,411	0,42	37,4%	-	0,01
Clarté	0,360	0,35	10,7%	-	0,01
Soutien du supérieur	0,116	0,14	1,2%	-	0,01
Pression ressentie au travail	0,100	0,12	1,3%	-	0,02
				50,6%	

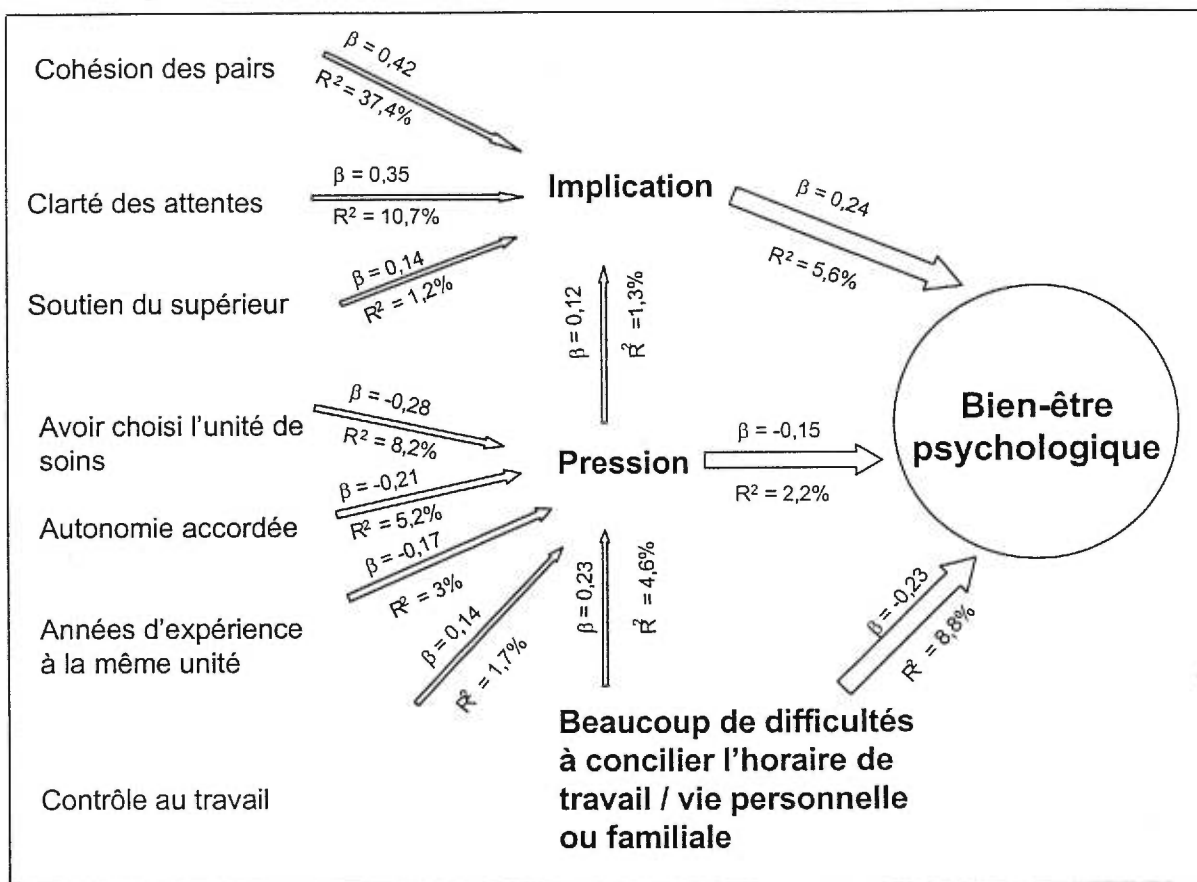
Deuxièmement, a été effectuée une analyse de régression multiple (Stepwise) entre la pression ressentie au travail et les neuf autres caractéristiques du WES, en plus des variables sociodémographiques associées significativement à la pression (voir appendice E). Les faits saillants qui se dégagent du tableau XXVI montrent que cinq variables ont été retenues dans l'analyse de régression ; ces variables expliquent 22,7% de la variance de la pression ressentie au travail. Le premier prédicteur « avoir choisi l'unité de soins » explique 8,2% ($\beta = -0,28$, $p < 0,01$) de la variance de la pression ressentie, il semble que les infirmières qui n'ont pas choisi l'unité de soins pour y travailler ressentent davantage la pression en milieu de travail. L'autonomie ressort comme le deuxième prédicteur, cette variable explique 5,2% ($\beta = -0,21$, $p < 0,01$) de la variance de la pression au travail ; en effet, quand les infirmières perçoivent une autonomie moindre elles ressentent une plus grande pression. Le troisième prédicteur est la variable « beaucoup de difficultés à concilier horaire de travail / vie personnelle ou familiale » expliquant 4,6% ($\beta = 0,23$, $p < 0,01$) de la variance, ce résultat suggère que les infirmières qui expriment avoir beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale perçoivent plus de pression. Les années d'expérience à la même unité de soins est le quatrième prédicteur en ordre d'importance expliquant 3% de la variation de la pression au travail, les infirmières qui sont depuis longtemps à l'unité de soins ressentent moins de pression que les autres ($\beta = -0,17$, $p <$

0,01). Enfin, le contrôle explique 1,7% ($\beta = 0,14$, $p < 0,04$) de la variance, ce qui suggère que les infirmières qui perçoivent un plus grand contrôle, venant de leur environnement de travail, ressentent une plus grande pression.

Tableau XXVI. Analyse de régression multiple entre la pression ressentie au travail et les autres caractéristiques du WES et les variables sociodémographiques associées à la pression ($n = 213$)

Variables explicatives	B	Bêta	R ²	R ² cumulatif	p
Constante	3,298				
Avoir choisi l'unité de soin	1,198	-0,28	8,2%	-	0,01
Autonomie accordée	-0,253	-0,21	5,2%	-	0,01
Beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail / vie personnelle ou familiale	1,074	0,23	4,6%	-	0,01
Années d'expérience à la même unité	-6,816E-02	-0,17	3,0%	-	0,01
Contrôle	0,161	0,14	1,7%	-	0,04
				22,7%	

Les résultats empiriques obtenus dans le cadre de cette recherche permettent d'élaborer un modèle des déterminants significatifs du bien-être psychologique des infirmières interrogées, ce modèle est illustré à la figure 5.

Figure 5. Modèle des prédicteurs significatifs du bien-être psychologique ($n = 213$)

Les résultats obtenus aux questions ouvertes et commentaires des infirmières

A la fin du questionnaire de recherche, deux questions ouvertes étaient proposées aux infirmières qui souhaitaient ajouter des commentaires, réflexions ou remarques en regard de la présente étude. Ces commentaires sont d'importance puisqu'ils reflètent l'avis et les recommandations de la majorité des infirmières interrogées, infirmières qui ont pris le temps et ont eu le souci d'ajouter par écrit leur opinion.

Des 213 infirmières de l'étude un total de 170 infirmières ont répondu à cette partie du questionnaire, ce qui représente un taux de participation élevé, soit 79,81%. L'analyse de contenu, effectuée selon l'approche de Bourbonnais, Comeau, Dion et Vézina (1997), a permis de classifier les commentaires des infirmières dans diverses catégories. Le tableau XXVII montre les 12 catégories dégagées et le nombre d'infirmières qui ont fait des commentaires par rapport à chacune de ces catégories. L'horaire de travail et les jours de congé a été le thème qui a ressorti davantage dans les commentaires écrits (plus de la moitié des infirmières interrogées, n =113, 66,47%). Ces commentaires ont tous été faits dans le même sens, c'est-à-dire que la plupart des infirmières souhaitent une amélioration du quart de travail de rotation et une augmentation des jours de congé. A l'égard de ces commentaires, deux justifications fondamentales ont été ajoutées par les infirmières, d'une part, le fait de rendre plus compatible le travail avec la vie familiale et personnelle ; on constate ici que les infirmières expriment un conflit de temps entre l'horaire de travail et la vie familiale. D'autre part, le fait d'avoir suffisamment de temps pour se reposer autant au plan physique que psychologique, dans cette remarque, les infirmières manifestent un conflit d'énergie ; en d'autres termes, elles ont besoin de plus de temps pour rétablir leur énergie avant de retourner au travail. Les phrases textuelles qui suivent illustrent bien cette catégorie.

El poder compaginar mejor, mi horario de trabajo con mi vida familiar (Inf. 90, ligne 426). Pouvoir concilier mieux l'horaire de travail avec ma vie de famille. Creo que para mi bienestar sería fundamental el hacer el intento de mejorar el rotatorio de los turnos y poder librar un poco mejor, ya que es terriblemente complicado el tener que compaginar el trabajo y mi familia los fines de semana (Inf. 106, lignes 480 - 482). Je crois que pour mon bien-être, il serait très

important d'essayer d'améliorer le quart de rotation et les jours de congé, puisqu'il est vraiment difficile de concilier le travail et la famille la fin de semaine.

Mejorar los turnos (fines de semana) para llevar una vida « lo más parecida posible al resto de la gente » que no se dedica a la rama sanitaria (Inf 160, lignes 706 -707). Améliorer les horaires de travail (fin de semaine) afin de favoriser « une vie le plus semblable au reste des gens », qui ne travaillent pas dans le domaine de la santé.

Turnos más aseguibles para poder compaginar mejor con mi vida familiar (Inf. 182, ligne 830). Horaires de travail plus accessibles afin qu'ils soient plus compatibles avec la vie en famille.

Me encuentro muy a gusto en mi trabajo en casi todos los aspectos, pero creo que es una profesión estresante tanto física como psicológicamente y que el descanso semanal no es suficiente (Inf. 106, lignes 480 - 482). Je me sens très bien dans mon travail, presque dans tous les aspects, mais je crois que la profession est stressante au plan physique et psychologique, pour cela, le repos hebdomadaire n'est pas suffisant.

Aumento de los días libres semanales, un solo día no es suficiente para descansar física y mentalmente de un trabajo tan bonito, pero a la vez tan agotador como es la enfermería (Inf. 116, lignes 534 - 535). Augmentation des jours de congé hebdomadaire, un seul jour n'est pas suffisant pour se reposer au plan physique et psychologique d'une profession aussi belle, mais épuisante comme être infirmière.

Tableau XXVII. Catégories ressorties des questions ouvertes et fréquence pour chacune d'elles

Catégories	n = 170	%
Horaire de travail et jours de congé	113	66,47
Relations sociales au travail	77	45,29
Pression ressentie en milieu de travail	65	38,24
Confort physique	54	31,76
Formation	21	12,35
Organisation	20	11,76
Avantages sociaux	17	10,00
Définition du rôle	9	5,29
Profession et soigner des patients	9	5,29
Nombre de patients par unité	6	3,53
Clarté	5	2,94
Autonomie décisionnelle	4	2,35

Le deuxième thème que les infirmières ont retenu, en ordre de fréquence, a été les relations sociales au travail. Dans cette catégorie, sont inclus tous les commentaires autant positifs que négatifs que les infirmières ont fait par rapport au soutien des collègues, des supérieures, de même que le désir de travailler plus en partenariat avec les médecins, de travailler davantage en équipe et d'avoir des réunions professionnelles. Egalement, se sont regroupés dans cette catégorie les commentaires qui exprimaient le désir des infirmières en

regard de la reconnaissance et de la valorisation de leur travail par d'autres professionnels. Quelques commentaires d'infirmières illustrent bien cette catégorie.

Más trabajo en equipo para cambiar entre todos los problemas que encontremos (Inf. 126, ligne 575). Travailler plus en équipe pour changer entre nous tous les problèmes qui se présentent.

Contribuye a mi bienestar el buen ambiente de trabajo, compañerismo, siempre hay alguien que está dispuesto a ayudarte (Inf. 152, lignes 678 - 679). Ce qui contribue à mon bien-être, c'est le bon climat de travail, la bonne camaraderie, et le fait qu'il y a toujours quelqu'un de bien disposé à t'aider.

Mayor colaboración con el equipo médico (Inf.163, ligne 714). Une plus grande collaboration avec les médecins.

Un reconocimiento mayor por parte de otros profesionales y que se nos valore más nuestro trabajo. (Inf. 168, ligne 741). Une plus grande reconnaissance de la part d'autres professionnels de notre rôle d'infirmière.

La pression ressentie au travail se retrouve dans les commentaires de 65 infirmières (38,24%), cette catégorie se rattache à toutes les expressions qui visent à diminuer la charge de travail, les contraintes de temps et à augmenter le nombre de personnel. Les commentaires qui suivent reflètent ce thème.

Contribuiría al bienestar propio y al de mis compañeras (incluida la supervisora y auxiliares) y del paciente el aumento del número de personal (Inf.61, lignes 305 - 306). L'augmentation du nombre de personnel contribuerait à mon propre bien-être, à celui de mes collègues (incluant l'infirmière-chef et les infirmières auxiliaires) et à celui du patient.

Más personal en la planta (Inf. 87, ligne 419). Plus de personnel à l'unité.

Por el bienestar propio y el de mis compañeras creo que debería disminuir el ritmo de trabajo, el stress que genera a la larga puede ser perjudicial tanto para nuestra salud tanto física como psíquica. (Inf.155, lignes 686 - 687). Pour mon propre bien-être et celui de mes collègues, je crois qu'on doit diminuer le rythme du travail, le stress qui se produit peut être à long terme nuisible à notre santé physique et psychique.

Pienso que el bienestar en el entorno de trabajo muchas veces depende de la carga de trabajo que haya en esos momentos. (Inf.183, lignes 833 - 834). Je pense que le bien-être dans l'environnement de travail dépend beaucoup de fois de la charge de travail qu'il y a dans ces moments.

Le confort physique a été le quatrième thème en ordre d'importance, soit 31,76 % de l'ensemble des commentaires. Dans cette catégorie, sont regroupés tous les commentaires par rapport à la structure physique des unités de soins, à la décoration, aux aspects de la

climatisation et d'éclairage, au niveau du bruit dans les unités de soins, de même que les aspects reliés aux équipements et aux matériels des unités de soins. Egalement, ont été classifiés dans cette catégorie les commentaires que les infirmières ont fait à l'égard de l'uniforme de travail. En résumé, les infirmières suggèrent des améliorations de l'environnement physique et proposent un changement de l'uniforme pour un autre plus confortable. Les phrases suivantes montrent ces aspects.

Cambiaría el uniforme es bonito, pero no es cómodo a la hora de moverse (Inf.66, línea 332). Je changerais l'uniforme, il est joli, mais il n'est pas confortable au moment de faire les tâches.

Cambio de uniforme, para mejorar la comodidad de trabajo (Inf. 119, línea 544). Changer l'uniforme, pour être plus confortable au travail.

Cambiaría la estructura arquitectonica de la planta (Inf. 140, línea 638). Je changerais la structure architecturale de l'unité de soins.

Ampliación del espacio de trabajo (Inf. 146, línea 653). Agrandir l'espace de travail.

Aire acondicionado en verano (Inf. 173, línea 753). Air climatisé pendant l'été.

La formation a représenté 12,35% des commentaires faits par 21 infirmières. Parmi les diverses propositions qu'elles ont formulées, plusieurs se rattachent au fait d'avoir du temps pendant l'horaire de travail pour la formation et l'étude, ainsi qu'à la possibilité d'avoir plus de ressources documentaires aux unités de soins.

Las horas de clase y de estudio que sean dentro del turno (Inf.37, línea 185). Que les heures de formation et d'étude soient incluses dans l'horaire du quart de travail.

Material bibliografico de nuestra especialidad en la planta. (Inf. 101, línea 466). Avoir des livres de notre spécialité à l'unité.

Tener tiempo para la formación dentro de las horas de trabajo : biblioteca, etc. (Inf. 184, línea 842). Avoir du temps pour la formation durant les heures de travail : bibliothèque, etc.

Après la formation ont suivi les aspects d'organisation (n = 20, 11,76%) et les avantages sociaux (n = 17, 10%). Les commentaires par rapport à ces deux thèmes ont été plus diversifiés que dans les thèmes précédents. Quelques exemples illustrent ces catégories.

Horario para que de forma fija (mañana y tarde) el médico responsable hable con las familias acerca de la evolución del paciente (Inf. 7, líneas 40 - 42). Horaire stable (jour et soir) pour que le médecin responsable parle avec les familles des patients sur leur évolution.

Eliminar burocracia (Inf. 69, línea 364). Eliminer des aspects de bureaucratie.

Estoy contenta con el trabajo y cambiaría pequeños detalles de organización con médicos , administracion, etc. (Inf. 109, lignes 498 - 499). Je suis contente au travail, mais je changerais quelques petits détails d'organisation avec les médecins, administration, etc.

Más facilidades para la mujer en período de embarazo, se corren muchos riesgos y a veces no se puede seguir el mismo ritmo de trabajo (Inf. 32, lignes 162 - 163). Plus d'avantages pour la femme qui est enceinte, il y a beaucoup de risques et beaucoup de fois, elle ne peut pas suivre le même rythme de travail.

Posibilidad de movilidad a servicios con mejores horarios ó trabajos menos estresantes, mediante promociones internas (Inf. 33, lignes 167 - 168). Avoir la possibilité de changer d'unité de soins avec de meilleurs horaires ou avec un travail moins stressant, à travers de la promotion interne.

Mejores sueldos (Inf. 101, ligne 467). De meilleurs salaires.

La définition du rôle a reçu le même pourcentage (5,29%) que les commentaires qui s'attardaient à la profession et au fait de soigner les patients. Les premiers font référence à une bonne délimitation du rôle de chacun des professionnels, tandis que la plupart des commentaires qui concernent le fait de soigner les patients font ressortir les aspects le plus gratifiants de la profession. Les phrases suivantes illustrent ces deux thèmes

Delimitaría bien las funciones de todo el personal (Inf.129, ligne 607). Je ferais une bonne délimitation des tâches de tout le personnel.

El trabajo que tengo me realiza como persona y aumenta mi auto-estima, más conforme más seguridad voy adquiriendo. (Inf. 9, lignes 59 - 60). Le travail que je fais me développe plus comme personne et accroît l'auto-estime plus, dans la mesure que je prends plus de confiance.

Contribuyen a mi bienestar : la relación con el paciente y familia , que a fin de cuentas casi siempre son los que nos animan a seguir adelante. (Inf. 55, lignes 278 - 279). Ce qui contribue à mon bien-être, se sont les relations avec la personne soignée et sa famille ; ils sont afin de compte ceux qui nous encouragent à continuer en avant.

Les trois dernières catégories concernent un petit nombre d'infirmières qui ont fait quelques commentaires pour chacune d'elles. Ces catégories se rattachent à la diminution du nombre de lits par unités de soins, à la clarté des normes et des règlements, et à une plus grande participation aux décisions prises par la Direction de l'hôpital.

Chapitre cinquième

La discussion des résultats

Le chapitre cinquième s'attarde à l'interprétation et à la discussion des résultats obtenus dans la présente étude. En premier lieu, l'authenticité des résultats de la recherche est examinée, suit la discussion relative au fait que les infirmières sont en bonne forme psychologique et que l'environnement de travail est généralement favorable. Les hypothèses de la recherche sont également discutées, ainsi que le modèle des prédicteurs du bien-être psychologique dégagé des résultats empiriques obtenus. Enfin, des recommandations sont faites à l'égard de la pratique, de la gestion et de la recherche en sciences infirmières.

L'authenticité des résultats de la recherche

Dans cette partie du texte sont examinés les facteurs qui ont pu influencer sur la validité et l'authenticité des résultats obtenus dans la présente recherche. Il s'agit des caractéristiques de l'échantillon, des qualités métrologiques des instruments de mesure, de la méthode de collecte des données, du contrôle des variables étrangères pouvant influencer les variables d'intérêt, des analyses statistiques utilisées et, enfin, du cadre de référence.

Le taux de participation à cette étude, qui est très élevé (87,7%), amène à croire que les résultats obtenus peuvent être généralisés à l'ensemble des infirmières soignantes de l'hôpital. De même, le taux de participation par unité de soins varie entre 75% et 100%. Par ailleurs, une des limites de l'étude vient du fait qu'elle a été réalisée auprès d'un échantillon de convenance, composé d'infirmières travaillant dans un même centre hospitalier. Ce qui réduit la possibilité de généralisation des résultats à d'autres populations.

Le deuxième point à examiner, ce sont les qualités métrologiques des instruments traduits et utilisés dans cette recherche. Par rapport à la traduction en espagnol de l'échelle BESQ de Santé Québec, l'analyse de fidélité obtenue a été très bonne, ayant un coefficient Alpha de Cronbach à 0,85. La traduction en espagnol du WES présente quelques limites en regard de certains coefficients Alpha de Cronbach parmi les différentes caractéristiques ou sous-échelles du WES. Les résultats oscillent entre un niveau acceptable pour le soutien du supérieur (0,69), la pression ressentie au travail (0,67) et la cohésion des pairs (0,64) et un bas niveau pour l'autonomie (0,43) et l'orientation vers la tâche (0,37). Des interprétations possibles de ces résultats sont, d'une part, le type d'échelle de réponse qui est dichotomique,

le nombre de questions relativement réduit ($n = 9$) pour chacune des caractéristiques ou sous-échelles du WES, enfin, la taille et une certaine homogénéité de l'échantillon : 213 infirmières soignantes d'un même hôpital, en comparaison à 1045 travailleurs diversifiés pour le groupe normatif de Moos (1986). D'autre part, le coefficient de variation obtenu pour l'orientation vers la tâche (15,2%) révèle que les données sont peu dispersées, ce qui peut expliquer, en partie, le coefficient Alpha de Cronbach de 0,37. Ajoutons que Michaud (1991), dans la traduction française du WES, a également obtenu des coefficients Alpha de Cronbach les plus bas pour les caractéristiques orientation vers la tâche et autonomie accordée (voir appendice C). Rappelons par ailleurs les forces de la traduction en espagnole des instruments de mesure. En effet, à l'instar des recommandations de Fortin (1996), la technique utilisée était la retraduction ou méthode inversée, ce qui assure généralement une bonne fidélité de traduction. Également, un prétest a été effectué afin de vérifier si les questions et les consignes des instruments de la recherche étaient bien comprises.

Il importe d'ajouter que la mesure de la variable « avoir beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale » présente également quelques limites. D'une part, la méconnaissance de la validité et de la fidélité de cette mesure puisqu'il s'agit d'une seule question, d'autre part, le fait d'avoir utilisé un choix de réponse dichotomique pour répondre à cette question, quand il aurait été souhaitable d'utiliser un choix de réponse ordinal de type Likert.

Par ailleurs, la collecte des données est une des forces de la présente étude. En effet, elle a été faite au moyen de rencontres en petits groupes, selon les recommandations de Moos, ce qui a permis d'assurer que les questionnaires ont été remplis dans les mêmes conditions et d'une façon individuelle, de même que dans une ambiance tranquille, ce qui a permis de répondre au questionnaire d'une façon attentive et d'obtenir un taux très élevé de participation. De plus, tous les questionnaires ont pu être utilisés pour les analyses statistiques, du fait d'avoir très peu de réponses incomplètes. Un autre aspect à souligner, c'est d'avoir posé à la fin du questionnaire quelques questions ouvertes, afin que les infirmières puissent exprimer leurs commentaires sur le sujet. Cette perspective « émique »,

recommandée par Leininger (1994), pour laquelle les personnes s'expriment dans leurs propres termes atténuent les limites qui se présentent à l'utilisation de questionnaires fermés.

Une autre force de la présente étude est le contrôle de plusieurs variables étrangères. En effet, un grand nombre de variables sociodémographiques personnelles et professionnelles ont été contrôlées en regard de leur influence sur les variables d'intérêt, soit le bien-être psychologique et l'environnement de travail. Il importe de rappeler qu'aucune variable sociodémographique est associée au bien-être psychologique et quelques-unes d'entre elles sont associées à la perception de certaines caractéristiques de l'environnement de travail.

En ce qui concerne les analyses statistiques, il importe de souligner que l'écart-type, l'étendue et le coefficient de variation des variables d'intérêt amènent à penser que les données sont bien distribuées, sans doute selon la courbe normale. Également, le nombre de sujets dans chacun des caractères des variables examinées a été suffisant pour permettre de réaliser toutes les analyses pertinentes aux fins de la présente recherche. Enfin toutes les analyses ont été soumises à la consultation d'un spécialiste en statistique.

Le cadre de référence a été très utile pour les analyses de régression qui postulent un lien directionnel entre les variables. Ce cadre tient compte des aspects positifs, soit le soutien social au travail, l'autonomie décisionnelle, la croissance personnelle, de même que des aspects négatifs de l'environnement de travail, aspects susceptibles d'agir sur le bien-être psychologique. Soulignons cependant qu'il s'agit davantage d'un cadre conceptuel et non d'un cadre théorique appuyé sur des données empiriques.

Bref, ces considérations sur l'authenticité des résultats de la présente recherche amènent à croire que ces résultats, dans leur ensemble, sont dignes de confiance et présentent une bonne validité interne dans le cadre d'une recherche ayant utilisé un devis descriptif-corrélatif.

Des infirmières en bonne forme psychologique

A l'égard des scores du bien-être psychologique obtenus par les infirmières interrogées, il semble raisonnable d'affirmer que la plupart des infirmières de l'étude sont en bonne forme psychologique. En effet, le score moyen de ce groupe d'infirmières a été de 26,81 pour une valeur maximale de 36 points. Egalement, la distribution de fréquences (voir figure 3) permet de constater que 72,8% ont des scores entre élevés et très élevés, résultat qui rejoint celui de l'enquête de Santé Québec (1987) qui informe que 71% des québécois sont en bonne forme psychologique. De même, le profil de distribution de fréquences du bien-être psychologique du groupe des infirmières espagnoles se rapproche de celui de l'enquête de Santé Québec (1987). En d'autres termes, la plupart des infirmières interrogées se sentent pleines d'entrain et d'énergie, de bonne humeur, suffisamment détendues, aimées et appréciées ; elles considèrent aussi qu'il s'est passé un tas de choses intéressantes dans leur vie. Néanmoins, il importe de mettre en parallèle les résultats de la présente étude avec ceux d'autres groupes d'infirmières. Trois études se sont déroulées au Québec chez les infirmières francophones, en utilisant ce même instrument. Dans son étude, Savignac (1993) rapporte que 47% des infirmières de soins de longue durée étaient en bonne forme psychologique, alors que Harrison (1995) obtenait que 25% seulement des infirmières en médecine-chirurgie étaient en bonne forme psychologique. Egalement, Thomas (1996), auprès d'infirmières de la salle d'opération, rapporte que seulement 15,9% sont en bonne forme psychologique. Il ressort que la proportion d'infirmières du Québec ayant un niveau de bien-être psychologique élevé est beaucoup moins importante que la proportion d'infirmières espagnoles. Il faut mentionner que dans ces trois études les deux questions qui présentaient une ambiguïté dans le choix de réponse n'ont pas été enlevées au moment du calcul ; cela a peut-être influencé les résultats, en favorisant des scores plus bas.

On peut croire que la bonne forme psychologique des infirmières interrogées peut être expliquée, en partie, par un ensemble d'éléments occupationnels favorables. Il ressort d'abord, de ce groupe d'infirmières espagnoles, le niveau de formation. En effet, toutes les infirmières interrogées détiennent une formation de premier cycle universitaire en sciences infirmières. De plus, presque la totalité des infirmières ont obtenu une formation

supplémentaire de spécialiste et la plupart travaillent dans des unités de soins où elles sont spécialistes. Egalement, 87,8% affirment avoir une formation suffisante pour le travail à accomplir. Il est raisonnable de penser que la formation de ces infirmières contribue à leur autonomie dans l'accomplissement de leur travail quotidien. Ajoutons que dans cet hôpital c'est le système de prestation de soins globaux qui est utilisé ; ce qui favorise que les soins soient dispensés d'une façon intégrale aux personnes soignées, sans fragmentation des tâches. Enfin, il ressort aussi l'encouragement que l'employeur donne aux infirmières pour participer aux activités et projets scientifiques, ce qui permet aux infirmières de maintenir une attitude professionnelle et d'avoir des connaissances actualisées. En fait, cet ensemble de facteurs, liés à la formation des infirmières, au mode de prestation de soins et à la formation continue, doit contribuer à réduire le stress occupationnel engendré par un manque de formation et d'autonomie, de même que par une fragmentation des tâches dans l'organisation du travail. En contribuant à réduire la tension psychique liée au travail, ces éléments occupationnels favorables doivent, sans doute, contribuer à maintenir et à promouvoir le bien-être psychologique des infirmières.

Un environnement de travail généralement favorable

Les résultats obtenus dans la présente étude en regard des scores du WES permettent de soutenir que les infirmières interrogées se situent au-dessus ou dans la moyenne du groupe normatif de Moos (1994) en regard de toutes les caractéristiques du WES. Dans le groupe d'infirmières espagnoles, l'orientation vers la tâche est plus élevée que le groupe normatif et est perçue comme la caractéristique la plus positive, avec une moyenne en scores bruts de 7,72 pour une valeur maximale de 9. Autrement dit, dans leur ensemble ces infirmières accordent beaucoup d'importance à la réalisation de la tâche, à l'efficacité dans leur travail, au fait de travailler fort et d'accomplir beaucoup de travail, et elles perçoivent qu'il y a de la compétence dans leur environnement de travail. Ce résultat est comparable à celui de six autres recherches (Avallone & Gibbon, 1998 ; Duquette et coll. , 1994 a ; Duquette et coll. , 1993 ; Kérouac et coll. , 1992 a ; Kérouac et coll. , 1992 b ; Turnipseed, 1992) réalisées auprès d'infirmières d'hôpital, où l'orientation vers la tâche a obtenu le score le plus élevé parmi les dix caractéristiques de l'environnement de travail. Bref, les résultats

de l'ensemble de ces recherches suggèrent que les infirmières d'hôpital considèrent que l'orientation vers la tâche est la caractéristique la plus positive de leur environnement de travail.

Par contre, le confort physique des lieux a été la caractéristique perçue par les infirmières de l'étude comme étant la plus négative. Autrement dit, elles perçoivent que parfois il y a des courants d'air ou qu'il fait trop chaud, que l'espace de travail est terriblement encombré, que certaines unités bénéficieraient de quelques nouvelles décorations etc.. Ce résultat rejoint celui du groupe normatif et ceux des six autres recherches menées auprès des infirmières d'hôpital. Ajoutons que le confort physique en milieu de travail a aussi été l'objet de plusieurs commentaires des infirmières interrogées, ayant rapporté 54 suggestions à cet égard, comme par exemple : « *cambiaría el mobiliario de nuestro cuarto de curas* », « je changerais le mobilier de notre salle de travail » ; « *ampliar y renovar el servicio* », « agrandir et renouveler l'unité de soins ».

Par ailleurs, les scores obtenus pour chacune des trois caractéristiques de la dimension relationnelle amènent à penser que cette dimension, dans son ensemble, a été évaluée comme étant la plus positive de l'environnement de travail par le groupe des infirmières espagnoles. De même, cette dimension a été appuyée par 77 commentaires faits aux questions ouvertes sur les relations sociales au travail. En effet, ces infirmières, en général, perçoivent le climat de leur environnement de travail comme empreint d'un esprit d'équipe, d'aide mutuelle, de confiance pour discuter de leurs problèmes personnels, de même que pour socialiser avec leurs collègues en dehors de l'hôpital. Egalement, elles considèrent le travail comme étant un défi, en mettant tous leurs efforts pour l'accomplir et en acceptant, si l'occasion se présente, de nouvelles tâches autres que la charge de travail habituelle. Quelques commentaires illustrent ces aspects : « *en general me siento muy bien por el lugar y el personal. Mis compañeras son estupendas* », « de façon générale, je me sens très bien dans le milieu de travail et par rapport au personnel. Mes collègues sont extraordinaires » ; « *creo que el compañerismo entre enfermeras y auxiliares, sobre todo ante problemas personales que podemos tener, contribuye mucho a encontrarse bien en la planta y a tener ánimo para seguir trabajando a gusto* », « je crois que la camaraderie qui

existe entre infirmières et infirmières auxiliaires, surtout quand il se présente des problèmes personnels, contribue beaucoup à se sentir bien à l'unité de soins et à avoir du courage pour poursuivre le travail avec plaisir ». Ajoutons que le fait que la plupart des infirmières travaillent à temps plein et à la même unité de soins depuis au moins cinq ans, facilitent la constitution de collectifs de travail stables, ce qui en même temps favorise les relations sociales dans le milieu de travail.

Il ressort de la dimension croissance personnelle, en plus de ce qui a été mentionné à l'égard de l'orientation vers la tâche, que les scores obtenus par la pression ressentie au travail se situent à la moyenne du groupe normatif de Moos et au-dessous des scores rapportés par quelques autres études réalisées auprès des infirmières d'hôpital. En un mot, le groupe d'infirmières espagnoles ressentent une pression modérée en milieu de travail. Cependant, 65 infirmières ont fait des commentaires par rapport à la pression ressentie au travail comme ceux qui suivent : « *menor carga de trabajo* », « une charge de travail diminuée » ; « *que el trabajo sea un poco más tranquilo* », « que le travail soit un peu plus tranquille ».

Enfin, la clarté se démarque dans la dimension maintien et changement des structures. La clarté a été évaluée comme étant la caractéristique la plus positive de cette dimension ; les scores sont au-dessus de ceux du groupe normatif et des autres études menées auprès des infirmières d'hôpital. Ajoutons que seulement cinq infirmières se sont attardées à faire des commentaires en regard de la clarté. Ces résultats suggèrent qu'en général les infirmières interrogées savent clairement ce que l'on attend d'elles, de même que tous les règlements et politiques de l'hôpital leur ont été bien expliqués.

Il est intéressant de souligner qu'un item « les gens peuvent s'habiller de façon extravagante au travail », qui porte sur le contrôle au travail, a été répondu par la totalité des infirmières de l'étude comme étant faux. C'est normal, puisque dans tous les hôpitaux en Espagne l'uniforme de travail est fourni par l'employeur. Ainsi, les infirmières n'ont pas besoin de se procurer personnellement d'uniforme.

Il est important de noter que les résultats aux questions ouvertes renforcent, d'une certaine façon, ceux obtenus des données quantitatives. En plus, ces résultats rejoignent dans une certaine mesure ceux de la recherche de Bourbonnais et coll. (1997), effectuée auprès de 1891 infirmières de différents centres hospitaliers au Québec. Ces auteurs ont identifié les catégories « demande psychologique » (dans laquelle est classifiée la charge de travail ou pression ressentie au travail) et « soutien social au travail » comme étant les thèmes autour desquels les infirmières ont fait le plus de commentaires. Dans la présente recherche, ces deux thèmes ont ressorti en deuxième et troisième lieu selon l'ordre d'importance. Il semble donc que les infirmières des hôpitaux du Québec et celles de l'étude en Espagne s'expriment dans le même sens. Il est intéressant d'observer ce résultat similaire, chez des professionnels en soins infirmiers de différents pays.

Moos (1994) soutient « *qu'en général, les perceptions de l'environnement de travail sont très peu attribuables aux caractéristiques sociodémographiques ou à d'autres attributs personnels* » (traduction libre p. 26). Dans cette recherche, seulement quelques variables sociodémographiques semblent être associées à la perception de certaines caractéristiques de l'environnement de travail. Comme il a été mentionné auparavant, la perception de l'environnement de travail diffère entre les unités de soins, ce même résultat a également été rapporté par Avallone et Gibbon (1998) qui décèlent des différences entre les trois unités de soins examinées dans leur étude. De plus, ces derniers chercheurs informent qu'il existe des différences par rapport au sexe et au statut professionnel (titre d'emploi). Baker et coll. (1992) constatent, quant à eux, des différences significatives seulement par rapport au sexe. Dans la présente étude, ces deux caractéristiques n'ont pas pu être évaluées du fait que l'échantillon était composé de femmes seulement, ayant le même statut professionnel, celui d'infirmière soignante. Les années d'expérience professionnelle est une autre variable qui semble associée à la perception du climat de travail. En effet, dans cette recherche les jeunes infirmières semblent percevoir plus positivement leur environnement de travail. Ce résultat ne peut pas être comparé avec ceux d'autres études recensées, puisque cette variable n'a pas été examinée dans d'autres études. Ainsi, il s'agit donc d'un résultat empirique original.

La perception de l'environnement de travail est associée au bien-être psychologique

Tout d'abord, il importe de rappeler que sept des dix hypothèses postulées initialement ont été confirmées. Ces résultats suggèrent que la perception que les infirmières ont de la plupart des caractéristiques de l'environnement de travail est associée à leur bien-être psychologique. Ce sont les caractéristiques de la dimension relationnelle qui sont les plus importantes quand il s'agit du bien-être psychologique des infirmières. En effet la cohésion entre les pairs, le soutien du supérieur et l'implication au travail sont toutes des caractéristiques corrélées positivement et significativement au bien-être psychologique. Les deux autres dimensions de l'environnement de travail sont, dans leur ensemble, moins clairement associées au bien-être psychologique des infirmières. En effet, parmi les quatre caractéristiques de la dimension maintien et changement des structures, seule, la clarté des attentes ressort comme étant une caractéristique importante en regard du bien-être psychologique. De même, seulement deux des caractéristiques de la dimension croissance personnelle sont corrélées au bien-être psychologique ; la pression ressentie est associée négativement au bien-être psychologique alors que l'autonomie y est associée positivement. Il s'agit ici d'une importante contribution de la présente recherche, puisque c'est la première fois que des caractéristiques de l'environnement de travail sont mises en relation avec des indicateurs positifs de santé mentale. Toutes les études antérieures ayant utilisé le WES l'ont fait en relation avec des indicateurs négatifs de santé mentale. Les études sur les relations entre l'environnement de travail et l'épuisement professionnel ou la présence de symptômes psychologiques serviront de comparaison avec les résultats de cette recherche.

Une synthèse attentive de toutes les études recensées montre que chacune des dix caractéristiques du WES est associée à l'épuisement professionnel ou à la détresse psychologique chez les infirmières. Il ressort aussi de toutes ces études que c'est la dimension relationnelle qui semble être la plus reliée aux indicateurs négatifs de santé mentale. Il ressort également que la dimension de la croissance personnelle, en particulier en raison de la pression ressentie au travail, se dégage de plusieurs recherches comme ayant des corrélations modérées avec les indicateurs négatifs de santé. De même, dans la dimension

maintien et changement des structures, la clarté ressort comme étant la plus associée à l'épuisement ou à la présence de symptômes psychologiques. Bref, il découle de la comparaison établie précédemment que la dimension relationnelle semble la plus associée autant aux indicateurs négatifs de santé mentale, soit l'épuisement professionnel ou les symptômes psychologiques, qu'aux indicateurs positifs de santé mentale, soit le bien-être psychologique. Des résultats similaires sont observés pour les caractéristiques pression ressentie au travail et clarté. Ces résultats amènent à suggérer que la santé mentale positive ou négative des infirmières est principalement associées aux relations sociales au travail, suivies par la pression ressentie et la clarté. En fait, les résultats de la présente étude corroborent ceux obtenus dans les études précédentes. Il importe cependant de souligner que ces derniers résultats sont le fruit d'analyses statistiques bivariées ; si bien que les relations interactives entre ces variables sont encore mal connues.

Par ailleurs, il est intéressant de constater que la caractéristique du WES qui a obtenu le score le plus élevé (orientation vers la tâche) et celle qui a obtenu le score le plus bas (confort physique des lieux) ne sont pas associées au bien-être des infirmières interrogées. Ainsi, on peut penser que ces caractéristiques exercent peu ou pas d'influence sur le bien-être psychologique. Mentionnons cependant que ce résultat a pu être affecté par un artefact dû à la mesure, puisque pour la variable orientation vers la tâche les données sont peu dispersées. Pour le confort physique cependant les données sont fortement dispersées.

Enfin, il importe de mentionner que, dans les études recensées, les variables sociodémographiques semblent être très peu reliées aux indicateurs de santé. Seulement Duquette et ses collaborateurs (1995 a) observent que le statut d'emploi est un déterminant mineur de l'épuisement professionnel. En effet, dans leur étude les infirmières qui travaillent à temps plein présentent plus de risque de s'épuiser. Dans la présente étude aucun lien n'a été constaté entre les variables sociodémographiques et le bien-être psychologique des infirmières interrogées, sauf avec la variable « avoir beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale ». Ce résultat sera discuté plus attentivement dans le texte qui suit.

Un modèle des prédicteurs du bien-être psychologique

La principale contribution de la présente recherche est de proposer un modèle empirique des déterminants occupationnels du bien-être psychologique des infirmières. Ce modèle identifie et précise des facteurs de l'environnement de travail qui ont été proposés dans le modèle conceptuel de Vézina et coll. (1992). Également, notre modèle empirique permet de mieux comprendre les influences interactives et l'effet direct et indirect des caractéristiques de l'environnement du travail sur le bien-être psychologique des infirmières.

Les résultats discutés précédemment montrent qu'il y a plusieurs variables associées au bien-être psychologique des infirmières interrogées. Les analyses de régression multiple révèlent que trois variables ont un effet direct et prépondérant sur le bien-être psychologique des infirmières de l'étude. Deux de ces variables : « avoir beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale » et « la pression ressentie au travail » ont un effet négatif sur le bien-être psychologique, alors que l'implication au travail a un effet positif.

Les infirmières qui ont beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle ou familiale ressentent moins d'énergie, ont moins d'intérêt face à la vie, maîtrisent moins leurs émotions et elles se sentent tendues, sur les nerfs. En effet, les infirmières qui perçoivent avoir beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail et la vie personnelle ou familiale ont eu des scores de bien-être psychologique significativement plus bas que les autres. Ajoutons que 113 infirmières interrogées ont fait beaucoup de commentaires aux questions ouvertes par rapport à l'horaire de travail et les jours de congé. Mentionnons, également, que l'horaire de travail est un aspect important à considérer, notamment chez les infirmières qui travaillent dans les centres hospitaliers. Les effets du quart de rotation ou de nuit sur le rythme circadien sont bien connus, de même que la difficulté que représente le fait de travailler pendant le week-end pour socialiser avec la famille et les amis. Les résultats de la recherche de Loudoun et Bohle (1997) réalisée auprès de 172 infirmières démontrent que le conflit avec le travail est accentué parmi les femmes qui travaillent sur le quart de travail en rotation, qui ont un conjoint et qui ont un enfant à

leur charge. Bauer (1993) dans une étude phénoménologique, effectuée en Allemagne auprès d'un groupe d'infirmières portant sur la perception du quart de travail, fait émerger six thèmes, parmi eux « l'effet négatif du quart de rotation sur le bien-être » et « sur les altérations de la vie personnelle ». Ces résultats rejoignent ceux de la présente recherche, qui suggèrent un niveau moindre du bien-être parmi les infirmières qui expriment avoir beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail et la vie personnelle. Enfin, Vézina et coll. considèrent les horaires de travail en rotation comme un facteur de risque de la santé mentale, alors que dans notre modèle, ce sont les difficultés à concilier l'horaire de travail et la vie personnelle ou familiale qui exercent le plus d'influence sur le bien-être psychologique.

La pression ressentie ressort comme étant le deuxième facteur de risque puisqu'il exerce également une influence directe et négative sur le bien-être psychologique. C'est-à-dire, que les infirmières qui perçoivent dans leur environnement qu'il y a une pression constante à maintenir le rythme de travail, qu'il semble que tout est toujours urgent ou qu'il y a toujours des échéanciers à respecter ressentent moins de bien-être psychologique. Par ailleurs, l'implication au travail apparaît comme le principal facteur de protection ou de santé en regard du bien-être psychologique. En d'autres termes, les infirmières ressentent un plus grand bien-être psychologique quand elles perçoivent, dans leur environnement, que le travail est habituellement très intéressant, qu'il y a un esprit d'équipe, qu'on travaille très fort et que les gens s'offrent de l'aide mutuelle. Ajoutons que Morissette (1993) a démontré dans son étude que la manque d'implication est un prédicteur de l'épuisement professionnel des infirmières.

Les analyses de régression révèlent également que deux variables dominantes expliquent l'implication au travail. C'est d'abord la cohésion entre les pairs qui influence le plus l'implication au travail. Les infirmières perçoivent plus d'implication au travail principalement quand elles ressentent de l'aide, de l'intérêt et de la confiance mutuelle de la part de leurs collègues de travail. Également, quand les infirmières perçoivent connaître avec clarté ce qui est attendu d'elles quant à leurs activités quotidiennes, elles ressentent qu'il y a plus d'implication au travail. Pour ce qui concerne la pression ressentie, les infirmières qui

ont pu choisir l'unité de soins où elles travaillent, qui ont plusieurs années d'expérience à l'unité de soins et qui perçoivent avoir de l'autonomie dans leur travail ressentent moins de pression. Par contre, si elles perçoivent qu'il y a beaucoup de contrôle dans l'environnement de travail et qu'elles ont beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail avec la vie personnelle, elles ressentent une pression plus grande venant de leur environnement.

Tout cet ensemble de variables constitue le modèle explicatif du bien-être psychologique pour le groupe d'infirmières espagnoles. Il a été possible d'identifier plusieurs facteurs proposés par Vézina et ses collaborateurs (1992) et de décrire avec plus de précision leur action directe ou indirecte sur la santé mentale. Il ressort d'abord que toutes les caractéristiques de la dimension relationnelle sont présentes dans le modèle explicatif de cette étude. Soulignons que, la dimension relationnelle rejoint le soutien social au travail proposé par Vézina et coll. comme étant un important facteur de protection de la santé mentale des travailleurs. Ici on constate que le soutien des pairs et des supérieurs agit directement sur l'implication au travail, implication qui a un effet direct et modéré sur le bien-être psychologique des infirmières. Par ailleurs, Vézina et coll. suggèrent que la surcharge de travail est un facteur de risque en regard de la santé mentale. Dans le modèle de la présente étude, la pression ressentie se révèle comme étant un déterminant direct du bien-être psychologique. Enfin, quand Vézina et coll. mentionnent la communication déficiente comme étant un facteur de risque, cela rejoint la clarté de notre modèle. En effet la clarté avec laquelle les infirmières perçoivent que les normes et politiques sont communiquées agit directement sur l'implication au travail et indirectement sur le bien-être psychologique. L'autonomie accordée est également retrouvée dans les deux modèles. Vézina la propose comme étant un facteur de protection agissant directement sur la santé mentale, dans le modèle de cette recherche, l'autonomie agit directement sur la pression ressentie au travail et indirectement sur le bien-être psychologique. Autrement dit, quand les infirmières perçoivent davantage d'autonomie dans leur environnement de travail, la pression ressentie est moindre et, en conséquence, elles ressentent un bien-être psychologique plus élevé. Rappelons que l'autonomie concerne le fait que les infirmières soient très libres de planifier leurs tâches comme elles veulent, de faire preuve d'initiative pour faire les choses et de prendre leurs propres décisions. Ce dernier résultat rejoint celui de Parkes et Von Rabenau

(1993) qui soutiennent qu'il existe une interaction entre l'autonomie et la charge de travail ; dans le sens qu'une autonomie dans le travail réduit la perception d'une surcharge de travail. Également le contrôle, qui agit dans le modèle de cette recherche directement sur la pression ressentie et indirectement sur le bien-être, est retrouvé, d'une certaine façon, dans l'autonomie décisionnelle de Vézina et coll. En effet, un contrôle excessif peut limiter l'autonomie décisionnelle. Ajoutons que Vézina et coll. soutiennent que le travail en relation d'aide, c'est-à-dire être infirmière, par exemple, constitue déjà un facteur de risque de la santé mentale.

Bref, cette étude a permis de vérifier empiriquement des liens entre des caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique d'un groupe d'infirmières espagnoles et d'élaborer un modèle empirique qui précise et décrit l'influence de différents facteurs du modèle conceptuel de Vézina et coll. sur la santé, modèle qui a servi de cadre de référence pour cette recherche. Par ailleurs, il existe sans doute d'autres facteurs déterminants du bien-être psychologique des infirmières qui n'ont pas fait l'objet de cette étude.

Les variables retenues dans cette étude expliquent seulement 16,6% de la variance du bien-être psychologique. Ce fait laisse penser que d'autres variables peuvent avoir une influence prépondérante sur le bien-être psychologique. Plusieurs études ont suggéré que des facteurs liés aux caractéristiques psychiques des infirmières semblaient associés ou exercer une influence importante sur le bien-être psychologique et l'épuisement professionnel. Thomas (1996) a montré qu'il existe une forte corrélation ($r = 0,57$) entre le sens de cohérence et le bien-être psychologique d'infirmières de salle d'opération. De même, Savignac (1993) a observé une corrélation de 0,44 entre la hardiesse et le bien-être psychologique d'infirmières en gériatrie. Harrison (1995) a également obtenu une corrélation de 0,62 entre la hardiesse et le bien-être psychologique d'infirmières en médecine-chirurgie. Enfin, à partir d'analyses d'équations structurales qui tiennent compte à la fois de variables personnelles et contextuelles, Duquette et ses collaborateurs (1997) ont montré que le principal déterminant de l'épuisement des infirmières est la hardiesse.

Il importe d'ajouter le lien entre le problème présenté au début de cette étude et les résultats de la recherche. Le problème s'appuie sur des observations réalisées auprès d'un groupe d'infirmières d'une unité de soins d'un hôpital universitaire en Espagne. Ces observations suggéraient que ce groupe d'infirmières était en état de bien-être psychologique et on s'interrogeait sur les caractéristiques de leur environnement de travail qui y contribuaient. Il est possible d'affirmer que ces observations ont été confirmées, puisque la plupart des infirmières ont un niveau de bien-être psychologique élevé. En même temps, il a été démontré qu'il existe des associations entre les caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique du groupe d'infirmières espagnoles. L'implication du groupe d'infirmières dans leur travail est le principal facteur de santé qui contribue à leur bien-être psychologique. C'est aussi le soutien des pairs, c'est-à-dire l'aide, l'intérêt et la confiance qu'elles se manifestent, qui augmente l'implication au travail et agit indirectement comme étant un important facteur de protection de la santé mentale.

Recommandations pour la gestion, la pratique et la recherche en sciences infirmières

Avant de conclure, quelques suggestions sont présentées en regard de la gestion, de la pratique et de la recherche en sciences infirmières.

Recommandations pour la gestion en soins infirmiers

Dans cette recherche, trois aspects liés à l'environnement de travail ont été identifiés comme ayant une influence directe sur le bien-être psychologique. Ces aspects sont très clairs et très concrets, il s'agit d'avoir beaucoup de difficultés à concilier l'horaire de travail et la vie personnelle ou familiale, de l'implication au travail et de la pression ressentie. Les infirmières gestionnaires sont invitées à intervenir auprès des infirmières qui présentent beaucoup de difficultés à l'égard de l'horaire de travail et la vie de famille. Il est suggéré de bien connaître la situation particulière et conflictuelle de chacune de ces infirmières. En même temps, les infirmières gestionnaires sont invitées à mener des initiatives créatives en regard des horaires flexibles, tout en assurant la qualité des soins prodigués. Il est intéressant

de constater que des projets pilotes ont déjà été mis sur pied ; par exemple, The Time Care Projet, ayant des horaires flexibles afin de faciliter l'intégration entre le travail et la vie familiale des infirmières (Nursing Times, 1995).

Il est essentiel que les infirmières gestionnaires connaissent bien les points forts et les limites du climat social de leur milieu de travail. Dans cette recherche, l'implication ressort comme étant l'agent principal de santé, les infirmières gestionnaires sont conviées à faire ressortir davantage les points forts de l'environnement de travail. Plus concrètement, dans le cas de l'implication au travail, en favorisant l'esprit d'équipe et l'aide mutuelle, en agissant pour que le travail soit innovateur et en proposant aux infirmières de nouveaux défis. Egalement, il est important que les infirmières gestionnaires reconnaissent et expriment aux infirmières et au reste du personnel le bon travail qu'ils accomplissent.

Enfin, la pression ressentie au travail s'avère comme étant un agent négatif ou facteur de risque pour la santé. Les infirmières gestionnaires sont également invitées à identifier, avec les infirmières de chaque unité de soins, quelle est la pression ou la charge de travail aux différents moments de la journée et lors des jours de congé, à étudier la façon de mieux distribuer les charges de travail, à augmenter si nécessaire le nombre de ressources humaines, à évaluer le nombre de lits par unité, de même que le ratio infirmière / personne soignée et à offrir quelques avantages pour faciliter le repos des infirmières dans les périodes de surcharge de travail.

Recommandations pour la pratique en soins infirmiers

Les recommandations suivantes sont adressées aux infirmières soignantes, puisqu'il est important que chaque infirmière se rende compte que le climat social influence leur santé mentale. Il est vrai qu'il y a des aspects de l'environnement de travail qu'elles ne peuvent pas modifier directement. Mais, c'est également vrai qu'elles peuvent agir sur les bonnes relations sociales au travail. En effet, il a été démontré que la dimension relationnelle semble influencer davantage le bien-être psychologique. Les infirmières soignantes sont donc encouragées à renforcer ces relations, c'est-à-dire à adopter une attitude de partenariat et de

confiance, à favoriser un climat de travail chaleureux, à socialiser en dehors du travail, à être loyales envers chacun de leurs collègues et de leurs supérieurs.

Recommandations pour la recherche en sciences infirmières

Il serait intéressant de réaliser des études auprès d'échantillons probabilistes d'infirmières soignantes de différents hôpitaux. Il serait également important de constituer un échantillon de taille plus grande afin de pouvoir réaliser des analyses factorielles pour vérifier la validité des instruments traduits. De plus, l'utilisation d'un instrument plus approprié pour examiner le conflit entre le travail et la vie personnelle ou familiale est recommandée.

Compte tenu des résultats de la présente recherche, où il est décelé que l'existence de conflits de temps et d'énergie entre la vie professionnelle et la vie personnelle peut menacer le bien-être psychologique des infirmières soignantes ; il serait fortement intéressant de réaliser une étude corrélationnelle multivariée qui examine, auprès des infirmières soignantes, les relations entre les variables de l'environnement de travail, les conflits travail / vie personnelle ou familiale, les caractéristiques de la personnalité et le bien-être psychologique.

Conclusion

Cette recherche a d'abord permis de mieux connaître le niveau de bien-être psychologique des infirmières interrogées ; tel que mentionné plus tôt, le niveau du bien-être psychologique a été élevé pour la majorité des infirmières. De même, cette étude a permis de constater que ces infirmières, en général, perçoivent l'environnement de travail comme étant favorable. Il a été également intéressant de comparer le profil du bien-être psychologique et de la perception de l'environnement de travail d'un groupe d'infirmières espagnoles avec celui d'infirmières d'autres pays. De plus, cette recherche a démontré l'existence de relations entre la plupart des caractéristiques de l'environnement de travail examinées et un indicateur positif de santé mentale qu'est le bien-être psychologique. Enfin, cette recherche a permis d'élaborer un modèle empirique qui explique les déterminants prépondérants du bien-être psychologique. Il importe de remarquer que ce modèle élaboré à partir de données empiriques corrobore le modèle conceptuel de Vézina qui a été utilisé comme cadre de référence dans cette recherche.

A l'instar des écrits de Florence Nightingale, l'intérêt de cette recherche portait sur les relations entre l'environnement et la santé des personnes. Cent ans plus tard, les résultats de cette recherche suggèrent que ce ne sont pas les caractéristiques de l'environnement physique qui semblent influencer la santé mentale des infirmières au travail. En effet, le climat social du milieu de travail apparaît être comme le principal agent de santé en vue de promouvoir le bien-être des infirmières soignantes.

Pour terminer, soulignons l'importance de mettre en pratique les orientations ou suggestions présentées, qui découlent des résultats de l'étude, afin de rendre l'environnement de travail favorable à la santé mentale et au bien-être des infirmières soignantes. Ces orientations s'adressent à tous les intervenants en sciences infirmières ; ceux et celles qui, par leur pratique, leur gestion, leur recherche ou leur enseignement, souhaitent promouvoir la santé des infirmières en vue d'offrir des soins de qualité à la population. Des soins infirmiers empreints de sollicitude, de présence authentique, de respect, d'accompagnement et de soutien ne peuvent pas être prodigués par des infirmières qui ne sont pas elles-mêmes en bonne santé physique et mentale.

Références

Acton, G. J. (1994). Well-being as a concept for theory, practice and research. The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing, 1 (11), 1-26.

Aguinaga, E. , Guillén, F. , Notivol, P. , Pérez, D. , y Aguinaga, I. (1996). Salud mental y estilo de vida de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Pública de Navarra. Enfermería Clínica, 6 (3), 108-112.

Andrews, F. M. , & Withey S. B. (1976). Social Indicators of Well-Being. New York : Plenum Press.

Association canadienne pour la santé mentale. (1984). Travail et bien-être, l'évolution du contexte du travail Toronto : Association canadienne pour la santé mentale.

Avallone, I. , & Gibbon, B. (1998). Nurses' perceptions of their work environment in a nursing development unit. Journal of Advanced Nursing, 27, 1193-1201.

Baker, G. A. , Carlisle, C. , Riley, M. Tapper, J. , & Dewey M. (1992). The work environment scale : a comparison of British and North American nurses. Journal of Advanced Nursing, 17, 692-698.

Banchet, L. , Laurendeau, M.- C. , Paul, D. , et Saucier, J.- F. (1993). La prévention et la promotion en santé mentale. Bourcherville (Québec) : Gaëtan Morin.

Bauer, I. (1993). Nurses' perception of the first hour the morning shift (6.00-7.00 a. m.) in German hospital. Journal of Advanced Nursing, 18 (6), 932-937.

Bédard, D. , et Duquette, A. (1998). L'épuisement professionnel : un concept à préciser. L'Infirmière du Québec, 6 (1), 18-23.

Bedeian, A. G. (1980). Organizations : Theory and Analysis. Hinsdale (Illinois) : The Dryden Press.

Beiser, M. (1974). Components and correlates of mental well-being. Journal of Health and Social Behavior, 15, 320-327.

Bourbonnais, R. , Comeau, M. , Dion, G. , et Vézina, M. (1997). Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centre hospitalier au Québec. Ste-Foy (Québec) : Université Laval. Faculté de médecine.

Bradburn, N. M. (1969). The Structure of Psychological Well-Being. Chicago : Aldine.

Canadien Mental Health Association. (1984). Work and Well-Being the Changing Realities of Employment. Toronto : The Canadien Mental Association.

Carlisle, C. , Baker, G. A. , Riley, M. , & Dewey, M. (1994). Stress in midwifery : a comparison of midwives and nurses using the Work Environment Scale. International Journal of Nursing Studies, 31 (1), 13-22.

Cherlin, A. , & Reeder, L. G. (1975). The dimensions of psychological well-being : a critical review. Sociological Methods and Research, 4, 189-214.

Chiriboga, D. A. , & Bailey, J. (1986). Stress and burnout among critical care and surgical nurses : a comparative study. Critical Care Quarterly, 9 (3), 84-92.

Chopoorian, T. J. (1986). Reconceptualizing the Environment. In P. Moccia (Edit), New Approaches to Theory Development (p. 39-54). New York : National League for Nursing.

Cloutier, F. (1994). La notion de santé mentale explication et critique. Dans P.F. Chanoit et J. de Verbizier (Édit.) , La psychiatrie à l'heure de la santé mentale (p. 20-33). Toulouse : Editions Erès.

Cohen, J. H. (1990). Community nurse executives' psychologic well-being : relationships among stressors, social support, coping, and optimism. Public Health Nursing, 7 (4), 194-203.

Constable, J. P. , & Russell, D. W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. Journal of Human Stress, 12 (1), 20-26.

Dictionnaire de la langue française. Encyclopédie et noms propres (1990). Italie : Hachette.

Dictionnaire de la langue française. Petit Robert (1986). Montréal : Les Dictionnaires Robert-Canada S. C. C.

Duquette, A. , Sandhu, B. K. , et Kérouac, S. (1993). Etude des facteurs associés à l'organisation des soins dans une unité de soins infirmiers. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

Duquette, A. , Sandhu, B. K. , et Kérouac, S. (1994 a). Facteurs liés au fonctionnement d'une unité de soins d'un centre hospitalier régional offrant des soins de courte durée. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

Duquette, A. , Kérouac, S. , Sandhu, B. K. , & Beaudet, L. (1994 b). Factors related to nursing burnout ; a review of empirical knowledge. Issues in Mental Health Nursing, 15, 337-358.

Duquette, A. , Kérouac, S. , Sandhu, B. K. , et Saulnier, P. (1995 a). Etude longitudinale de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

Duquette, A. , Kérouac, S. , Saulnier, P. , et Sandhu, B. K. (1995 b). Etude sur les stressors occupationnels en soins infirmiers. Gésiqualité, 13 (2), 2-5.

Duquette, A. , Kérouac, S. , Sandhu, B. K. , Ducharme, F. , & Saulnier, P. (1995 c). Psychosocial determinants of burnout in geriatric nursing. International Journal of Nursing Studies, 32 (5), 443-456.

Duquette, A. , Kérouac, S. , Sandhu, B. K. , Saulnier, P. , et Lachance, L. (1997). Validation d'un modèle de déterminants psychosociaux de la santé au travail de l'infirmière en gériatrie. Santé mentale au Québec, 22 (2), 257-278.

Dutcher, L. A. , & Adams, C. E. (1994). Work environment perceptions of staff nurses and aides in home health agencies. Journal of Nursing Administration, 24 (10), 24-30.

Evans, J. (1992). A study of the relationship among perceptions of the immediate supervisor's leadership style work environment and self-efficacy as reported by head-nurses. Unpublished doctoral dissertation, University of Columbia, New York. Etats-Unis.

Faura, T. , Roig  , M. , Serra, R. , Ortega, C. , Monegal, M. , Roig  , A. , y Caja, C. (1995). Prevalencia del síndrome de *burn-out* en enfermeras de hospitalizaci  n y de atención primaria. Enfermería Clínica, 5 (3), 105-110.

Fielding, J. , & Weaver, S. M. (1994). A comparison of hospital- and community - based mental health nurses : perceptions of their work environment and psychological health. Journal of Advanced Nursing, 19, 1196-1204.

Fortin, M. F. (1996). Le processus de la recherche de la conception à la réalisation. Québec : D  carie   diteur.

George, L. K. (1981). Subjective Well-Being : Conceptual and Methological Issues. In C. Eisdorfer (Ed.), Annual Review of Gerontology and Geriatrics (p. 345-382). New York : Springer Publing Company.

Gouvernement du Québec, Ministère des affaires sociales (1980). Environnement et santé. Québec : Direction des communications.

Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux (1988). Et la santé   a va ? (tome 1). Québec : Les Publications du Québec.

Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux. (1990). La promotion de la santé mentale. Collection promotion de la santé. Québec : Direction des communications.

Green, G. M. , & Baker, F. (1991). Work, Health, and Productivity. Oxford : Oxford University Press.

Guyon, L. , et Levasseur, M. (1991). Les variables : catégorisation, indicateurs et indices de Santé Québec (cahier technique 87-08). Québec : Enquête Santé Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

Hare, J. , Pratt, Cl. C. , & Andrews, D. (1988). Predictors of burnout in professional and paraprofessional nurses working in hospitals and nursing homes. International Journal of Nursing Studies, 25 (2), 105-115.

Harris, R. B. (1989). Reviewing nursing stress according to a proposed coping adaptation framework. Advanced in Nursing Science, 11 (2), 12-28.

Harrisson, C. (1995). Relations entre les types de stressseurs, les dimensions de la hardiesse et la bien-être d'infirmières de médecine - chirurgie. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Healy, R. J. (1980). Developing a Positive Work Environment. In : National League for Nursing. Creating a Positive Work Environment (p. 1-13) New York : Author.

Insel, P. M. , & Moos R. H. (1974). Work Environment Scale - Form R. Palo Alto (California) : Consulting Psychologists Press.

Insel, P. M. , & Moos R. H. (1974). Health and the Social Environment. Lexington (Massachusetts) : Lexington Books.

Insel, P. M. (1980). Environmental Variables and the Prevention of Mental Illness. Lexington (Massachusetts) : Lexington Books.

Jahoda, M. (1958). Current Concepts of Positive Mental Health. New York : Basic Books, Inc., Publishers.

Johnson, B. S. (1993). « Adaptation and Growth » Psychiatric-Mental Health Nursing (3^e ed). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

Kalimo, R. , El-Batawi, M. A. , et Cooper, C. L. (1988). Les facteurs psychosociaux en milieu de travail et leurs rapports à la santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Kérouac, S. , Duquette, A. , et Sandhu, B.K. (1992 a). Système pour dispenser des soins infirmiers une étude de cas du système modulaire. Cahier de recherche 1 en administration des soins infirmiers. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

Kérouac, S. , Duquette, A. , et Sandhu, B.K. (1992 b). Système pour dispenser des soins infirmiers une étude de cas du système global modifié. Cahier de recherche 2 en administration des soins infirmiers. Montréal : Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

Kérouac, S. , Pepin, J. , Ducharme, F., Duquette, A. , et Major, F. (1994). La pensée infirmière. Montréal : Etudes Vivantes.

Kim, H. S. (1983). Theoretical Analysis of Phenomena in the Domain of Environment. In H. S. Kim (Edit), The Nature of Theoretical Thinking in Nursing (p. 79-115). Norwalk (Connecticut) : Appleton-Century-Crofts.

Kleffel, D. (1991). Rethinking the environment as a domain of nursing knowledge. Advances in Nursing Science, 14(1), 40-51.

Laria, J. C. , Anguix, J. , Higuera, M. J. , Morata, C. , Ribera, D. , Cartagena de la Peña, E. , Roma, M. T. , y Higuera, A. (1995). Estrés en los profesionales de enfermería. Enfermería Clínica, 5 (1), 15-25.

Leininger, M. (1994). Nursing's agenda of health care reform : Regressive or advanced discipline status. Nursing Science Quarterly, 7 (2), 93-94.

Long, Cl. G. , Williams, M. , & Hollin Cl. R. (1995). Staff perceptions of organization change of treatment delivery on an addiction unit. Journal of Advanced Nursing 21, 759-765.

Loudoun, R. J. , & Bohle P. L. (1997). Work / non - work conflict and health in shiftwork : relationships with family status and social support. International Journal of Occupational & Environmental Health , 3 (3 Suppl) : S 71-77.

Major, A. (1995). Relations entre les dimensions de la hardiesse et celles de l'épuisement professionnel d'infirmières nouvellement diplômées. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Maslach, C. , & Jackson, S.E. (1981). MBI : Maslach Burnout Inventory. Research edition. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

McGrath, A. , Reid, N. , & Boore, J. (1986). Occupational stress in nursing. International Journal of Nursing Studies, 26 (4), 343-358.

Meseguer, A. , González, R. , y Calatayud, E. (1996). Enfermería, *burnout* y unidades de alto riesgo. Enfermería Clínica, 6 (6), 249-254.

Michaud, S. L. (1991). Relations entre les caractéristiques de l'environnement de travail et l'épuisement professionnel d'infirmières en service d'urgence. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Mohl, P. , Denny, N. R. , Mote, T. A. , & Coldwater, Ch. (1982). Hospital unit stressors that affect nurses : primary task vs social factors. Psychosomatics, 23 (4), 366-374.

Moos, R.H. (1973). Conceptualizations of human environments. American Psychologist, 28 (8), 652-665.

Moos, R. H. (1974). Evaluating Treatment Environments a Social Ecological Approach. New York : John Wiley & Sons.

Moos, R. H. (1986). Work Environment Scale Manual (2ed.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

Moos, R. H. (1987). The Social Climate Scales A User's Guide. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

Moos, R. H. (1994). Work Environment Scale Manual (3ed.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

Moos, R. H. , & Brownstein, R. (1977). Environment and Utopia. New York : Plenum Press.

Morissette, F. (1993). Facteurs reliés à l'épuisement professionnel des infirmières francophones oeuvrant aux soins intensifs au Québec. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Neubauer, P.J. (1988). The impact of stress, hardiness, home and work environment on illness, job satisfaction, and absenteeism in registered nurses. Unpublished doctoral dissertation, University of Missouri, Kansas City, Etats-Unis.

Norusis, M. J. (1990). SPSS - PC + 4.0 Base manual for the IBM PC/ XT/AT and PS/2. Chicago, IL. : SPSS Inc.

Nursing Times. (1995). Work versus home ?. Nursing Times, 91 (38), 40-42.

Organisation mondiale de la santé (1972). Risques pour la santé du fait de l'environnement. Genève : Auteur.

O'Rourke, M. W. (1986). The influence of social demographic, employment, and health factors on the psychological well-being of employed women. Issues in Mental Health Nursing, 8, 121-141.

Parkes, K. R. , & Von Rabenau, C. (1993). Work characteristics and well-being among psychiatric health-care staff. Journal of Community & Applied Social Psychology, 3, 243-259.

Pelletier, M. C. (1986). Burnout chez les infirmières travaillant en milieu psychiatrique. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Perrault, C. (1987). Les mesures de santé mentale : possibilités et limites de la méthodologie utilisée (cahier technique 87-06). Québec : Enquête Santé Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.

Perrault, C. , Légaré, G. , et Boyer, R. (1988 - 1989). La santé mentale des québécois. Santé Société, 11 (1), 50-53.

Perrault, C. , Prévile, M. , Boyer, R. , et Légaré, G. (1990). La mesure du bonheur : est-ce fiable, valide ou utile ? L'échelle de bien-être de Santé-Québec. Actes du 5^e congrès de la Fédération internationale d'épidémiologie psychiatrique. Montréal, Canada.

Phillips, D. L. (1967). Social participation and happiness. American Journal of Sociology, 72, 479-488.

Proulx, J. D. (1993). Bilan des causes d'invalidité chez les infirmières québécoises. Canadian Journal of Nursing Research, 25 (3), 59-63.

Rodríguez-Marín, J. , Mira, J. J. , Aranaz, J. , and Vitaller, J. (1992). Satisfaction of health care providers and quality assurance in Spanish hospitals. Work & Stress, 6 (3), 229-238.

Saulnier, P. (1993). Influence du soutien au travail sur le stress, les stressseurs occupationnels et l'épuisement professionnel d'infirmières en gériologie. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal , Canada.

Savignac, P. (1993). Perception des stressseurs en soins infirmiers, hardiesse et bien-être psychologique d'infirmières en soins de longue durée. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Schaefer, J. A. , & Moos, R. H. (1996). Effects of work stressors and work climate on long-term care staff's job morale and functioning. Research in Nursing & Health, 19, 63-73.

Shives, L. R. (1994). Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing. Philadelphia : J. B. Lippincott Company.

Stewart, A. L. , & Ware J. E. (1992). Measuring Functioning and Well-Being. Durham and London : Duke University Press.

Thomas, L. (1996). Relations entre le sens de la cohérence, le stress, les stressseurs et la santé d'infirmières de la salle d'opération. Mémoire non publié, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Turnipseed, D. (1992). Anxiety and perceptions of the work environment. Journal of Social Behavior and Personality, 7 (3), 375-394.

Turnipseed, D. (1994). An analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burnout syndrome. Journal of Applied Social Psychology, 24 (9), 782-800.

Tyler, P. A. , Carroll, D. , & Cunningham, S. E. (1991). Stress and well-being in nurses : a comparison of the public and private sectors. International Journal of Nursing Studies, 28 (2), 125-130.

Tyler, P. A. , & Cushway, D. (1992). Stress, coping and mental well-being in hospital nurses. Stress Medecine, 8, 91-98.

Tyler, P. A. , & Ellison, R. N. (1994). Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. Journal of Advanced Nursing, 19, 469-476.

Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. Canadian Psychology, 30 (4), 662-680.

Vézina, M. , Cousineau, M. , Mergler, D. , et Vinet, A. (1992). Pour donner un sens au travail, bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail. Québec : Gaëtan Morin.

Warr, P. (1978). A study of psychological well-being. British Journal of Psychology, 69, 111-121.

Wilcock, A. A. , van der Arend, H. , Darling, K. , Scholz, J. , Siddall, R. , Snigg, C. , & Stephens, J. (1998). An exploratory study of people's perceptions and experiences of wellbeing. British Journal of Occupational Therapy, 61 (2), 75-82.

Wilson, L. E. (1989). A analysis of selected variables influencing the acceptance of an innovation (autonomous nursing units) by nurses in an acute setting. Unpublished doctoral dissertation. University Pennsylvania, Pennsylvania. Etats-Unis.

Appendice A

Traductions inversées et questionnaire sociodémographique en français

**Traduction inversée du Work Environment Scale - form R (WES)
de Insel et Moos (1974) de l'anglais à l'espagnol**

1. The Work is really challenging.

El trabajo es un verdadero desafío.

The job is a real challenge.

2. People go out of their way to help anew employee feel comfortable.

La gente se excede haciendo lo posible para que un nuevo empleado se sienta cómodo.

People go out of the way to do whatever is possible to make a new employee feel at ease.

3. Supervisors tend to talk down to employees.

Los supervisores tienden a hablar con superioridad a los empleados.

The supervisors tend to be condescending with the employees.

4. Few employees have any important responsibilities.

Pocos empleados tienen una responsabilidad importante.

Not many employees have important responsibilities.

5. People pay a lot of attention to getting work done.

La gente presta mucha atención a sacar el trabajo adelante.

People pay a lot of attention to getting the job done.

6. There is constant pressure to keep working.

Hay una presión constante para que se siga trabajando.

There is constant pressure to keep working.

7. Things are sometimes pretty disorganized.

A veces las cosas están bastante desorganizadas.

Sometimes things are pretty disorganized.

8. There's a strict emphasis on following policies and regulations.

Se hace un estricto hincapié en seguir los protocolos y el reglamento

There is a strict emphasis on following rules and protocols.

9. Doing things in a different way is valued.

Se valora que se hagan las cosas de una manera diferente.

Doing things in a different way is appreciated.

10. It sometimes gets too hot.

A veces hace demasiado calor

Sometimes it gets too hot.

11. There's not much group spirit.

No hay mucho espíritu de equipo

There isn't much team spirit.

12. The atmosphere is somewhat impersonal.

El ambiente es un tanto impersonal.

The atmosphere is somewhat impersonal.

13. Supervisors usually compliment an employee who does something well

Generalmente los supervisores elogian al empleado que hace bien algo.

Usually the supervisors praise an employee who does something well.

14. Employees have a great deal of freedom to do as they like.

Los empleados tienen mucha libertad para hacer lo que quieran.

The employees have a lot of freedom to do what they want.

15. There 's a lot of time wasted because of inefficiencies.

Se pierde mucho el tiempo debido a ineficacias.

A lot of time is lost because of inefficiency.

16. There always seems to be an urgency about everything.

Siempre parece haber urgencia para todo.

Everything always seems urgent.

17. Activities are well-planned.

Las actividades están bien planeadas.

The activities are well planned.

18. People can wear wild looking clothing while on the job if they want.

La gente puede llevar ropa extravagante en el trabajo, sí quiere.

People can wear extravagant clothes at work if they want to.

19. New and different ideas are always being tried out.

Continuamente se están experimentando nuevas y diferentes ideas.

New and different ideas are continually being tried out

20. The lighting is extremely good.

La iluminación es sumamente buena.

The lighting is extremely good.

21. A lot of people seem to be just putting in time.

Mucha gente parece simplemente estar cumpliendo horas.

Many people seem to be simply filling in time.

22. People take a personal interest in each other.

La gente se interesa por los otros.

People are interested in others.

23. Supervisors tend to discourage criticisms from employees.

Los supervisores tienden a oponerse a las críticas de los empleados.

The supervisors tend to oppose criticism from the employees.

24. Employees are encouraged to make their own decisions.

Se anima a los empleados a tomar sus propias decisiones.

The employees are encouraged to make their own decisions.

25. Things rarely get « put off till tomorrow ».

Es raro que las cosas « se dejen para mañana ».

Things are rarely left for the next day.

26. People cannot afford to relax.

La gente no puede permitirse trabajar de forma relajada.

People can't allow themselves to rest.

27. Rules and regulations are somewhat vague and ambiguous.

Los reglamentos son imprecisos y ambiguos.

The rules are vague and ambiguous.

28. People are expected to follow set rules in doing their work.

Se cuenta con que la gente se ciña a reglas fijas al hacer su trabajo.

People are expected to follow fixed rules in doing their work.

29. This place would be one of the first to try out a new idea.

Este es uno de los primeros lugares donde se pone a prueba una nueva idea.

This is one of the first places where new ideas are tried out.

30. Work space is awfully crowded.

El espacio de trabajo está terriblemente lleno.

The work space is terribly crowded.

31. People seem to take pride in the organization.

La gente esta orgullosa de su organización.

People are proud of their organization.

32. Employees rarely do things together after work.

Los empleados casi nunca hacen cosas juntos después del trabajo.

The employees almost never do things together after work.

33. Supervisors usually give full credit to ideas contributed by employees.

Generalmente los supervisores reconocen el mérito de las ideas aportadas por los empleados.

Usually the supervisors give the employees credit for their ideas.

34. People can use their own initiative to do things.

La gente puede usar su propia iniciativa para hacer las cosas.

People can take initiative in doing things.

35. This is a highly efficient, work-oriented place.

Este lugar es sumamente eficaz y orientado hacia el trabajo.

This place is extremely efficient and work oriented.

36. Nobody works too hard.

Nadie trabaja demasiado.

Nobody works too much.

37. The responsibilities of supervisors are clearly defined.

Las responsabilidades de los supervisores están definidas claramente.

The responsibilities of the supervisors are clearly defined.

38. Supervisors keep a rather close watch on employees.

Los supervisores vigilan muy de cerca a los empleados.

The supervisors watch the employees closely.

39. Variety and change are not particularly important.

La variedad y el cambio no son particularmente importantes.

Variety and change are not particularly important.

40. This place has a stylish and modern appearance.

Este lugar tiene una apariencia elegante y moderna.

This place has an elegant and modern appearance.

41. People put quite a lot of effort into what they do.

La gente pone bastante esfuerzo en lo que hace.

People put quite a lot of effort into what they do.

42. People generally frank about how they feel.

Generalmente la gente es franca acerca de como se sienten.

People are usually honest about how they feel.

43. Supervisors often criticize employees minor things.

A menudo los supervisores corrigen a los empleados por cosas de poca importancia.

The supervisors often correct the employees for unimportant things.

44. Supervisors encourage employees to rely on themselves when a problem arises.

Los supervisores animan a los empleados a confiar en si mismos cuando surge un problema.

The supervisors encourage the employees to face problems with self-confidence.

45. Getting lot of work done is important to people.

La gente da importancia a sacar mucho trabajo adelante.

It is important to people to get a lot of work done.

46. There is no time pressure.

El tiempo no apremia.

There is no time pressure.

47. The details of assigned jobs are generally explained to employees.

Generalmente se explica a los empleados los detalles de las tareas asignadas.

The details of assigned tasks are usually explained to the employees.

48. Rules and regulations are pretty well enforced.

Los reglamentos se hacen cumplir bastante bien.

The rules are quite well enforced.

49. The same methods have been used for quite a long time.

Los mismos métodos se han estado usando por bastante tiempo.

The same methods have been used for quite a long time.

50. The place could stand some new interior decorations.

El lugar toleraría algunas decoraciones interiores nuevas.

The place could use some new interior decorations.

51. Few people ever volunteer.

Pocos se ofrecen como voluntarios.

Not many people volunteer for things.

52. Employees often eat lunch together.

Los empleados a menudo comen juntos.

The employees often have lunch together.

53. Employees generally feel free to ask for a raise.

Generalmente los empleados se sienten libres para pedir un aumento de sueldo.

The employees usually feel free to ask for a raise.

54. Employees generally do not try to be unique and different.

Generalmente los empleados no tratan de destacar ni de ser diferentes.

The employees don't usually try to stand out or be different.

55. There's an emphasis on « work before play ».

Se hace hincapié en trabajar antes que nada.

There is an emphasis an putting work first.

56. It is very hard to keep up with your work load.

Es muy difícil mantener el ritmo de trabajo.

It's very hard to keep up with the rhythm of work.

57. Employees are often confused about exactly what they are supposed to do.

A menudo los empleados están desconcertados sobre lo que exactamente se supone que tienen que hacer.

The employees are often confused about what exactly they are supposed to do.

58. Supervisors are always checking on employees and supervise them very closely.

Los supervisores siempre están controlando a los empleados y los supervisan muy de cerca.

The supervisors are always checking up on the employees and watching them closely.

59. New approaches to things are rarely tried.

Es raro que se intenten nuevos enfoques de las cosas.

New approaches to things are rarely tried.

60. The colors and decorations make the place warm and cheerful to work in.

Los colores y decoraciones hacen que este lugar de trabajo sea cálido y alegre.

The colors and decorations of this workplace make it warm and cheerful.

61. It is quite a lively place.

Es un lugar bastante animado.

It is quite a lively place.

62. Employees who differ greatly from the others in the organization don't get on well.

Los empleados que son muy diferentes de otros en la organización tienen problemas.

Employees of the organization who are very different from the others have a hard time.

63. Supervisors expect far too much from employees.

Los supervisores esperan demasiado de los empleados.

The supervisors expect too much of the employees.

64. Employees are encouraged to learn things even if they are not directly related to the job.

Se anima a los empleados a aprender cosas aunque no estén directamente relacionadas con el trabajo.

The employees are encouraged to learn things even if they are not directly related to their job.

65. Employees work very hard.

Los empleados trabajan mucho.

The employees work very hard.

66. You can take it easy and still get your work done.

Sin hacer mucho esfuerzo yo puedo cumplir con mi trabajo.

I can get my work done without making much effort.

67. Fringe benefits are fully explained to employees.

Los « beneficios complementarios » se explican detalladamente a los empleados.

The benefits are explained in detail to the employees.

68. Supervisors do not often give in to employee pressure.

Los supervisores casi nunca ceden a la presión de los empleados.

The supervisors hardly ever give in to pressure from the employees.

69. Things tend to stay just about the same.

Todo tiende a permanecer más o menos igual.

Everything tends to stay more or less the same.

70. It is rather drafty at times.

A veces hay corrientes de aire.

There are drafts sometimes.

71. It's hard to get people to do any extra work.

Es difícil conseguir que la gente haga trabajos extras.

It is hard to get people to do extra jobs.

72. Employees often talk to each other about their personal problems.

A menudo los empleados se cuentan sus problemas personales.

The employees often discuss their personal problems.

73. Employees discuss their personal problems with supervisors.

Los empleados hablan de sus problemas personales con los supervisores.

The employees talk to the supervisors about their personal problems.

74. Employees function fairly independently of supervisors.

Los empleados funcionan con bastante independencia del supervisor.

The employees function quite independently of the supervisors.

75. People seem to be quite inefficient.
La gente parece bastante ineficaz.
People seem quite inefficient.
76. There are always deadlines to be met.
Siempre hay fechas toques para todo.
There are always deadlines.
77. Rules and policies are constantly changing.
Las reglas y los protocolos cambian constantemente.
The rules and protocols are always changing.
78. Employees are expect to conform rather strictly to the rules and customs.
Se espera que los empleados sigan muy estrictamente las reglas y costumbres.
The employees are expect to follow strictly the rules and customs.
79. There is a fresh, novel atmosphere about the place.
Hay un ambiente fresco y novedoso en el lugar.
There is a fresh and novel atmosphere in this place.
80. The furniture is usually well-arranged.
El mobiliario está colocado de manera agradable.
The furniture is normally well placed.
81. The work is usually very interesting.
Normalmente el trabajo es muy interesante.
The work is normally very interesting.

82. Often people make trouble by talking behind others' backs.

A menudo la gente crea problemas por hablar a espaldas de los otros.

People often cause problems by talking behind the backs of others.

83. Supervisors really stand up for their people.

Los supervisores realmente respaldan a su gente.

The supervisors really back people up.

84. Supervisors meet with employees regularly to discuss their future work goals.

Los supervisores se reúnen regularmente con los empleados para hablar sobre sus futuros objetivos de trabajo.

The supervisors meet regularly with the employees to talk about future objectives in their work.

85. There's a tendency for people to come to work late.

Hay tendencia a llegar tarde al trabajo.

There is a tendency to arrive late to work.

86. People often have to work overtime to get their work done.

A menudo la gente tiene que hacer horas extras para cumplir con su trabajo.

People often have to do overtime to get their work done.

87. Supervisors encourage employees to be neat and orderly.

Los supervisores animan a los empleados a ser pulcros y ordenados.

The supervisors encourage the employees to be neat and orderly.

88. If an employee comes in late, he can make it up by staying late.

Si un empleado llega tarde, puede recuperar quedándose después del trabajo.

If an employee arrives late, he can catch up by staying after work.

89. Things always seem to be changing.

Las cosas parecen estar cambiando siempre.

Things always seem to be changing.

90. The rooms are well ventilated.

Las habitaciones están bien ventiladas.

The rooms are well ventilated.

Note : le mot supervisor a été traduit également par supervisor, parce que ce mot est utilisé en espagnol pour désigner l'infirmière-chef.

**Traduction inversée de l'échelle Bien-être Santé Québec (BESQ)
du français à l'espagnol**

- a. Je me suis senti (e) plein (e) d'entrain et d'énergie.
Me he sentido lleno (a) de ánimo y de energía.
Je me suis senti (e) plein (e) d'entrain et d'énergie.
- b. Je n'ai pas eu de problème avec ma santé.
No he tenido problemas con mi salud.
Je n'ai pas eu de problèmes de santé.
- c. Il m'a été facile de maîtriser mes émotions (de ne pas me sentir « pongé (e) » en-
dedans).
Me ha sido fácil dominar mis emociones (para no sentirme « bloqueado (a) » por dentro).
Il m'a été facile de maîtriser mes émotions (pour ne pas me sentir bloquée à l'intérieur).
- d. La vie a été plutôt ennuyeuse.
La vida ha sido más bien aburrida.
La vie a été plutôt ennuyante.
- e. Mon moral était plutôt bas.
Mi moral era más bien baja.
Mon moral était plutôt bas.
- f. J'étais tendu (e), sur les nerfs.
Yo estaba tenso (a) con los nervios de punta.
J'étais tendu (e), avec les nerfs à fleur de peau.

g. Je me suis senti (e) de bonne humeur et le cœur léger.

Me he sentido de buen humor y con el corazón ligero.

Je me suis senti (e) de bonne humeur et le cœur léger.

h. Je me suis senti (e) passablement seul (e).

Me he sentido algo solo (a).

Je me suis senti (e) légèrement seul (e).

i. J'ai dû faire des efforts pour contrôler mes émotions (pour ne pas me sentir « pongé (e) » en-dedans.

He debido hacer esfuerzos para controlar mis emociones (para no sentirme « bloqueado (a) » por dentro).

J'ai dû faire des efforts pour contrôler mes émotions (pour ne pas me sentir « bloquée » à l'intérieur.

j. Il s'est passé des tas de choses intéressantes.

Han pasado montones de cosas interesantes .

Il est arrivé des tas de choses intéressantes.

k. Je me suis fait du souci à propos de ma santé.

Me he preocupado de mi salud.

Je me suis préoccupé (e) pour ma santé.

l. Je me suis senti (e) épuisé (e), usée, à bout.

Me he sentido exhausto (a), desgastado (a) hasta el extremo.

Je me suis senti (e) épuisé (e), usé (e) au maximum.

m. Je me suis senti (e) suffisamment détendu (e).

Me he sentido suficientemente sosegado (a).

Je me suis senti (e) suffisamment détendu (e).

n. Je me suis senti (e) aimé (e) et apprécié (e).

Me he sentido querido (a) y apreciado (a).

Je me suis senti (e) aimé (e) et apprécié (e).

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS et PROFESSIONNELS

Quel est votre état civil ? Mariée Séparée ou divorcée Veuve

Célibataire Union libre

Quel est votre âge ? —ans

Combien d'enfants avez-vous à la maison? —

Indiquez l'âge de chaque enfant : — — — — — — —

Avez-vous des personnes à charge autres que les enfants ? oui non

Si oui, combien —

Combien d'années d'expérience avez-vous comme infirmière ? —années (—mois)

Quel est votre type de contrat de travail? fixe temporaire

Quel est votre statut d'emploi actuellement ? temps complet temps partiel
—heures/semaine

Quel est votre quart de travail ? rotation jour
 soir nuit

Depuis combien d'années travaillez-vous à cet hôpital ? —années (—mois)

Quel est votre unité de soins ? _____

Avez-vous choisi de travailler
à cette unité ?

 oui non

Depuis combien de temps
travaillez-vous à cette unité ?

—années (mois)

Avez-vous suivi une spécialité
en soins infirmiers ?

 oui non

Si oui, laquelle ou
lesquelles ?

Travaillez-vous dans l'unité
de soins dans laquelle vous
vous êtes spécialisée ?

 oui non

Considérez-vous avoir une
formation suffisante pour le
travail que vous faites ?

 oui non

Est-ce que votre horaire de travail
cause BEAUCOUP de difficultés
pour concilier votre vie personnelle
et familiale ?

 oui non

Depuis que vous travaillez à
l'hôpital, vous a-t-on offert de
participer aux congrès ou
réunions scientifiques ?

 oui non

Depuis que vous travaillez
à l'hôpital, avez-vous collaboré
dans l'élaboration de travaux
scientifiques ?

 oui non

Ajouteriez - vous d'autres aspects de l'environnement de travail, qui ne sont pas mentionnés dans le questionnaire sur l'environnement, mais dont vous pensez qu'ils contribuent à votre bien-être ?

Quelles choses changeriez - vous de votre environnement de travail pour améliorer votre bien-être?

Autres commentaires :

Appendice B

**Lettre de présentation du questionnaire
Questionnaire de la recherche en espagnol**



UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

xxxvi

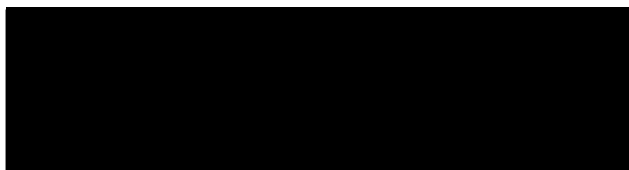
Noviembre, 1998

Querida colega :

Como parte del programa de « maîtrise en sciences infirmières » que estoy siguiendo en la Universidad de Montreal, he comenzado una investigación sobre el entorno de trabajo y el bienestar. Me gustaría pedirte tu libre colaboración en esta investigación, solicitándote que completes un cuestionario anónimo, el tiempo medio empleado para responder al cuestionario oscila entre 20 y 30 minutos. Es muy importante responder a todas las preguntas.

Tu participación es para mi esencial y muy apreciada, ya que me permitirá continuar con la investigación y finalizar el programa de « maîtrise en sciences infirmières ».

Muchísimas gracias por tu colaboración y por el tiempo que emplearás en responder a cada una de las preguntas.



María Angeles Margall

Instrucciones de cumplimentación

Este cuestionario tiene tres partes. La primera parte hace referencia al entorno de trabajo, la segunda a tu bienestar y la tercera a tus datos personales y profesionales.

Parte Primera « Escala del entorno de trabajo, forma - R »

En esta parte hay 90 afirmaciones. Son afirmaciones acerca de tu planta o unidad de trabajo. Estas afirmaciones están pensadas para emplearlas en todos los ambientes de trabajo.

Si piensas que la afirmación es VERDADERA o casi siempre VERDADERA, en tu entorno de trabajo, pon una X en la casilla marcada con « V » (verdadera).

Si piensas que la afirmación es FALSA o casi siempre FALSA, en tu entorno de trabajo, pon una X en la casilla marcada con « F » (falsa).

Parte segunda « Escala del bienestar »

En esta parte hay 14 preguntas que se refieren a cómo te has sentido en el transcurso de los 12 últimos meses ; a las cuales puedes responder según un rango de 1 a 4, crucea el número que consideres más apropiado a tu situación.

Parte tercera « Datos personales y profesionales »

En esta parte las respuestas son de SI o NO, o contestaciones breves.

Esta parte se termina con dos preguntas abiertas y un espacio libre para otros comentarios.

Muchísimas gracias por tu colaboración

Por favor asegúrate de responder a cada una de las preguntas del cuestionario

Parte 1.
El entorno de trabajo

*Pon una X en la casilla que consideres
más apropiada a tu situación.*

	V	F
1. El trabajo es un verdadero desafío.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La gente se excede haciendo lo posible para que un nuevo empleado se sienta cómodo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los supervisores tienden a hablar con superioridad a los empleados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pocos empleados tienen una responsabilidad importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La gente presta mucha atención a sacar el trabajo adelante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hay una presión constante para que se siga trabajando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A veces las cosas están bastante desorganizadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se hace un estricto hincapié en seguir los protocolos y el reglamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se valora que se hagan las cosas de una manera diferente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A veces hace demasiado calor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. No hay mucho espíritu de equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. El ambiente es un tanto impersonal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Generalmente los supervisores elogian al empleado que hace bien algo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

« Research Edition Translation performed by Maria Angeles Margall on this date 15.08.98. Translated and reproduced by special permission of the Publisher, Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, CA 94303 from **Work Environment Scale - Form R** by Paul M. Insel and Rudolf H. Moos. Copyright 1974 Consulting Psychologists Press, Inc. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the Publisher's written consent. »

	V	F
14. Los empleados tienen mucha libertad para hacer lo que quieran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Se pierde mucho el tiempo debido a ineficacias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Siempre parece haber urgencia para todo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Las actividades están bien planeadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. La gente puede llevar ropa extravagante en el trabajo, si quiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Continuamente se están experimentando nuevas y diferentes ideas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. La iluminación es sumamente buena.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mucha gente parece simplemente estar cumpliendo horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. La gente se interesa por los otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Los supervisores tienden a oponerse a las críticas de los empleados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Se anima a los empleados a tomar sus propias decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Es raro que las cosas « se dejen para mañana ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. La gente no puede permitirse trabajar de forma relajada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Los reglamentos son imprecisos y ambiguos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Se cuenta con que la gente se ciña a reglas fijas al hacer su trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

« Research Edition Translation performed by Maria Angeles Margall on this date 15.08.98. Translated and reproduced by special permission of the Publisher, Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, CA 94303 from **Work Environment Scale - Form R** by Paul M. Insel and Rudolf H. Moos. Copyright 1974 Consulting Psychologists Press, Inc. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the Publisher's written consent. »

- | | V | F |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 29. Este es uno de los primeros lugares donde se pone a prueba una nueva idea. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. El espacio de trabajo está terriblemente lleno. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. La gente está orgullosa de su organización. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Los empleados casi nunca hacen cosas juntos después del trabajo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Generalmente los supervisores reconocen el mérito de las ideas
aportadas por los empleados. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. La gente puede usar su propia iniciativa para hacer las cosas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Este lugar es sumamente eficaz y orientado hacia el trabajo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Nadie trabaja demasiado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Las responsabilidades de los supervisores están definidas claramente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Los supervisores vigilan muy de cerca a los empleados. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. La variedad y el cambio no son particularmente importantes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Este lugar tiene una apariencia elegante y moderna. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. La gente pone bastante esfuerzo en lo que hace. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Generalmente la gente es franca acerca de como se sienten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	V	F
43. A menudo los supervisores corrigen a los empleados por cosas de poca importancia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Los supervisores animan a los empleados a confiar en sí mismos cuando surge un problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. La gente da importancia a sacar mucho trabajo adelante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. El tiempo no apremia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Generalmente se explica a los empleados los detalles de las tareas asignadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Los reglamentos se hacen cumplir bastante bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Los mismos métodos se han estado usando por bastante tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. El lugar toleraría algunas decoraciones interiores nuevas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Pocos se ofrecen como voluntarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Los empleados a menudo comen juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Generalmente los empleados se sienten libres para pedir un aumento de sueldo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Generalmente los empleados no tratan de destacar ni de ser diferentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	V	F
55. Se hace hincapié en trabajar antes que nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Es muy difícil mantener el ritmo de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. A menudo los empleados están desconcertados sobre lo que exactamente se supone que tienen que hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Los supervisores siempre están controlando a los empleados y los supervisan muy de cerca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Es raro que se intenten nuevos enfoques de las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Los colores y decoraciones hacen que este lugar de trabajo sea cálido y alegre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Es un lugar bastante animado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Los empleados que son muy diferentes de otros en la organización tienen problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Los supervisores esperan demasiado de los empleados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Se anima a los empleados a aprender cosas aunque no estén directamente relacionadas con el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Los empleados trabajan mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Sin hacer mucho esfuerzo, yo puedo cumplir con mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | V | F |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 67. Los « beneficios complementarios » se explican
detalladamente a los empleados. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68. Los supervisores casi nunca ceden a la presión de los empleados. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69. Todo tiende a permanecer más o menos igual. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70. A veces hay corrientes de aire. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71. Es difícil conseguir que la gente haga trabajos extras. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 72. A menudo los empleados se cuentan sus problemas personales. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 73. Los empleados hablan de sus problemas personales con los supervisores. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74. Los empleados funcionan con bastante independencia del supervisor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 75. La gente parece bastante ineficaz. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 76. Siempre hay fechas topes para todo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 77. Las reglas y los protocolos cambian constantemente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 78. Se espera que los empleados sigan muy estrictamente
las reglas y costumbres. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 79. Hay un ambiente fresco y novedoso en el lugar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 80. El mobiliario está colocado de manera agradable. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | V | F |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 81. Normalmente el trabajo es muy interesante. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 82. A menudo la gente crea problemas por hablar a espaldas de los otros. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 83. Los supervisores realmente respaldan a su gente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 84. Los supervisores se reúnen regularmente con los empleados
para hablar sobre sus futuros objetivos de trabajo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 85. Hay tendencia a llegar tarde al trabajo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 86. A menudo la gente tiene que hacer horas extras para cumplir con su trabajo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 87. Los supervisores animan a los empleados a ser pulcros y ordenados. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 88. Si un empleado llega tarde, puede recuperar quedándose después del trabajo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 89. Las cosas parecen estar cambiando siempre. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 90. Las habitaciones están bien ventiladas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Parte 2.
TU BIENESTAR

Crucea el número más apropiado a tu situación

	<u>Casi nunca</u>	<u>Menos de la mitad del tiempo</u>	<u>Más de la mitad del tiempo</u>	<u>La mayor parte del tiempo</u>
a. Me he sentido lleno (a) de ánimo y de energía.	1	2	3	4
b. No he tenido problemas con mi salud.	1	2	3	4
c. Me ha sido fácil dominar mis emociones (para no sentirme « bloqueado (a) » por dentro).	1	2	3	4
d. La vida ha sido más bien aburrida.	1	2	3	4
e. Mi moral era más bien baja.	1	2	3	4
f. Yo estaba tenso (a) con los nervios de punta.	1	2	3	4
g. Me he sentido de buen humor y con el corazón ligero.	1	2	3	4
h. Me he sentido algo solo (a).	1	2	3	4
i. He debido hacer esfuerzos para controlar mis emociones (para no sentirme « bloqueado (a) » por dentro).	1	2	3	4
j. Han pasado montones de cosas interesantes.	1	2	3	4
k. Me he preocupado de mi salud.	1	2	3	4
l. Me he sentido exahusto (a) desgastado (a) hasta el extremo.	1	2	3	4
m. Me he sentido suficientemente sosegado (a).	1	2	3	4
n. Me he sentido querido (a) y apreciado (a).	1	2	3	4

Parte 3.
DATOS PERSONALES y PROFESIONALES

¿Cuál es tu estado civil? Casada Viuda Union libre
 Soltera Separada o divorciada

¿Cuál es tu edad? — años

¿Cuántos niños tienes en tu casa? —
 Indica la edad de cada niño — — — — —

¿Tienes otras personas a tu cargo distintas que de los niños? sí no
 Si sí, cuántas —

¿Cuántos años de experiencia profesional tienes como enfermera? — años (— meses)

¿Qué tipo de contrato de trabajo tienes? fijo eventual

¿Tu jornada laboral es? completa reducida* media jornada*
 —*horas/semana

¿Qué turno haces? rotatorio mañanas
 tardes noches

¿Cuántos años hace que trabajas en la Clínica? — años (— meses)

¿En que planta o unidad trabajas? _____

¿Has podido escoger trabajar en esta planta o unidad? sí no

¿Cuánto tiempo llevas trabajando en esta planta o unidad ? —años (— meses)

¿Has hecho alguna especialidad ? sí no

Si sí, ¿ cuál o cuáles ?

¿Trabajas en la planta o en la unidad en la que tu te has especializado ? sí no

¿Consideras tener una formación suficiente para el trabajo que desempeñas? sí no

¿Tienes MUCHA dificultad, con tu horario de trabajo, para desarrollar tu vida familiar o personal ? sí no

¿Desde que trabajas en la Clínica te han propuesto participar en algún congreso o reunión científica ? sí no

¿Desde que trabajas en la Clínica has colaborado en la elaboración de algún trabajo científico ? sí no

¿ Añadirías algunos otros aspectos de tu entorno de trabajo, que no hayas encontrado en el cuestionario del entorno, que pienses que contribuyen a tu bienestar ?

¿ Qué cosas cambiarías de tu entorno de trabajo, para mejorar tu bienestar ?

Otros comentarios :

Appendice C

Résultats des analyses de fidélité obtenus aux instruments de mesure traduits

Alpha de Cronbach de la traduction en espagnole de l'échelle Bien-être Santé Québec

Bien-être Santé Québec	<i>n</i>	Alpha de Cronbach *
Score global	202	0,85

*Comme on a éliminé deux items de l'échelle, l'Alpha de Cronbach a été réalisé sur 12 items
 Note : les résultats ont été arrondis à la deuxième décimale

Alpha de Cronbach du Work Environment Scale

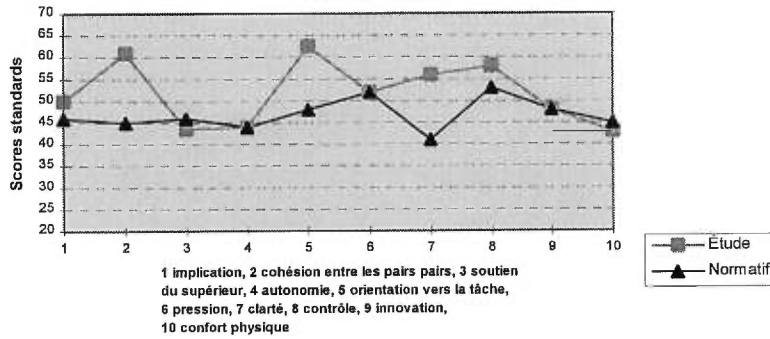
Caractéristiques du WES	Alpha de Cronbach Étude (traduction en espagnole)	Alpha de Cronbach Michaud, 1991 (traduction en français)	Alpha de Cronbach Moos, 1986 (n = 1045) (groupe normatif)
Implication	0,58 (n = 210)	0,52 (n = 156)	0,84
Cohésion entre les pairs	0,64 (n = 210)	0,69 (n = 155)	0,69
Soutien du supérieur	0,69 (n = 208)	0,79 (n = 151)	0,77
Autonomie accordée	0,43 (n = 207)	0,30 (n = 162)	0,73
Orientation vers la tâche	0,37 (n = 208)	0,00 (n = 167)	0,76
Pression au travail	0,67 (n = 210)	0,69 (n = 161)	0,80
Clarté	0,56 (n = 204)	0,64 (n = 161)	0,79
Contrôle	0,56 (n = 208)	0,49 (n = 159)	0,76
Innovation	0,65 (n = 206)	0,54 (n = 154)	0,86
Confort physique	0,57 (n = 209)	0,69 (n = 164)	0,81

Note : les résultats ont été arrondis à la deuxième décimale

Appendice D

**Résultats du *WES* en scores standards
Les moyennes et écarts-type du *WES*, en scores bruts,
obtenus par chaque unité de soins**

Comparaison des scores standards du WES obtenus à l'étude avec ceux du groupe normatif



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
50	61	43,5	44	62,5	52	56	58	48	43	Étude
46	45	46	44	48	52	41	53	48	45	Normatif

Moyennes et écarts-type du Work Environment Scale pour chacune des unités en scores bruts

N° d'unité	Implication au travail		Cohésion entre les pairs		Soutien du supérieur		Autonomie accordée		Orientation vers la tâche		Pression ressentie au travail		Clarté		Contrôle		Innovation		Confort physique	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
1	7,06	1,37	7,48	1,33	4,70	2,02	4,57	1,77	8,09	1,10	5,06	1,77	6,77	1,24	6,94	1,77	5,27	1,81	3,12	1,76
2	5,64	1,12	7,45	1,44	2,27	1,95	4,73	1,61	7,73	0,90	2,91	1,92	6,27	2,05	6,64	1,91	3,09	1,14	5,98	1,40
3	6,90	1,10	7,50	1,27	4,20	1,55	4,50	1,43	8,30	0,67	7,70	1,16	5,78	1,29	7,50	1,08	4,41	2,02	4,80	2,04
4	6,00	2,00	6,00	2,34	4,62	2,17	4,59	1,89	7,63	1,20	7,81	1,28	5,44	1,75	5,55	1,07	4,78	2,21	3,62	2,16
5	6,00	1,83	6,80	1,48	5,10	1,91	5,40	1,58	7,30	1,06	6,08	2,17	6,20	1,40	5,40	1,43	4,60	2,27	3,10	1,91
6	5,24	2,14	4,82	2,52	5,06	2,41	5,29	2,04	7,53	1,12	5,94	2,28	4,82	2,40	5,76	1,98	3,84	1,90	2,61	1,59
7	5,68	2,70	6,72	1,09	6,31	1,27	6,34	1,47	7,44	1,12	5,69	2,28	6,32	1,68	5,14	1,60	5,40	2,21	3,94	2,20
8	5,56	1,89	5,83	2,26	4,56	2,06	4,83	1,42	7,50	1,65	5,83	1,54	5,70	1,93	6,17	1,38	3,11	1,97	3,28	1,53
9	5,33	1,22	5,78	1,64	3,89	1,83	4,06	1,67	7,88	0,93	6,33	1,87	4,26	2,02	6,11	1,90	3,43	2,24	3,44	1,42
10	4,46	2,22	5,62	1,85	5,49	2,03	5,92	1,80	6,92	1,71	2,92	1,61	5,23	2,05	4,00	1,58	4,00	2,08	2,77	2,01
11	7,23	1,48	6,92	2,22	5,23	2,09	5,62	1,66	8,30	0,76	7,08	1,19	6,62	1,33	5,57	1,67	3,69	2,39	3,69	2,18
12	6,34	2,05	7,10	1,10	4,40	2,95	5,44	1,66	7,80	1,14	5,70	1,42	6,00	1,33	6,70	0,95	3,70	1,06	5,20	2,04
13	5,00	1,66	6,11	1,90	3,67	2,40	4,44	2,19	7,33	1,12	5,07	1,59	4,24	2,26	5,00	2,12	1,33	1,22	2,33	1,50
14	6,92	1,62	7,58	1,56	3,08	2,02	4,75	1,96	8,00	0,60	5,17	1,99	7,17	0,83	7,83	1,34	4,17	1,95	4,83	1,53
15	6,00	1,30	6,00	1,92	4,99	1,84	4,64	1,50	8,00	0,88	5,79	1,89	5,63	1,43	5,14	1,79	3,08	2,19	3,89	1,36
16	5,95	1,53	6,25	0,72	4,86	1,95	3,71	1,50	7,00	1,29	4,86	2,19	5,86	1,86	6,71	1,38	3,43	2,07	3,57	2,57

Appendice E

Résultats des tests de *t* de Student, des analyses de variance et des tests de corrélation de Pearson entre les variables sociodémographiques et le bien-être psychologique ; et entre les variables sociodémographiques et le *WES*

Test de *t* de Student, ANOVA et test de corrélation de Pearson entre les variables sociodémographiques personnelles et le bien-être psychologique

Variables sociodémographiques personnelles	Bien-être psychologique		Test - <i>t</i> de Student		ANOVA		Test de corrélation de Pearson	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Age							-103	0,14 n/s
Etat civil								
Mariée	26,95	5,26	0,339	0,74 n/s				
Célibataire, veuve, séparée	28,69	5,90						
Enfants								
Oui	26,26	5,75	1,073	0,29 n/s				
Non	27,12	5,50						
Nombre d'enfants								
1 enfant	26,96	6,22						
2 enfants	25,71	5,64			0,358	0,70 n/s		
3 ou plus	26,40	5,29						
Personnes à charge autres que les enfants								
Oui	25,50	6,52	-1,223	0,22 n/s				
Non	26,98	5,46						

Test de *t* de Student, ANOVA et test de corrélation de Pearson entre les variables sociodémographiques professionnelles liées à l'emploi et le bien-être psychologique

Variables sociodémographiques professionnelles liées à l'emploi	Bien-être psychologique		Test - <i>t</i> de Student		ANOVA		Test de corrélation de Pearson	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Années d'expérience comme infirmière							-0,113	0,10 n/s
Années de travail à l'hôpital							-0,077	0,27 n/s
Années d'expérience à la même unité							-0,107	0,12 n/s
Type de contrat								
Fixe	6,35	5,65	-1,943	0,053n/s				
Temporaire	7,99	5,29						
Statut d'emploi								
Plein	6,67	5,79	-0,814	0,42 n/s				
Partiel	7,48	4,59						
Quart de travail								
Rotation	6,66	5,65	-1,307	0,19 n/s				
Stable	8,22	5,01						
Avoir choisi l'unité de travail								
Oui	7,19	5,64	1,105	0,27 n/s				
Non	6,34	5,54						
Taille de l'unité de soins								
Unités de 50 lits	6,71	5,20	0,103	0,92 n/s				
Unités de 20 lits	6,59	5,45						
Spécialisation de l'unité de soins								
Unités de soins médicaux	26,16	6,01						
Unités de soins chirurgicaux	26,92	5,06			0,843	0,43n/s		
Unités spéciales	27,35	5,65						
N° d'unité								
1	26,69	6,05						
2	27,53	3,98						
3	27,40	3,57						
4	24,69	6,43						
5	28,60	4,77						
6	26,90	5,71						
7	25,22	6,53						
8	28,33	2,38						
9	26,02	4,58						
10	27,83	6,19						
11	25,08	7,40						
12	24,61	6,50						
13	28,44	5,20						
14	27,50	5,92						
15	27,04	5,91						
16	27,91	6,62						

Test de *t* de Student et ANOVA entre les variables sociodémographiques professionnelles liées à la formation et le bien-être psychologique

Variables sociodémographiques liées à la formation	Bien-être psychologique		Test - <i>t</i> de Student		ANOVA	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Avoir une formation suffisante pour le travail à accomplir						
Oui	27,03	5,53	1,532	0,13 n/s		
Non	25,24	5,91				
Spécialisation en soins infirmiers suivie après le 1^{er} cycle universitaire						
Oui	26,71	5,70	-0,948	0,34 n/s		
Non	28,09	3,91				
Travailler à la même unité dans laquelle on a fait la spécialisation						
Oui	26,61	5,76				
Non	27,62	5,20			0,741	0,48 n/s
Aucun programme de spécialisation	28,09	3,91				
Participer à des congrès subventionnés par l'hôpital						
Oui	27,15	5,31	1,584	0,12 n/s		
Non	25,75	6,28				
Collaboration à la réalisation de travaux scientifiques						
Oui	26,81	5,55	-0,001	0,99 n/s		
Non	26,81	5,69				

Test de *t* de Student, ANOVA et test de corrélation de Pearson entre les variables sociodémographiques et l'implication

Variables sociodémographiques personnelles et professionnelles	Implication		Test - <i>t</i> de Student		ANOVA		Test de corrélation de Pearson	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Age							-0,22	0,001*
Années d'expérience comme infirmière							-0,25	0,0001*
Années de travail à l'hôpital							-0,23	0,001*
Années d'expérience à la même unité							-0,18	0,008*
Type de contrat								
Fixe	5,78	1,85	-3,402	0,001*				
Temporaire	6,73	1,75						
Spécialisation de l'unité de soins (Prof.)								
Unités de soins médicaux	6,55	1,74						
Unités de soins chirurgicaux	5,56	1,90			5,204	0,006*		
Unités spéciales	6,02	1,85						
N° d'unité								
1	7,06	1,37						
2	5,64	1,12						
3	6,90	1,10						
4	6,00	2,00						
5	6,00	1,83						
6	5,24	2,14						
7	5,68	2,70			2,954	0,0003*		
8	5,56	1,89						
9	5,33	1,22						
10	4,46	2,22						
11	7,23	1,48						
12	6,34	2,05						
13	5,00	1,66						
14	6,92	1,62						
15	6,00	1,30						
16	5,95	1,53						
Avoir une formation suffisante pour le travail à accomplir								
Oui	6,17	1,78	2,459	0,015*				
Non	5,22	2,25						

* $p < 0,05$

Test de *t* de Student, ANOVA et test de corrélation de Pearson entre les variables sociodémographiques et la cohésion des pairs

Variables sociodémographiques personnelles et professionnelles	Cohésion des pairs		Test - <i>t</i> de Student		ANOVA		Test de corrélation de Pearson	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Age							-0,21	0,002*
Années d'expérience comme infirmière							-0,20	0,004*
Années de travail à l'hôpital							-0,17	0,014*
Taille de l'unité de soins								
Unités de 50 lits	5,55	2,38	-2,163	0,034*				
Unités de 20 lits	6,46	1,43						
Spécialisation de l'unité de soins								
Unités de soin médicaux	6,92	1,83						
Unités de soin chirurgicaux	5,75	2,09			8,742	0,0001*		
Unités spéciales	6,86	1,64						
N° d'unité								
1	7,48	1,33						
2	7,45	1,44						
3	7,50	1,27						
4	6,00	2,34						
5	6,80	1,48						
6	4,82	2,52						
7	6,72	1,09			3,192	0,0001*		
8	5,83	2,26						
9	5,78	1,64						
10	5,62	1,85						
11	6,92	2,22						
12	7,10	1,10						
13	6,11	1,90						
14	7,58	1,56						
15	6,00	1,92						
16	6,25	0,72						
Avoir une formation suffisante pour le travail à accomplir								
Oui	6,66	1,77	2,221	0,034 *				
Non	5,49	2,60						
Travailler à la même unité dans laquelle on a fait la spécialisation								
Oui	6,67	1,89			3,768	0,025 *		
Non	5,48	1,80						
Aucun programme de spécialisation	6,18	2,10						

* $p < 0,05$

Test de *t* de Student, ANOVA et test de corrélation de Pearson entre les variables sociodémographiques et le soutien du supérieur

Variables sociodémographiques personnelles et professionnelles	Soutien du supérieur		Test - <i>t</i> de Student		ANOVA		Test de corrélation de Pearson	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Age							-0,14	0,039*
Années d'expérience comme infirmière							-0,15	0,034*
Type de contrat								
Fixe	4,28	2,14	-3,390	0,001 *				
Temporaire	5,37	2,06						
Statut d'emploi								
Temps plein	4,77	2,11	2,684	0,008 *				
Temps partiel	3,74	2,26						
N° d'unité								
1	4,70	2,02						
2	2,27	1,95						
3	4,20	1,55						
4	4,62	2,17						
5	5,10	1,91						
6	5,06	2,41			2,472	0,002 *		
7	6,31	1,27						
8	4,56	2,06						
9	3,89	1,83						
10	5,49	2,03						
11	5,23	2,09						
12	4,40	2,95						
13	3,67	2,40						
14	3,08	2,02						
15	4,99	1,84						
16	4,86	1,95						
Avoir une formation suffisante pour le travail à accomplir								
Oui	4,72	2,13	2,521	0,012 *				
Non	3,59	2,23						

* $p < 0,05$

Test de *t* de Student, ANOVA et test de corrélation de Pearson entre les variables sociodémographiques et l'autonomie accordée

Variables sociodémographiques personnelles et professionnelles	Autonomie accordée		Test - <i>t</i> de Student		ANOVA		Test de corrélation de Pearson	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Années d'expérience comme infirmière							-0,15	0,032*
Années d'expérience à la même unité							-0,14	0,047*
Type de contrat								
Fixe	4,74	1,74	-2,551	0,011*				
Temporaire	5,42	1,75						
N° d'unité								
1	4,57	1,77						
2	4,73	1,61						
3	4,50	1,43						
4	4,59	1,89						
5	5,40	1,58						
6	5,29	2,04						
7	6,34	1,47			1,727	0,048*		
8	4,83	1,42						
9	4,06	1,67						
10	5,92	1,80						
11	5,62	1,66						
12	5,44	1,66						
13	4,44	2,19						
14	4,75	1,96						
15	4,64	1,50						
16	3,71	1,50						
Travailler à la même unité dans laquelle on a fait la spécialisation								
Oui	5,04	1,73			3,276	0,040*		
Non	3,98	1,82						
Aucun programme de spécialisation	4,98	1,90						

* $p < 0,05$

Test de *t* de Student entre les variables sociodémographiques et l'orientation vers la tâche

Variables sociodémographiques personnelles et professionnelles	Orientation vers la tâche		Test - <i>t</i> de Student	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Type de contrat				
Fixe	7,62	1,16	-2,069	0,040 *
Temporaire	7,98	1,16		

* $p < 0,05$

Test de *t* de Student, ANOVA et test de corrélation de Pearson entre les variables sociodémographiques et la pression ressentie au travail

Variables sociodémographiques personnelles et professionnelles	Pression ressentie au travail		Test - <i>t</i> de Student		ANOVA		Test de corrélation de Pearson	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Années d'expérience à la même unité							-0,15	0,032*
Avoir choisi l'unité de soins								
Oui	5,10	2,11	-4,334	0,0001*				
Non	6,32	1,96						
Spécialisation de l'unité de soins								
Unités de soins médicaux	6,67	1,82			27,693	0,0001*		
Unités de soins chirurgicaux	5,89	1,93						
Unités spéciales	4,34	2,00						
N° d'unité								
1	5,06	1,77						
2	2,91	1,92						
3	7,70	1,16						
4	7,81	1,28						
5	6,08	2,17						
6	5,94	2,28						
7	5,69	2,28			7,412	0,0001*		
8	5,83	1,54						
9	6,33	1,87						
10	2,92	1,61						
11	7,08	1,19						
12	5,70	1,42						
13	5,07	1,59						
14	5,17	1,99						
15	5,79	1,89						
16	4,86	2,19						
Avoir une formation suffisante pour le travail à accomplir								
Oui	5,49	2,16	-2,455	0,015 *				
Non	6,58	1,84						

* $p < 0,05$

Test de *t* de Student, ANOVA et test de corrélation de Pearson entre les variables sociodémographiques et la clarté

Variables sociodémographiques personnelles et professionnelles	Clarté		Test - <i>t</i> de Student		ANOVA		Test de corrélation de Pearson	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Etat civil								
Mariée	5,57	1,81	-2,334	0,021*				
Célibataire, veuve, séparée	6,14	1,80						
Enfants								
Oui	5,52	1,97	1,995	0,048*				
Non	6,06	1,72						
Age							-0,19	0,005*
Années d'expérience comme infirmière							-0,25	0,0001*
Années de travail à l'hôpital							-0,22	0,001*
Type de contrat								
Fixe	5,63	1,88	-3,426	0,001*				
Temporaire	6,48	1,51						
Spécialisation de l'unité de soins								
Unités de soins médicaux	6,18	1,46			3,843	0,023*		
Unités de soins chirurgicaux	5,38	2,00						
Unités spéciales	6,02	1,90						
N° d'unité								
1	6,77	1,24						
2	6,27	2,05						
3	5,78	1,29						
4	5,44	1,75						
5	6,20	1,40						
6	4,82	2,40						
7	6,32	1,68						
8	5,70	1,93			3,110	0,0001*		
9	4,26	2,02						
10	5,23	2,05						
11	6,62	1,33						
12	6,00	1,33						
13	4,24	2,26						
14	7,17	0,83						
15	5,63	1,43						
16	5,86	1,86						

* $p < 0,05$

Test de *t* de Student et ANOVA entre les variables sociodémographiques et le contrôle

Variables sociodémographiques personnelles et professionnelles	Contrôle		Test - <i>t</i> de Student		ANOVA	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Statut d'emploi						
Temps plein	5,94	1,78	-2,030	0,044*		
Temps partiel	6,60	1,98				
N° d'unité						
1	6,94	1,77				
2	6,64	1,91				
3	7,50	1,08				
4	5,55	1,07				
5	5,40	1,43				
6	5,76	1,98				
7	5,14	1,60				
8	6,17	1,38			4,985	0,0001*
9	6,11	1,90				
10	4,00	1,58				
11	5,57	1,67				
12	6,70	0,95				
13	5,00	2,12				
14	7,83	1,34				
15	5,14	1,79				
16	6,71	1,38				

* $p < 0,05$

ANOVA et test de corrélation de Pearson entre les variables sociodémographiques et l'innovation

Variables sociodémographiques personnelles et professionnelles	Innovation		ANOVA		Test de corrélation de Pearson	
	\bar{x}	s	F	p	r	p
Age					-0,14	0,045*
Années d'expérience comme infirmière					-0,16	0,019*
Années de travail à l'hôpital					-0,15	0,031*
N° d'unité						
1	5,27	1,81				
2	3,09	1,14				
3	4,41	2,02				
4	4,78	2,21				
5	4,60	2,27				
6	3,84	1,90				
7	5,40	2,21				
8	3,11	1,97	3,415	0,0001*		
9	3,43	2,24				
10	4,00	2,08				
11	3,69	2,39				
12	3,70	1,06				
13	1,33	1,22				
14	4,17	1,95				
15	3,08	2,19				
16	3,43	2,07				

* p < 0,05

Test de *t* de Student et ANOVA entre les variables sociodémographiques et le confort physique

Variables sociodémographiques personnelles et professionnelles	Confort physique		Test - <i>t</i> de Student		ANOVA	
	\bar{x}	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Enfants						
Oui	3,41	1,97	-2,435	0,016*		
Non	4,10	1,92				
Spécialisation de l'unité de soins						
Unités de soins médicaux	4,15	2,07			3,541	0,031*
Unités de soins chirurgicaux	3,37	1,66				
Unités spéciales	3,43	2,10				
N° d'unité						
1	3,12	1,76				
2	5,98	1,40				
3	4,80	2,04				
4	3,62	2,16				
5	3,10	1,91				
6	2,61	1,59				
7	3,94	2,20				
8	3,28	1,53			3,508	0,0001*
9	3,44	1,42				
10	2,77	2,01				
11	3,69	2,18				
12	5,20	2,04				
13	2,33	1,50				
14	4,83	1,53				
15	3,89	1,36				
16	3,57	2,57				

* $p < 0,05$

Appendice F

**Lettres de demande d'autorisation pour l'utilisation
et la traduction des instruments de mesure**



UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

lxviii

May 1, 1998

**Permission Specialist
Consulting Psychologists Press Inc.
Qualification Department
3803 East Bayshore Road
Palo Alto, CA, 94303-0979
U.S.A.**


Dear Sir/Madam,

I would like to request permission to translate in Spanish and use, Work Environment Scale, (WES, Insel & Moos, 1974). I am actually full time student at the Faculty of Nursing at University of Montreal. For my Master's thesis, I am interested in verifying the relationships that exist between psychological well-being and the work environment for Spanish Nurses. Among others, this instrument is essential for my study and I would greatly appreciate your collaboration in granting us the above requested permission. For this transversal study, I plan to distribute one hundred questionnaires. The research is to begin in September 1998 and is expected to finish in April 1999. If there are any costs involved pertaining to the use of the WES, please let us know. My research is directly supervised by Dr André Duquette, Ph. D, professor at University of Montreal.

Thank you for your consideration.

Yours sincerely,


Maria Angeles Margall, B.Sc. Nursing

5615 Woodbury Avenue




UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Le 23 septembre 1998

**Santé Québec
1200 Avenue McGill College
Bureau 1620
Montréal, Québec
H3B 4J8**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon programme de maîtrise en Sciences infirmières, j'ai commencé une recherche intitulée " Relations entre des caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique d'infirmières soignantes ". La collecte des données sera réalisée auprès d'un groupe d'infirmières soignantes en Espagne. Cette recherche est supervisée directement par le Dr. André Duquette, Ph. D., professeur titulaire de la Faculté de Sciences infirmières de l'Université de Montréal.

J'aimerais vous demander l'autorisation d'utiliser et de traduire en l'espagnol l'échelle Bien-être Santé Québec (BESQ), 1987, dans ma recherche. Pour ma part, je m'engage à indiquer l'origine d'instrument sur mon questionnaire, ainsi que dans le mémoire de maîtrise.

Je vous remercie de votre collaboration et vous prie d'agréer mes sentiments distingués.



Maria Angeles Margall, B. Sc. inf.


Appendice G

**Autorisation et contrat de Consulting Psychologists Press
Autorisation de Santé Québec**



August 3, 1998

Maria Angeles Margall
[REDACTED]

Dear Maria Angeles Margall:

Enclosed is an original copy of your fully executed Permission Agreements granting permission to you to perform a Research Edition Translation of the *Work Environment Scale – Form R* into Spanish for research use only within your thesis entitled, *Relationship Between the Environment Work and the Psychological Wellbeing of the Nurses*.

Sincerely,
[REDACTED]

Aria Bishop
Permissions Editor

Enclosures



Maria Angeles Margall

**PERMISSION AGREEMENT FOR
RESEARCH EDITION TRANSLATION**

Agreement Issued: **July 7, 1998**

Customer Number:

Product Code: **5210**

Permission Number: **11689**

In response to your request of June 2, 1998, upon concurrent receipt by Consulting Psychologists Press, Inc., of this signed Research Edition Translation Agreement and payment of the Translation Fee (see (f) below), permission is hereby granted to you to perform a Research Edition Translation of the **Work Environment Scale - Form R (WES)** into Spanish for research use only within your thesis entitled "*Relationship Between the Environment Work and the Psychological Wellbeing of the Nurses*". Research will be conducted September 1, 1998 through April 30, 1998 and you may reproduce 100 copies as translated only. This Agreement shall automatically terminate April 30, 1999 or upon violation of this Agreement including, but not limited to, failure to pay the Permission Fee (as stated in (f) below) or by failure to sign and return this Agreement within 45 days from July 7, 1998.

The permission for translation granted hereunder is specifically limited as specified in this agreement.
The permission for translation granted hereunder shall be for research use of printed material only.
The permission for translation granted hereunder specifically excludes the right to reproduce translated materials in any publication, including dissertations or theses.

This Translation Agreement shall be subject to the following conditions:

- (a) Any material translated must contain the following credit lines:

Research Edition Translation performed by _____ on this date _____. Translated and reproduced by special permission of the Publisher, Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, CA 94303 from **Work Environment Scale - Form R** by Paul M. Insel and Rudolf H. Moos. Copyright 1974 by Consulting Psychologists Press, Inc. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the Publisher's written consent."

- (b) None of the materials may be sold or used for purposes other than those stated above, including, but not limited to, any commercial or for-profit use. Commercial and/or for-profit use of the translated **WES** is specifically excluded from the permission granted herein. Upon completion of this research project you agree to destroy the copies printed except for the few needed specifically for your research records.
- (c) **Three copies of any material translated and reproduced will be sent to the Publisher immediately after its completion to indicate that the appropriate credit line has been used. This Agreement shall be rescinded if three copies of the material are not received within forty-five days of signature by a CPP representative.**
- (d) Research Edition Translation instruments may not appear in full in any form of public media (including dissertations or theses). Please notify the Permissions Editor at CPP, Inc. regarding further permission if you wish to utilize sample items from the translated instrument for publication purposes.

- (e) CPP subscribes to the general principles of test use as set forth in the *Standards for Educational and Psychological Testing* Copyright 1985 by the American Psychological Association. The customer's/user's attention is drawn to the following statements: "The test user, in selecting or interpreting a test, should know the purposes of the testing and the probable consequences. The user should know the procedures necessary to facilitate effectiveness and to reduce bias in test use. Although the test developer and publisher should provide information on the strengths and weaknesses of the test, the ultimate responsibility for appropriate test use lies with the test user. The user should become knowledgeable about the test and its appropriate use and also communicate this information, as appropriate, to others.

6.1 Test users should evaluate the available written documentation on the validity and reliability of tests for the specific use intended.

6.3 When a test is to be used for a purpose for which it has not been validated, or for which there is no supported claim for validity, the user is responsible for providing evidence of validity.

6.5 Test users should be alert to probable unintended consequences of test use and should attempt to avoid actions that have unintended negative consequences."

CPP shall not be responsible for the use or misuse of the materials or services licensed under this permission contract. The customer/user assumes all responsibility for use or misuse of the same. Unless expressly agreed to in writing by CPP, all materials and services are licensed without warranty, express or implied, including the implied warranties of merchantability and fitness for a particular purpose. Refund of contract fees at CPP's sole option is the sole and exclusive remedy and is in lieu of actual, consequential, or incidental damages for use or misuse of CPP materials and services and in no event shall CPP liability exceed the contract fees of license of said materials and services.

- (f) 100 of the translated instrument may be reproduced for a fee of \$75.00 reproduction fee + \$30.00 processing fee = \$105.00 total . If you wish to reproduce additional copies, contact the Permissions Department at CPP in writing regarding further permission and fee information.
- (g) Maria Angeles Margall and any and all associated entities agree that the WES as translated is a derivative work of the WES and hereby assigns all right, title, and interest in any such derivative work in perpetuity to Consulting Psychologists Press, Inc. (CPP) or as directed by CPP, immediately upon completion and without further consideration.

CONSULTING PSYCHOLOGISTS PRESS, INC.

I AGREE TO THE ABOVE CONDITIONS

By [Redacted Signature]
Authorized Representative

By [Redacted Signature]
Maria Angeles Margall /

Date Aug. 3, 1998

Date 15. VII. 1998



Montréal, le 29 septembre 1998

Madame Maria Angeles Margall

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Madame,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à utiliser et à traduire l'échelle de Bien-être de 1987. Sachez toutefois que nous n'utilisons plus l'échelle.

Veillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

[REDACTED]

Daniel Tremblay
Directeur
Santé Québec

DT/tc